



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**

**CARRERA DE MEDICINA**

**TÍTULO**

**“MANIFESTACIONES DIGESTIVAS BAJAS Y SU RELACIÓN CON  
HALLAZGOS PATOLÓGICOS EN PACIENTES SOMETIDOS A  
COLONOSCOPIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MANUEL YGNACIO  
MONTEROS DE LOJA”**

**TESIS DE GRADO  
PREVIA A LA  
OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICA  
GENERAL**

**AUTORA: GABRIELA ANABEL MONCADA RODRÍGUEZ**

**DIRECTOR: Dr. TITO CARRIÓN**

**LOJA- ECUADOR**

**2015**

**CERTIFICACIÓN**  
**INFORME DEL DIRECTOR DE TESIS**

**Dr. Tito Goberth Carrión Dávila**

**DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA DEL ÁREA DE LA SALUD  
HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**CERTIFICA:**

Que luego de haber dirigido el trabajo de investigación titulado "MANIFESTACIONES DIGESTIVAS BAJAS Y SU RELACIÓN CON HALLAZGOS PATOLÓGICOS EN PACIENTES SOMETIDOS A COLONOSCOPIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS DE LOJA", de autoría de la Srta.: Gabriela Anabel Moncada Rodríguez, estudiante de la Carrera de Medicina Humana, previo a la obtención del título de MÉDICA GENERAL, y por considerar que ha sido revisada en su integridad y habiendo cumplido con las disposiciones reglamentarias establecidas para el efecto, autorizo su presentación final ante el tribunal respectivo.

Loja, 28 de Octubre de 2015



**Dr. Tito Goberth Carrión Dávila**  
**DIRECTOR DE TESIS**

## CARTA DE AUTORIZACIÓN

### AUTORÍA

Yo, Gabriela Anabel Moncada Rodríguez, declaro ser autora del presente trabajo de tesis eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, las publicaciones de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

**Autora:** Gabriela Anabel Moncada Rodríguez

**Firma:** .....

**Cédula:** 1105114597

**Fecha:** Loja, 28 de Octubre del 2015

Autora: Gabriela Anabel Moncada Rodríguez

Cédula: 1105114597

Dirección: Calle Nueva América Independencia, Loja, Ecuador

Código Electrónico: gmoncada@unl.edu.ec

Celular: 0993198728

### DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dr. Tito Roberto Canales Dávalos


## CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Gabriela Anabel Moncada Rodríguez, autora de la tesis. "MANIFESTACIONES DIGESTIVAS BAJAS Y SU RELACIÓN CON HALLAZGOS PATOLÓGICOS EN PACIENTES SOMETIDOS A COLONOSCOPIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS DE LOJA", cumpliendo con el requisito que me autorice obtener el grado de Medica General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, difunda con fines estrictamente académicos la producción intelectual de esta casa de estudios superiores.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo, en las redes de información del país y del extranjero con las cuales la universidad mantenga su convenio.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero. Para constancia de esta autorización es dado y firmado en la ciudad de Loja a los 28 días del mes de Octubre del dos mil quince.

Firma la Autora.

Firma: 

**Autora:** Gabriela Anabel Moncada Rodríguez

**Cédula:** 1105114597

**Dirección:** 18 de Noviembre entre Imbabura y avenida Universitaria

**Correo Electrónico:** gabyta\_flacalinda@hotmail.com

**Celular:** 0985198369

### DATOS COMPLEMENTARIOS

**Director de Tesis:** Dr. Tito Goberth Carrión Dávila

**Tribunal de Grado:**

Dra. Angélica María Gordillo Iñiguez

Dr. Claudia Sofía Jaramillo Luzuriaga

Dra. Gabriela de los Ángeles Chacón Valdivieso

## **DEDICATORIA**

Este trabajo de fin de carrera, se la dedico en primer lugar a mi Dios por sus bendiciones y grandeza en todo momento hacia mi persona, por darme fuerzas para seguir adelante, por enseñarme a enfrentar las adversidades.

A mi familia, abuelitos, tíos, primos, y a cada una de las personas que han estado presentes en esta ardua lucha para lograr esta meta tan esperada por todos. Para mis padres Wilda y Walter por su apoyo, consejos, comprensión, confianza y amor, a ellos que me han sabido formar como persona de bien, inculcándome valores, principios, carácter, empeño y perseverancia para conseguir mis objetivos. A mis hermanos por estar siempre presentes, a mi novio Miguel Dario por estar conmigo en todo momento y lugar, dedicando su tiempo y esfuerzo, para servir de gran ayuda en esta formación profesional.

A todos y cada uno de ustedes, les dedico este logro, con el amor y cariño que les puedo brindar, estando segura que seguirán siendo mi inspiración para alcanzar nuevas metas a lo largo de mi vida profesional.

*GABRIELA*

## **AGRADECIMIENTO**

Como prioridad agradezco a Dios por darme salud, fortaleza, responsabilidad, sabiduría, por estar conmigo en todo momento, agradeciéndole de infinitas maneras por haberme permitido que cumpla con una de las primeras metas planteadas a lo largo de mi vida.

A mis amados Padres, el Sr. Walter Moncada y la Sra. Lcda. Wilda Rodríguez, que han sido el pilar fundamental en todo mi vida, apoyándome siempre de forma incondicional, dedicando su tiempo y esfuerzo, para que este logro se pueda cumplir, a ellos mi más sincero y eterno agradecimiento. A mis hermanos Ximena y Jahir, que han sido parte de este sacrificio, de todo corazón y con mucho amor a Miguel Darío, una persona muy especial dentro de mi vida, que con su valor y entrega ha sabido levantarme muchas de las veces cuando he querido caer y rendirme, siendo mi soporte, mi apoyo, mi todo para seguir adelante y no bajar los brazos, gracias a todos por ser partícipes de esta gran alegría, los llevo siempre en mi corazón.

De manera especial y oportuna, agradezco al Dr. Tito Carrión, Director de Tesis y docente de la prestigiosa Universidad Nacional de Loja, quien con su esfuerzo y dedicación ha logrado cumplir con el objetivo planteado, siendo guía en todo momento para el buen desarrollo de la misma.

*GABRIELA*

## **1. TÍTULO**

**“MANIFESTACIONES DIGESTIVAS BAJAS Y SU RELACIÓN CON HALLAZGOS PATOLÓGICOS EN PACIENTES SOMETIDOS A COLONOSCOPIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS DE LOJA”.**

## 2.- RESUMEN

El tema del presente trabajo investigativo está relacionado a las “Manifestaciones Digestivas bajas y su relación con hallazgos patológicos en pacientes sometidos a colonoscopia atendidos en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros de Loja”. Así mismo, el objetivo principal del trabajo es determinar las manifestaciones digestivas bajas y su relación con hallazgos patológicos en pacientes sometidos a colonoscopia atendidos en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros de Loja. Es un trabajo de tipo retrospectivo y descriptivo, la obtención de la información fue indirecta basada en historias clínicas que se encuentran en los archivos del sistema as/ 400 del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de Loja y se elaboró una base de datos en el que consta información como: manifestaciones digestivas bajas, hallazgos patológicos y diagnóstico definitivo.

En el presente estudio investigativo en cuanto a los resultados obtenidos se pudo evidenciar que dentro de las manifestaciones clínicas más frecuentes que presentaron los pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología fueron hematoquecia, dolor abdominal, dolor anal y prurito anal. Así mismo, trata sobre los principales hallazgos patológicos, los mismos que fueron encontrados en las colonoscopias, como: hemorroides, divertículos de colon, pólipos del colon, y colitis ulcerosa.

Además se comprobó que los pacientes que presentaron hemorroides presentaron como manifestación clínica principal: dolor anal, hematoquecia y prurito anal; mientras que los pacientes que presentaron divertículos colónicos, pólipos colónicos y colitis ulcerosa mostraron como manifestaciones clínicas más frecuentes hematoquecia y dolor abdominal.

**Palabras clave:** Manifestaciones digestivas bajas, Hallazgos patológicos, Colonoscopia.



## SUMMARY

The theme of this investigative work is related to the "low digestive manifestations and its relationship with pathological findings in patients undergoing colonoscopy attended in the Hospital Manuel Ygnacio Monteros of Loja." Likewise, the main objective of the work was to determine the low digestive manifestations and its relationship with pathological findings in patients undergoing colonoscopy attended in the Hospital Manuel Ygnacio Monteros de Loja. It is a work of descriptive and cross-sectional surveys, obtaining indirect information based on medical records found in the file system and a form comprising data collection as drafted applies: frequent digestive symptoms, pathological findings and definitive diagnosis.

In the present research study regarding the results obtained demonstrate that within the most frequent clinical manifestations that present patients treated in the service of colonoscopy are hematochezia, anal itching, abdominal pain and anal pain. Likewise, discusses the main findings that were found in colonoscopies, as: hemorrhoids, Colon Polyps, diverticula of Colon and Ulcerative Colitis.

Also found that patients who had hemorrhoids as macroscopic find had as main manifestation: anal soreness, hematochezia, and itching; while patients who presented colonic diverticula, colonic polyps, and ulcerative colitis had frequent clinical manifestations as hematochezia and abdominal pain.

**Keywords:** low digestive symptoms, pathologic findings, colonoscopy.

### 3.- INTRODUCCIÓN

En la actualidad, las enfermedades digestivas bajas son un problema extendido a nivel mundial, sobre todo aquellas que están relacionadas con los hábitos alimenticios y factores genéticos.

La edad, etnia, género, geografía y estatus socioeconómico son todos factores que influyen en la incidencia y prevalencia de las enfermedades digestivas bajas. La prevalencia general es alta en los países subdesarrollados y más baja en los países desarrollados. Dentro del mismo país puede haber una variación igualmente amplia en cuanto a la prevalencia entre las poblaciones urbanas de mayor nivel económico y las poblaciones rurales.<sup>1</sup>

El trabajo que se realizó, trata sobre las “Manifestaciones Digestivas Bajas y su relación con hallazgos patológicos en pacientes sometidos a colonoscopia atendidos en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros de Loja”, con la finalidad de determinar cuáles son las principales enfermedades que pueden afectar distintas partes del sistema digestivo.

Por ello la investigación se basó en un estudio tipo retrospectivo y descriptivo, el mismo que fue realizado en el servicio de gastroenterología del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de Loja. La muestra estuvo conformada por 58 pacientes que presentaron manifestaciones clínicas digestivas bajas, a quienes se realizó el estudio de colonoscopia.

La información se obtuvo a través de historias clínicas que se encuentran en los archivos del sistema as/ 400 del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de Loja, lográndose identificar así las manifestaciones digestivas bajas más frecuentes y los hallazgos patológicos.

Se propuso como objetivo general determinar las manifestaciones digestivas bajas y su relación con hallazgos patológicos en pacientes sometidos a colonoscopia atendidos en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros de Loja. Además se plantearon objetivos específicos que fueron: Determinar las

---

<sup>1</sup> Universidad San Francisco de Quito. Prevalencia de Enfermedades Gastrointestinales. Quito. 2011.

manifestaciones clínicas en pacientes atendidos en el servicio de colonoscopia. Identificar los hallazgos macroscópicos, encontrados en la realización de la colonoscopia. Relacionar las manifestaciones clínicas y los hallazgos macroscópicos en pacientes sometidos a colonoscopia.

Según los resultados obtenidos en el presente trabajo investigativo, las manifestaciones clínicas más frecuentes que presentaron los pacientes fueron hematoquecia en un 60,3%, dolor abdominal en un 51,7%, dolor anal en un 43,1% y prurito anal en un 37,9%, los hallazgos patológicos encontrados en las colonoscopias fueron hemorroides que corresponde al 34,5%, divertículos colónicos que representó el 32,8%, pólipos colónicos en un 8,6% y colitis ulcerosa que corresponde al 6,9%; es así que las manifestaciones clínicas que presentaron los pacientes que tienen como hallazgo patológico hemorroides fueron, dolor anal en un 75%, hematoquecia y prurito anal en un 65% y los pacientes que presentaron divertículos colónicos, pólipos colónicos y colitis ulcerosa presentaron en cambio, hematoquecia y dolor abdominal.

Las hemorroides son una de las dolencias más frecuentes en mujeres que en hombres 3:1. La patología hemorroidal corresponde a un tipo de insuficiencia venosa y puede ser considerada la enfermedad más frecuente de la región anal, con un pico de incidencia entre los 45 y 65 años, tiene una elevada prevalencia estimándose que se encuentra presente en un 30 a 50% de la población adulta.<sup>2</sup>

Los pólipos son uno de los problemas más comunes que afectan al colon y se presentan en el 15 a 20% de la población adulta. Aunque la mayoría de los pólipos son benignos, se ha logrado establecer la relación de ciertos pólipos con el cáncer. Según estudios realizados, más de 30% de las personas mayores de 60 años de edad tienen pólipos en el colon. Alrededor de 70 a 80% de los pólipos extirpados son adenomatosos. El mayor factor de riesgo para desarrollar pólipos es ser mayor de 50 años. Un historial familiar de pólipos de colon o cáncer de colon aumenta el riesgo de desarrollar pólipos. Además, los

---

<sup>2</sup> Revista Española de Enfermedades Digestivas, hemorroides, Rev. esp. enferm. dig. v.98 n.3 Madrid mar. 2006.

pacientes con un historial personal de pólipos o cáncer de colon están en riesgo de desarrollar nuevos pólipos.<sup>3</sup>

Los divertículos colónicos se presentan en el 8,5% de la población general, casi un tercio son diagnosticados en la quinta década de la vida y más de la mitad en la octava. La relación mujeres-hombres es de 3-2, con una mayor frecuencia en hombres mayores de 50 años y en mujeres sobre los 70 años. Son poco frecuente en pacientes menores de 35 años y su incidencia, aumenta con la edad.<sup>4</sup>

La colitis ulcerosa tiene una incidencia de dos a 10 casos nuevos por año y por cada 100.000 habitantes. Afecta ligeramente más a las mujeres que a los hombres. La enfermedad puede presentarse a cualquier edad, pero tiene una incidencia máxima en personas de 20 a 40 años de edad. La frecuencia tiene un componente familiar y étnico: las personas de raza blanca enferman unas cuatro veces más que las personas de color.<sup>5</sup>

Por lo anteriormente expuesto ésta investigación tiene como finalidad favorecer al enriquecimiento en conocimientos de los/las estudiantes, docentes y población en general, que el realizar una colonoscopia como medio diagnóstico es en la actualidad y gracias a los avances científicos seguirá siendo en un futuro, un medio de ayuda temprana para el tratamiento oportuno y por ende mejora en la calidad de vida de las personas con padecimientos digestivos bajos. Además aportar estadísticamente con el servicio de gastroenterología de ésta Institución y finalmente promover las bondades de la realización de este tipo de estudio al divulgar los resultados los mismos que serán expuestos en el Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

---

<sup>3</sup> American Society of Colon and Rectal Surgeons. Pólipos del Colon y del Recto

<sup>4</sup> Pontificia universidad católica de Chile. Escuela de medicina. Manual de patología quirúrgica, Enfermedad divertículo del colon

<sup>5</sup> Hospital de Cabueñes. Colitis Ulcerosa. Capítulo 3.

## **4.- REVISIÓN DE LITERATURA**

### **ENFERMEDADES DIGESTIVAS BAJAS**

Las enfermedades digestivas bajas, son aquellos trastornos digestivos, que también son conocidos como padecimientos del tracto digestivo. Las principales causas se relacionan con el sistema inmunológico, produciendo anomalías, alteraciones o deficiencias digestivas. (Biblioteca Nacional, 2012)

#### **4.1 HEMORROIDES**

##### **4.1.1 DEFINICIÓN.**

Méndez & Uribe (2005) afirman que el nombre hemorroides debe referirse al de enfermedad hemorroidaria para diferenciar las dilataciones de los plexos hemorroidarios inferior y superior, como resultado del proceso local que se origina en las glándulas de Morgagni, de las producidas por otras causas sistémica, como por circulación hepatofugal, que ocurre en casos de hipertensión portal, sobre todo en cirrosis. (Méndez, N. & Uribe, M., 2005)

Grande, Fernández, Sánchez, Visa, Astudillo, Bordas & Fuster (2014) manifiesta que las hemorroides o cojinetes hemorroidales son estructuras normales localizadas en el conducto anal, compuestas básicamente de vasos sanguíneos (arteriolas, vénulas, sinusoides arteriovenosos), musculo liso (músculo de Treitz), tejido elástico y conectivo. Los cojinetes hemorroidales participan estrechamente en el mecanismo de la continencia y proporcionan de 15 a 20% de la presión del canal anal.

Es uno de los padecimientos más comunes en el ser humano se estima que en diversos paíseas la padecen entre el 50% y 80% de los adultos de 50 años de edad, es poco frecuente antes de los 20 años de edad, aunque puede observarse en niños. No tiene predilección por ningún género (p.33).

Según Moore & Dalley (2009) en cambio las define como el prolapsos de la mucosa rectal (más específicamente, de las llamadas almohadillas rectales) que contiene venas del plexo venoso rectal interno que, en condiciones normales, están dilatadas (p. 449).

#### **4.1.2 ETIOLOGÍA.**

Victoria (2010) menciona que la etiología de la patología hemorroidal es multifactorial, proponiéndose varios factores como causa de las mismas, sin que podamos aislar ninguno que sea la causa determinante. Entre estos factores encontramos:

- Puede existir un factor hereditario, ya que es frecuente encontrar familiares con una elevada prevalencia de esta patología.
- Determinadas actitudes tales como la bipedestación mantenida durante largos periodos de tiempo, esfuerzos físicos intensos, trabajos sedentarios
- Hábito estreñido en personas con dieta pobre en fibra.
- Pérdida del tono de la musculatura esfinteriana. (p.57). (Victoria, 2010)

Para Arias, Aller, Arias & Aldamendi (2000) manifiestan que la mayoría de las hemorroides son de causa desconocida (idiopáticas). Todas las situaciones que provocan aumento de la presión abdominal, favorecen las hemorroides, así, el embarazo, los tumores pélvicos, el estreñimiento. Lo mismo sucede cuando existen aumento de presión en el sistema venoso portal (hipertensión portal). (p. 89)

Esta se presenta como tejidos que contienen venas que se localizan en el ano y recto, pudiendo ser una de los principales síntomas, prurito, el dolor y el estreñimiento.

#### **4.1.3 FISIOPATOLOGÍA.**

Por otra parte Bucio (2007) en cuanto a la fisiopatología menciona que los vasos sanguíneos situados por encima de la línea dentada conforman el plexo

hemorroidal interno, mientras que los situados distales a la línea dentada conforman el plexo hemorroidal externo. En los estudios anatómicos en fetos y embriones, lo mismo en niños, adolescentes y adultos, encontramos que en el canal anal existen tres paquetes hemorroidales distribuidos de la siguiente manera: un paquete lateral izquierdo, uno derecho anterolateral y uno derecho posterolateral. Entre estos paquetes se encuentran los plexos accesorios. El flujo sanguíneo de retorno del canal anal se realiza por la vía sistémica y portal, existiendo una red anastomótica entre ambas a nivel de la línea dentada. (Bucio VG, Enero)

#### **4.1.4 ANATOMÍA DE LAS HEMORROIDES**

Túnez (2012) menciona que las arterias que suministran sangre al canal anal, se desplaza al canal del recto arriba y forman una rica red de arterias que comunican entre sí alrededor del canal anal. Esto explica por qué el sangrado de las hemorroides es rojo brillante (sangre arterial) en lugar de rojo oscuro (sangre venosa), y por qué el sangrado de las hemorroides pueden ser graves.

Las venas anales drenan la sangre desde el canal anal y las hemorroides de comunicación. Estas venas drenan en dos direcciones. La primera dirección es hacia arriba en el recto, y la segunda es hacia abajo debajo de la piel que rodea el ano. (p.115).

#### **4.1.5 FORMACIÓN DE HEMORROIDES.**

Para Abarca (2010) la hemorroide se origina en la parte superior (lado rectal) del canal anal, lo que se conoce como una hemorroide interna. Si se origina en el extremo inferior del canal anal cerca del ano, que se conoce como una hemorroide externa. Técnicamente, la diferenciación entre las hemorroides internas y externas se realiza sobre la base de si la hemorroide se origina por encima o por debajo de la línea dentada (interno y externo, respectivamente).

Los cojines hemorroidales en el canal anal superior se componen de los

vasos sanguíneos y sus tejidos de soporte. Por lo general, hay tres cojines hemorroidales principales orientado derecho posterior, anterior derecha y lateral izquierda. Durante la formación de agrandamiento de las hemorroides internas, los vasos de los cojines anales se hinchan y los tejidos de soporte aumentan de tamaño. La masa protuberancia del tejido y los vasos sanguíneos sobresale en el canal anal donde puede causar problemas (p.34). (Abarca Aguilar, 2010)

#### **4.1.6 CLASIFICACIÓN.**

Feldman (2008) al respecto presenta la siguiente clasificación en externas, internas y mixtas.

**4.1.6.1 Externas.** se localizan por debajo de la línea dentada (también llamada línea anorrectal) y están cubiertas de piel modificada.

**4.1.6.2 Internas:** están localizadas por arriba de la línea anorrectal y cubiertas de mucosa.

- **Grado I:** hemorroides que no se ven ( sólo por anoscopia), sin antecedentes de procidencia a través del canal anal. Sangran con la defecación, y su tamaño no excede los 8mm.
- **Grado II:** procidencia hemorroidal con la defecación, pero que se reduce espontáneamente ( menores de 15mm).
- **Grado III:** procidencia hemorroidal que puede reducirse con maniobras digitales ( mayores de 18mm).
- **Grado IV:** procidencia hemorroidal que no se puede reducir ni siquiera con maniobras digitales cuando son mayores de 18mm.

**4.1.6.3 Mixtas:** se refiere a la coexistencia de ambas (tanto externas como internas) y constituyen la variedad más frecuente.



#### 4.1.7 CUADRO CLÍNICO.

Depende de su localización (externas o internas) y de ausencia o presencia de complicaciones.

##### 4.1.7.1 **HEMORROIDES EXTERNAS.**

Para Amarillo (2009) se refiere a las hemorroides externas de la siguiente manera:

Las hemorroides externas tienen tres síntomas y signos principales dolor, tumefacción y prurito anal.

- **Dolor:** es poco común en la enfermedad no complicada; cuando está presente debe pensarse en complicaciones (trombosis o fluxión) o en enfermedades asociadas (fisuras); los portadores de hemorroides de tercer y cuarto grado pueden tener ataques de dolor debido al espasmo muscular esfinteriano provocado por el prolapso hemorroidal. (Amarillo, 2009)
- **Tumefacción dolorosa:** es expresión de hemorroides complicadas; se diferencia del prolapso porque es de consistencia dura (el prolapso es blando); duele espontáneamente y a la compresión.
- **Prurito anal:** sólo se manifiesta en el paciente con hemorroides de tercer y cuarto grado cuando la secreción mucosa humedece la piel perianal produciendo una dermatitis. Es alrededor del 7%.

4.1.7.2 **HEMORROIDES INTERNAS.** Al igual que las hemorroides externas, las internas presentan: hemorragia y prolapso hemorroidario. (Amarillo, 2009)

- **Hemorragia:** es el signo más frecuente y más constante. La sangre por regular es roja, rutilante, expulsada con la materia fecal, en forma de estrías en las heces fecales o en gotas al final de la evacuación.

- **Prolapso hemorroidario:** Este signo depende del tiempo de evolución. Al principio se reduce en forma espontánea; posteriormente el paciente la reduce en forma manual y por último es permanente. (Amarillo, 2009)
- **Suelen ser indoloras y ocasionar trombosis:** Por lo general la enfermedad hemorroidal es mixta y el cuadro clínico puede manifestarse por cualquiera de los síntomas mencionados.

En general se puede mencionar que las hemorroides son dolorosas, ya que el coágulo de sangre que se presenta en estas protuberancias anales o rectales causa prurito anal, dolor en la defecación y sensibilidad anal.

#### 4.1.8 DIAGNÓSTICO.

Para Abarca (2010) el diagnóstico de las hemorroides se puede determinar que:

- 1.- **Historia clínica.** Se debe recabar de manera muy clara los datos del paciente en cuanto al tiempo de evolución, los síntomas de inicio, la recurrencia de los mismos, los cambios del hábito defecatorio, sus antecedentes personales y familiares patológicos, especialmente problemas abdominales y rectales (poliposis familiar, antecedentes de cáncer rectal) etc. (Abarca Aguilar, 2010)
- **Cronicidad:** Se considera como patología aguda aquella con una evolución menor de 2 semanas, y crónica la que tiene una mayor duración y que se presenta con periodos de remisión.
  - **Alteraciones del hábito defecatorio:** es importante conocer la frecuencia defecatoria del paciente y la consistencia de sus heces; si tiene diarreas sin causa aparente o periodos en los cuales alternen estreñimiento y diarrea y si nota la presencia de moco, sangre o disminución del calibre de sus heces fecales. (Abarca Aguilar, 2010)
  - **Tipo de sangrado:** las características del sangrado son de gran ayuda, la sangre roja rutilante proviene generalmente del tercio inferior del recto

o del canal anal. Sangrado de coloración vinosa o más oscura tiene origen más alto.

- **Dolor anal:** el dolor puede ser punzante, pulsátil, transdefecatorio, postdefecatorio o continuo.
- **Prolapso de masas:** el paciente refiere la protrusión de masas a través del ano, que pueden ser únicas o múltiples, especifica su tamaño y si se reducen espontáneamente o debe utilizar maniobras de Valsalva o sus dedos para introducirlas.
- **Evacuación incompleta:** No existe una satisfacción fisiológicamente luego de la defecación y mantiene una sensación de evacuación incompleta. (Abarca Aguilar, 2010)
- **Prurito anal:** Puede ser permanente o presentarse por periodos y puede ser más intenso en la noche sobre todo si se asocia a parasitosis. Suele acompañarse de una sensación de humedad en la zona anal, notándose la presencia de secreción serosa o purulenta (en caso de fístulas), provocando el escozor y la irritación.
- **Tumefacción:** Una tumefacción se evidencia con facilidad y puede ser dolorosa o no, impidiendo al paciente realizar su actividad normal o sentarse; puede acompañarse de fiebre o malestar general; son datos claros que nos ayudan en el diagnóstico. (Abarca Aguilar, 2010)
- **Síntomas abdominales:** El dolor abdominal, presencia de flatulencia, vómitos, anorexia, baja de peso y cualquier sintomatología abdominal nos orientará a buscar otras patologías más cruciales que la enfermedad hemorroidal y evitaremos atribuir erróneamente la clínica del paciente a una patología anal (p.p. 45-49).

**2.- Examen físico.** Al respecto Abarca (2010) en cuanto al examen físico manifiesta que:

La exploración proctológica es una experiencia algo embarazosa para la mayoría de los pacientes y con mayor razón si se suman el dolor o la angustia que el individuo puede percibir; de manera que es conveniente explicar al paciente lo que se le va a realizar y proporcionarle una atmósfera confortable para conseguir que se relaje, colabore y que no exista una hipertonia del esfínter anal al momento del examen. (Abarca Aguilar, 2010)

- **Inspección:** Se inicia con la inspección de la zona anal y perianal, la misma que es esencial, ya que el diagnóstico de varias patologías se hace simplemente con mirar. También se puede observar la abertura del orificio anal y constatar si el ano es hipertónico o un ano complaciente.
- **Palpación** se procede delicadamente a palpar la zona perianal en busca de dolor, tumefacciones, abscesos, trayectos fistulosos. Luego se realiza el tacto rectal superficial con el que valoramos tonicidad de esfínter y presencia de dolor, y el tacto rectal profundo que nos permite valorar la presencia de masas tumorales, duras, mamelonadas o ulceradas inconfundibles de un cáncer de recto, así como papilas hipertróficas o pólipos rectales pediculados . (Abarca Aguilar, 2010)

#### **4.1.9 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.**

Charúa (2007) considera que se debería realizar principalmente con todas las patologías que pudieran dar lugar a hematoquecia, dolor y masas anales, como:

- a. Cáncer colorrectal o anal.
- b. Colitis ulcerativa crónica inespecífica.
- c. Disentería infecciosa.
- d. Fisuras
- e. Fístulas
- f. Abscesos.

- g. Papila anal hipertrófica.
- h. Pólipos rectales
- i. Melanomas
- j. Condilomas anales.
- k. Prolapso rectal.

El riesgo de complicaciones es muy elevado debido a los bajos niveles de granulocitos que pueden presentar estos pacientes. Por esto la cirugía sólo se llevará a cabo en aquellas situaciones en las que sea imprescindible. (Charúa Guindic, 2007)

#### **4.1.10 TRATAMIENTO.**

Para Chemey, Laufer, Nathan & Román (2013) el abordaje actual del tratamiento de las hemorroides es conservador, con preferencia por el tratamiento ambulatorio sencillo. A menudo, lo único que se requiere para las hemorroides sin trombosis es realizar cambios en la dieta, evitar esforzarse en exceso al defecar, y administrar suplementos de fibra, suavizantes de las heces y analgésicos hemorroidales. (p. 445)

Según Campos (2012) clasifica al tipo de tratamiento, en Tratamiento no quirúrgico y quirúrgico de la siguiente manera:

**Tratamiento no quirúrgico.-** si el paciente no presenta enfermedad hemorroidal avanzada, y en ausencia de síntomas o signos incapacitantes, puede establecerse un tratamiento conservador, el cual tiene la finalidad de evitar el esfuerzo a evacuar, por lo que se debe corregir los hábitos de evacuación del paciente. Es importante la ingestión de suficiente cantidad de líquidos y de alimentos con alto contenido de fibra tales como vegetales, cereales sin refinar; se debe evitar el consumo excesivo de lácteos.

**Tratamiento quirúrgico.-** el tratamiento de las etapas iniciales de la enfermedad hemorroidal ha disminuido en forma considerable la necesidad de hemorroidectomía, por lo que esta operación se reserva para pacientes que tienen hemorroides mixtas con síntomas incontrolables de prolapso

hemorroidal, dolor o sangrado, o que presentan hemorroides grandes asociadas con otra enfermedad anorrectal que requiera tratamiento operatorio. (p. 534).

#### **4.1.11 TRATAMIENTO CONSERVADOR.**

En cambio Sánchez (2009) menciona que el tratamiento de elección en hemorroides grados 1 y 2, encaminado a evitar los factores favorecedores (fundamentalmente el estreñimiento), es mediante dieta rica en residuos y abundante ingesta hídrica, baños de asiento con agua tibia y alcohol en proporción 10:1, laxantes de volumen y reblandecedores de heces (extracto de psyllium, dietil sódico, sulfosucinato a dosis de 100 a 200 mg/día). Los supositorios y los ungüentos rectales no tienen utilidad y pueden producir dermatitis de contacto. La trombosis hemorroidal suele resolverse espontáneamente en 2 o 3 días mediante baños de asiento (1-4 al día) con el fin de relajar el esfínter anal y una pomada de hidrocortisona. (Sánchez Ludeña, 2009)

**CIRUGÍA.** Actualmente sólo se operan del 5% de las hemorroides y prácticamente en el 95% restante se usan técnicas de banding y esclerosis. El tratamiento empírico debe ir dirigido al control de los síntomas y no a conseguir cambios anatómicos. La elección de las distintas posibilidades estará en función de los síntomas y del grado de prolapso hemorroidal. Las crisis recurrentes de trombosis hemorroidal externa deben tratarse mediante hemorroidectomía.

- **Inyección de sustancias esclerosantes.** Dirigido, sobre todo, a la supresión de la hemorragia y el prolapso leve (grado 1 y 2). Consiste en la administración de una solución química irritante (como el fenol al 5% en aceite vegetal), lo que producirá inflamación y posteriormente fibrosis y cicatriz. (Sánchez Ludeña, 2009)
- **Ligadura con bandas elásticas (banding).** Indicado en hemorroides prolapsadas. Se colocará una goma elástica en el vértice de la

hemorroide por encima de la línea dentada, al cabo de 48- 72 h por estrangulación se produce necrosis y se desprende la hemorroide. Se trata un complejo hemorroidal cada vez y se repiten las ligaduras a intervalos de 2 a 4 semanas.

- **Criocirugía.** Indicado sólo en los grados 1 y 2 de hemorroides internas. Se necrosa la hemorroide mediante congelación usando bióxido de carbono u óxido nitroso. No está bien aceptada por la cicatrización tardía (3-6 semanas) y la pérdida de material fétido en el ano, así como por las frecuentes recidivas que llegan al 45%. (Sánchez Ludeña, 2009)
- **Hemorroidectomía.** Se realizará sólo en los grados 3 y 4 de prolapso y en pacientes crónicos muy sintomáticos.

La indicación quirúrgica fundamental sería en las hemorroides sintomáticas de tercer y cuarto grado y en aquellos casos con alteraciones de la arquitectura anorrectal, así mismo en los que no fue positivo el tratamiento conservador y en distintos casos en los que se encuentran complicados con otras patologías como la fisura anal, fístulas, etc. (Sánchez Ludeña, 2009)

#### **4.1.12 COMPLICACIONES.**

México (2010) se refiere a las siguientes complicaciones:

- **Trombosis hemorroidaria única externa.**

Es una complicación frecuente de causa desconocida. En forma clásica el paciente refiere dolor de forma brusca, acompañado de tumoración perianal. (México, 2010)

- **Trombosis hemorroidaria múltiple o masiva**

Es una complicación poco frecuente. Consiste en la trombosis de dos o más paquetes hemorroidarios, acompañada de edema y dolor intenso.

- **Hemorroides internas estranguladas.**

Si los paquetes hemorroidarios internos prolapsados no reciben irrigación sanguínea debido al espasmo del esfínter anal interno, se consideran

hemorroides internas estranguladas. El paciente refiere dolor anal intenso de corta duración. (p.79). (México, 2010)

## 4.2 PÓLIPOS DEL COLON

### 4.2.1 DEFINICIÓN.

Cajal (2007) menciona que los pólipos del colon son toda prominencia de tejido que protruye hacia la luz de este órgano. Es decir, son una especie de "bultos" que salen en la mucosa que recubre interiormente el intestino grueso.

Para Malagón (2004) manifiesta que los pólipos del colon pueden presentarse aislados o formando lesiones como los pólipos adenomatosos o los adenomas vellosos, presentarse en forma multicéntrica como en la poliposis familiar, el síndrome de Gardner (tumores de tejidos blandos asociados con adenomas del colon), el síndrome de Peutz-Jeghers (pigmentación anómala de piel y mucosas y lesiones hamartomatosas en el tubo digestivo). (p. 240)

### 4.2.2 CLASIFICACIÓN.

Cajal (2007), presenta la siguiente clasificación de los pólipos, los que se dividen según su aspecto en pediculados y sésiles. Son importantes también su tamaño y su número. Si son más de 100, hablamos de poliposis.

4.2.2.1 **Pediculados:** Cuando muestran un pedículo que une la cabeza del pólipo con la mucosa colorrectal.

4.2.2.2 **Sésiles:** Son aplanados y están en contacto directo con el resto de la mucosa colorrectal (p.56)

Las características microscópicas dividen a los pólipos de colon en neoplásicos (adenomas) y no neoplásicos (hiperplásicos, hamartomatosos, inflamatorios).



#### 4.2.2.3 **Neoplásico.**

- **Pólipos adenomatosos:** Son lesiones benignas, intraepiteliales constituidas por células displásicas. Pueden ser:
  - **Adenoma tubular:** Cuando lo forman glándulas, del 0 – 25% de componente vellosos. Corresponden al 75% de los pólipos. Sólo el 5% son malignos al momento del diagnóstico. (H, 2007)
  - **Adenoma vellosos:** lo forman proyecciones digitiformes o vellosidades, 75 a 100% de componente vellosos. Corresponden al 10% de los pólipos. Entre el 35 y el 40% son malignos.
  - **Adenoma Tubulovellosos:** cuando están formados por glándulas y vellosidades, 25 a 75% de componente vellosos. Corresponden al 15%. El 20% son malignos al momento de diagnóstico. (H, 2007)

#### 4.2.2.4 **No neoplásicos.** Al respecto Hernández (2007) menciona que:

- **Hiperplásico:** constituyen el 10 al 30% de todos los pólipos colónicos identificados mediante colonoscopia o en estudios necrópsicos. son más frecuentes en personas de edad avanzada y suelen localizarse en la parte distal del colon y del recto.
- **Pólipos hamartomatosos:** es una lesión benigna constituida por glándulas y músculo liso, dentro de estos están: pólipo juveniles, peutzjeghers, cronkhite-canada, enfermedad de cowden.
- **Pólipos inflamatorios:** es una lesión benigna resultado de un proceso inflamatorio, como por ejemplo: pólipo inflamatorio o pseudos pólipo, pólipo benigno linfoideo.

### **4.2.3 CLÍNICA.**

Mientras tanto Moreira (2008) afirma que si bien el síntoma más frecuentemente asociado es la hematoquecia, en la gran mayoría de los casos son asintomáticos, y son diagnosticados en forma incidental durante la realización de un enema baritado o de una colonoscopia. (p.61).

La mayor preocupación de los pólipos es su degeneración maligna. Es conocido desde hace tiempo que prácticamente todos los cánceres de colon se originan en pólipos colónicos, aunque afortunadamente solo un 5% de los pólipos neoplásicos (adenomatosos) se transforman en cáncer. Un pólipo adenomatoso tarda unos 2-3 años en hacerse mayor de 1 cm y unos 7-10 años en hacerse un cáncer invasivo.

### **4.2.4 DIAGNÓSTICO.**

Para García & Fernández (2015) su diagnóstico es mediante la colonoscopia que es la técnica de elección para el diagnóstico de los pólipos colónicos. Es el patrón oro en la detección, localización, descripción del número y tamaño de los pólipos colónicos. Además permite la exéresis o la realización de una biopsia en aquellos casos en que la exéresis no es posible. Tan importante es la colonoscopia como el estudio histológico del pólipo que permite clasificarlo y decidir el tratamiento y seguimiento que se debe recomendar. (Andreu García)

Los pólipos se diagnostican mediante observación directa del revestimiento interior del colon. Hay tres tipos de endoscopia colorrectal; la sigmoidoscopia rígida, la sigmoidoscopia flexible y la colonoscopia. La sigmoidoscopia rígida permite el examen de las seis a ocho pulgadas inferiores del intestino grueso. En la sigmoidoscopia flexible, se examina la cuarta a tercera parte inferior del colon. Ni la sigmoidoscopia rígida ni la flexible requieren medicamentos y pueden realizarse en el consultorio del médico.

#### **4.2.5 TRATAMIENTO.**

Así mismo García & Fernández (2015) en cuanto a su tratamiento se refieren, a que todos los pólipos de colon deben tratarse mediante la polipectomía endoscópica completa, ya que su aspecto macroscópico los hace indistinguibles, deben ser recuperados y proceder a su análisis histológico, describir el grado de displasia, evaluar la presencia o no de malignidad y en el caso en que exista definir la profundidad de la invasión de los tejidos, el grado de diferenciación celular, la afectación vascular y linfática y la existencia o no de invasión del margen de resección. La polipectomía endoscópica de los adenomas colorrectales se ha demostrado que disminuye la incidencia de cáncer colorrectal (CCR) y es el tratamiento definitivo cuando se efectúa una resección completa (p.97).

La indicación quirúrgica es necesaria en un porcentaje reducido de casos. Debe ser el tratamiento inicial en adenomas sésiles de gran tamaño y con una base de implantación amplia, en los que un endoscopista experimentado no logra resecar. Igualmente deberá recomendarse tratamiento quirúrgico cuando el análisis histológico de un pólipo muestra invasión de la submucosa y además existen criterios de mal pronóstico como son: resección parcial del pólipo, carcinoma pobremente diferenciado, invasión vascular o lesión a menos de 2 mm del margen de resección.

### **4.3 ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON**

#### **4.3.1 DEFINICIÓN**

Parrilla & Landa (2010) afirma que la diverticulitis del colon es muy poco frecuente. La diverticulitis del colon derecho representa una condición clínica distinta de la enfermedad diverticular del sigma o pancolónica. Es rara la existencia de múltiples divertículos, habitualmente se hallan en número inferior a quince; por otra parte, es característica la presencia de un divertículo solitario en ciego. (p. 485)

En la mayoría de los casos, los divertículos en el intestino no provocan síntomas. Suelen notarse cuando surgen complicaciones. Si existen divertículos en el intestino, los síntomas se diferencian por la situación y forma de las invaginaciones.

Y para Monero (20014) los divertículos colónicos son pequeñas protrusiones sacciformes, habitualmente de 5 a 10 mm, comunicadas con la luz cólica que se alojan suberosamente en la pared del colon.

Los divertículos cólicos se localizan en el 95% de los casos en el colon sigmoideo y desde éste se pueden extender a regiones cólicas proximales e incluso alcanzar el colon derecho; el recto nunca se ve afectado. (p.33).

#### **4.3.2 FISIOPATOLOGÍA**

Astiz (2007) por su parte se refiere que la patofisiología de la enfermedad diverticular es compleja ya que ocasiona trastornos anatomopatológicos y funcionales. Su aparición depende de principios de física de las presiones y sus complicaciones inflamatorias están relacionadas con la virulencia de la flora bacteriana del colon y llevan a compromisos de la cavidad peritoneal y del retroperitoneo. Existen también factores genéticos que facilitarían la aparición de la diverticulosis. (ASTIZ, 2007)

- **Trastornos anátomopatológicos.** En pacientes con la enfermedad diverticular preferentemente izquierda e hipertónica se observa un colon acortado y de paredes engrosadas. Los divertículos son del tipo por pulsión y se los halla en dos líneas, entre la tenia mesentérica y las dos antimesentéricas. El hallazgo más característico e importante de la enfermedad diverticular es el engrosamiento muscular a nivel del colon sigmoideo. Existe acortamiento y engrosamiento de las fibras longitudinales, y trastornos de las fibras circulares que se muestran acortadas y agrupadas en bandas, dejando zonas de debilidad a nivel de la entrada de los vasos mesentéricos. (ASTIZ, 2007)

- **Principios físicos.** Los principios físicos de las relaciones entre la presión intraluminal y la tensión de la pared del colon, juegan también un papel importante en el desarrollo y evolución de la enfermedad diverticular. Así en el colon sigmoideo, que tiene menor radio que el resto del colon, la tensión muscular genera alta presión en la luz intestinal, lo que produce la extrusión diverticular a través de áreas débiles, como son los puntos de penetración vascular y los espacios intermusculares entre los fascículos de la capa muscular circular.
- ✚ **La flora bacteriana.** Está constituida entre otros por Escherichia Coli, Pseudomonas, Serratia, Enterobacter, Citrobacter, Bacteroides, Enterococci y Clostridia, la mayoría anaerobios, facultativos u obligados. En caso de propagación extraluminal de estas bacterias pueden producirse abscesos, peritonitis generalizada o septicemia con shock séptico. (ASTIZ, 2007)

Al penetrar en la pared intestinal, los vasos rectos crean áreas de debilidad en dicha pared, a través de las cuales pueden herniarse porciones de la mucosa y submucosa colónicas. La segmentación ocurre como resultado de un aumento de la presión intracolónica en ciertas áreas del colon. Dicha segmentación representa fuertes contracciones musculares de la pared colónica que sirven para hacer avanzar el contenido luminal o detener el pasaje del material.

### **4.3.3 ANATOMÍA PATOLÓGICA**

#### **4.3.3.1 DIVERTICULOSIS.**

Murphy (2004) afirma que la enfermedad diverticular del colon es el resultado de una compleja interacción entre factores dietéticos, genéticos y de motilidad intestinal, que llevan a un aumento de la presión intraluminal y a cambios en la resistencia en algunas zonas de la pared colónica. La baja ingesta de fibras se plantea como un agente etiológico posible para el desarrollo de enfermedad diverticular. Hay cuatro puntos bien definidos

alrededor de la circunferencia del intestino, donde los vasos rectos penetran la capa muscular circular. Los vasos ingresan a la pared de cada lado del borde de la tenia mesentérica y en las 2 tenias antimesentéricas. No hay formación de divertículos distalmente a la unión rectosigmoidea por debajo de la cual la tenia coalesce para formar una capa muscular longitudinal. Al penetrar en la pared intestinal, los vasos rectos crean áreas de debilidad en dicha pared, a través de las cuales pueden herniarse porciones de la mucosa y submucosa colónicas.

Cambios estructurales en la pared también pueden ser responsables por la aparición de divertículos a una edad más temprana en desórdenes del tejido conectivo; como el síndrome de Ehlers-Danlos, el síndrome de Marfan y la enfermedad autosómica dominante de riñón poliquístico. (p.76)

En cambio para Schneider (2004) los divertículos son deformaciones en forma de saco que salen de la pared del intestino. Es raro que aparezcan de forma aislada. Cuando su número es elevado se habla de diverticulosis, que puede pasar desapercibida hasta el momento que se infectan los divertículos. Actualmente es la enfermedad del colon más extendida en los países occidentales. Aproximadamente el 40% de las personas de más de 40 años de edad padecen esta enfermedad. (p. 137)

#### **4.3.3.2 DIVERTICULITIS.**

Murphy (2004) habla de la diverticulitis como el término que representa un espectro de los cambios inflamatorios que van desde una inflamación local subclínica hasta una peritonitis generalizada con perforación libre.

El mecanismo de aparición de diverticulitis gira alrededor de una perforación de un divertículo, ya sea microscópica o macroscópica. El antiguo concepto de obstrucción luminal probablemente represente un hecho raro. (p251).

La manifestación clínica de la perforación depende del tamaño de la misma y de la respuesta del organismo. Perforaciones pequeñas menores pueden quedar contenidas por grasa pericólica y mesenterio formando pequeños abscesos.

Perforaciones mayores llevan a la formación de abscesos que pueden formar grandes masas inflamatorias que pueden extenderse hacia otros órganos formando fístulas.

Para Parrilla & Landa (2010) consideran que hay autores que manifiestan la diverticulitis como una enfermedad inflamatoria crónica, por lo que se ha propuesto el uso de fármacos antiinflamatorios; concretamente, aminosalicilatos como la mesalazina, que actúa en la interacción de las bacterias intestinales con las células epiteliales. (p. 483)

#### **4.3.4 CUADRO CLÍNICO**

García (2008) considera que es necesario diferenciar entre diverticulosis que se refiere a la presencia de divertículos en el colon en un paciente asintomático; sólo si aparecen síntomas asociados a estos divertículos se constituye la enfermedad diverticular y la diverticulitis que es la evidencia de inflamación del divertículo, que puede presentarse con fiebre, taquicardia o dolor abdominal, con o sin signos o síntomas localizados; por último, se plantea una diverticulitis complicada cuando existe evidencia de perforación, absceso, fístula, estenosis u obstrucción (p.13).

El signo más temprano de inflamación ocurre en el tejido linfático del vértice del divertículo, extendiéndose rápidamente para involucrar el peritoneo adyacente grasa pericólica y grasa mesentérica.

La inflamación se extiende a una distancia considerable a partir de un solo divertículo, así que se forma una gran masa inflamatoria que rodea al intestino, sensible y a menudo palpable. Solo el 10 a 20 % de las personas con divertículos desarrollan síntomas relacionados con su presencia.

#### 4.3.5 CLASIFICACIÓN

De igual manera García (2008) manifiesta que la clasificación clínica incluye tres tipos de enfermedad diverticular:

- Enfermedad sintomática no complicada.
- Enfermedad sintomática recurrente.
- Enfermedad complicada por: hemorragia, absceso, flemón, perforación, peritonitis purulenta y fecal, estenosis, fístula u obstrucción de intestino delgado debido a adherencias postinflamatorias.

La clasificación modificada de Hinchey se refiere a las características de la diverticulitis según sus complicaciones:

- **Grado I:** Diverticulitis con aumento en la densidad de la grasa pericolónica. Absceso Pericolónico.
- **Grado II:** Absceso pélvico tabicado
- **Grado II a:** Abscesos distantes. Posible drenaje por punción.
- **Grado II b:** Absceso complicado con o sin fístula
- **Grado III.** Peritonitis purulenta generalizada
- **Grado IV:** Peritonitis fecal (p.67)



### **4.3.6 COMPLICACIONES**

En la mayor parte de los pacientes la enfermedad diverticular cursa sin complicaciones, sin embargo las más frecuentes son:

1. Diverticulitis aguda.
  - a. Diverticulitis aguda simple
  - b. Diverticulitis aguda compleja
    - Perforación
    - Absceso parietocólico
    - Peritonitis generalizada
    - Fístula
2. Hemorragia
3. Estenosis
4. Obstrucción.

#### **4.3.6.1 Diverticulitis aguda.**

Según Tadataka (2014) define que la diverticulitis aguda (DA) constituye la complicación más frecuente de la enfermedad diverticular, siendo observada en el 10%-25% de los pacientes con diverticulosis colónica conocida. Este proceso se presenta cuando el cuello del divertículo es ocluido por materia fecal, inflamación o partículas de alimento, produciendo inflamación de la mucosa con posterior microperforación del divertículo, dando lugar al desarrollo de una serie de cambios inflamatorios a nivel pericolónico.

Estas alteraciones pueden ser mejor denominadas como peridiverticulitis o pericolitis ya que la diverticulitis verdadera constituye una serie de cambios inflamatorios limitados al divertículo, lo que es observado con menor frecuencia.

La TC presenta una sensibilidad superior al 93% y una especificidad cercana al 100% en el diagnóstico o exclusión de DA mejorando notablemente el diagnóstico y manejo de estos pacientes.

Los signos tomográficos clásicos: cambios inflamatorios en la grasa pericólica asociados a formaciones diverticulares y engrosamiento mural intestinal.

- 4.3.6.2. Diverticulitis aguda simple.** La más frecuente de las complicaciones casi siempre por obstrucción del cuello de alguno o algunos de los divertículos, la cual ocasiona edema de las paredes del caso e inflamación, produciendo un decreciente de la circulación y oxigenación de los tejidos, y finalmente necrosis de los divertículos, con formación de microabscesos por proliferación bacteriana.
- 4.3.6.3. Diverticulitis aguda compleja.** En ocasiones, sobre todo en pacientes mayores de 60 años de edad o inmunodeprimidos, la diverticulitis aguda puede dar lugar a complicaciones más graves, como son:
- 4.3.6.4 Perforación.** El contenido del saco herniado se vacía en la cavidad peritoneal, con una posible salida del contenido intestinal y produciendo un cuadro abdominal agudo, casi siempre en la fosa ilíaca izquierda.
- 4.3.6.5 Absceso parietocólico.** La formación de un absceso diverticular complicado depende de la capacidad de los tejidos pericólicos para controlar la diseminación del proceso inflamatorio; la ivericulitids representa 23% de los abscesos intraabdominales.
- 4.3.6.6 Fistula intestinal.** Las fistulas ocurren en 2% de los pacientes con enfermedad diverticular complicada, la cual se forma a partir de un proceso inflamatorio local que produce un absceso que se descomprime espontáneamente perforándose hacia una víscera adyacente o a través de la piel. En general, hay un único tracto

fistuloso, pero se puede encontrar tractos múltiples en 8% de los pacientes.

Tipos de fistulas relacionadas con la enfermedad diverticular

- Colovesical (- 65%)
- Colovaginal (- 25%)
- Colocutánea
- Coloentérica.

**4.3.6.7 Estenosis.** Tadataka (2014) de la misma forma habla que la mayoría de las ocasiones se presenta en pacientes que han tenido varios brotes de diverticulitis. En ellos, el proceso es cicatrizar y posterior a la inflamación de los tejido del colon, que puede ser completa e incompleta. Este cuadro requiere un diagnóstico oportuno y resolución quirúrgica.

**4.3.6.8 Obstrucción.** La obstrucción colónica completa por enfermedad diverticular es relativamente rara y causa de 10% de las obstrucciones del intestino grueso. La diverticulitis aguda puede llevar a una obstrucción parcial del intestino a causa del edema o a compresión debida a un absceso.

#### **4.3.7 DIAGNÓSTICO**

Según García (2008) en cuanto al diagnóstico menciona que la diverticulitis se caracteriza por un dolor en el cuadrante inferior izquierdo, el cual es más exquisito a la descompresión e implica un cierto grado de compromiso peritoneal. La fiebre y la leucocitosis son hallazgos importantes pero inespecíficos.

- **Enema con contraste hidrosoluble:** Es un estudio simple y seguro en pacientes con sospecha de diverticulitis. Tiene una sensibilidad de 94%, especificidad de 77% con falsos negativos de 2-15%.

- **Enema de bario doble contraste.** Da un mejor delineamiento de la mucosa pero debe ser realizado después de que la inflamación local haya cedido. Tiene una especificidad de 86%.
- **Ultrasonografía:** Tiene una sensibilidad de 84-98%, especificidad de 80-97%, con un valor predictivo positivo de 76%. Es un procedimiento de valor diagnóstico y terapéutico para drenaje percutáneo, con una exactitud para detectar abscesos de 90-97%. Los hallazgos principales son: engrosamiento de la pared e hiperecogenicidad del colon por inflamación; también se la realiza para excluir patología pélvica o ginecológica.
- **Tomografía axial computarizada (TAC):** Es el mejor método diagnóstico y se utiliza como examen inicial en el paciente en quien se sospecha diverticulitis aguda.
- **Colonoscopia:** Se prefiere reservar la práctica de este estudio para el sangrado auto limitado. En los pacientes con un sangrado moderado detenido es seguro realizar una colonoscopia dentro de 12 a 24h, en pacientes con sangrado menos grave, la colonoscopia es una opción razonable como procedimiento ambulatorio. (p.p.66-71)

#### 4.3.8 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

García & Caballero (2008) refieren que el diagnóstico diferencial es el siguiente:

- Carcinoma de intestino
- Pielonefritis
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Apendicitis
- Colitis isquémica
- Síndrome de colon irritable y enfermedad pélvica.

#### **4.3.9 TRATAMIENTO**

Montenegro (2012) por otra parte en cuanto al tratamiento, refiere que la diverticulosis debe ser tratada con fibra. La enfermedad diverticular dolorosa puede requerir medicamentos antiespasmódicos. La diverticulitis aguda puede ser tratada con reposo y antibióticos intravenosos (cefalosporinas de tercera generación y metronidazol) (amoxicilina más ácido clavulónico o ciprofloxacina más metronidazol) El objetivo de la cirugía es el control de la sepsis. Las indicaciones para un procedimiento quirúrgico están la peritonitis o la falla para resolver con terapia conservadora. La cirugía profiláctica ha sido recomendada para prevenir complicaciones de la enfermedad diverticular recurrente. (p.278).

La hemorragia por divertículos, usualmente responde a manejo conservador y ocasionalmente requiere resección.

La colonoscopia puede ser necesaria para localizar el sitio de sangrado, si el lugar no puede ser localizado, la colectomía subtotal o la ileostomía son las opciones más seguras.

#### **4.4 COLITIS ULCEROSA**

##### **4.4.1 DEFINICIÓN.**

Elsevier (2012) la define a la colitis ulcerosa (CU) como una enfermedad inflamatoria crónica intestinal, de etiología multifactorial, que afecta principalmente al colon. No existe un criterio único patognomónico para su definición, por lo que su diagnóstico se basa en una serie de criterios clínicos, endoscópicos e histológicos. Aparece un infiltrado inflamatorio mixto en la lámina propia, alterando la arquitectura glandular, con cúmulos de neutrófilos en las criptas que forman pequeños abscesos (p.55)

Para Díaz, Ocio & Pino (2008) es una enfermedad inflamatoria crónica y recidivante que sólo afecta al colon, afectación difusa de la mucosa y continua

desde el recto. Alternancia de periodos de actividad con periodos de inactividad (p.144).

La colitis ulcerativa puede ocurrir a cualquier edad, pero suele comenzar entre los 15 y los 30 años. Tiende a ser hereditaria. Los síntomas más comunes son dolor abdominal y diarrea con sangre.

#### **4.4.2 ETIOLOGÍA.**

Díaz (2003) menciona los siguientes factores:

##### **Factores genéticos.**

- Los familiares de primer grado de pacientes de enfermedad inflamatoria intestinal tiene una probabilidad entre 20 y 30 veces superior a la población general de desarrollar dicha enfermedad.
- Una tasa de concordancia entre gemelos es de un 6%.
- El riesgo relativo para un hermano de un paciente con colitis ulcerosa varía entre 7 y 17%.

##### **Factores ambientales:**

- **Tabaquismo:** numerosos estudios han demostrado una correlación negativa entre el hábito de fumar y la presencia de colitis ulcerosa, incluso en formas leves-moderadas, aunque no se ha visto efecto alguno sobre parámetros objetivos de enfermedad.

##### **Exposiciones en la infancia:**

1. No se ha logrado demostrar el efecto beneficioso de la lactancia natural sobre el posterior desarrollo de colitis ulcerosa durante la adolescencia.

##### **Factores dietéticos:**

1. Numerosos estudios han refrendado la utilidad de los ácidos grasos polinsaturados omega 3 en el tratamiento de enfermedad inflamatoria intestinal.

**Otros factores:**

1. Numerosos estudios han sugerido que la apendicetomía podría proteger contra el desarrollo de colitis ulcerosa, aunque su mecanismo de acción es desconocido.
2. Aunque estudios han demostrado un riesgo aumentado para el desarrollo de colitis ulcerosa en mujeres que consumen anticonceptivos orales, estudios tipo casos y controles no han objetivado dicha relación.

La colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria intestinal de causa autoinmune. Afecta sobre todo al intestino grueso, aunque también a otras partes del cuerpo.

**4.4.3 ANATOMÍA PATOLÓGICA**

Camacho (2005) menciona que es una enfermedad que afecta fundamentalmente a la mucosa del colon, con participación casi constante (95% de los casos) de la mucosa rectal y una extensión proximal variable, pero siempre continua. Microscópicamente la mucosa afectada tiene un aspecto granular e hiperémico, pero no siempre presenta ulceraciones. Cuando estas están presentes comienzan como erosiones superficiales pequeñas que pueden progresar hasta afectar la mucosa en toda su profundidad. Cuando está afectado todo el colon, puede aparecer una inflamación en los últimos 5-25 cm del íleon terminal, que se denomina ilitis por reflujo, aunque su patogenia no es clara. Las criptas presentan de forma característica una reducción del número de células mucoides, con distorsión y ramificación en la base. La inflamación recurrente puede dar lugar a la aparición de cambios permanentes característicos como son la fribosis, la desaparición de los haustrós y retracción longitudinal del colon. (p.34).

La alteración anatomopatológica se inicia con una degeneración de las fibras de reticulina situadas por debajo del epitelio mucoso, con oclusión de los capilares subepiteliales e infiltración progresiva de la lámina propia por células plasmáticas, eosinófilos, linfocitos, mastocitos y leucocitos polimorfonucleares.

#### 4.4.4 CLASIFICACIÓN

Doménech (2005) manifiesta la siguiente clasificación:

- 4.4.4.1 **Colitis extensa.** También llamada colitis universal o pancolitis, se extiende más allá del ángulo esplénico. Su tratamiento debe ser siempre sistémico y conlleva un mayor riesgo de brotes graves y colectomía a largo plazo.
- 4.4.4.2 **Colitis distal o izquierda.** Su extensión es distal al ángulo esplénico. Su tratamiento puede abordarse por vía sistémica y tópica en forma de enema o espuma.
- 4.4.4.3 **Proctitis.** La extensión de esta CU se circunscribe al recto o hasta la unión rectosigmoidea. Su tratamiento puede abordarse por vía sistémica o tópica en forma de enema, espuma o supositorios. (Doménech Morral)

#### 4.4.5 CLÍNICA

En cuanto a clínica Díaz (2003) menciona los siguientes:

- 4.4.5.1 **MANIFESTACIONES INTESTINALES.** Afectación exclusiva del tramo colorrectal. La severidad de la sintomatología a menudo se correlaciona con la extensión anatómica de la enfermedad.
  - **Presentación inicial:** suele ser gradual y generalmente precedida por un episodio de sangrado rectal semanas o meses antes. En ese momento se puede objetivar proctitis y/o colitis distal en un tercio de los pacientes, colitis izquierda en otro tercio y pancolitis en el tercio restante. Menos de un 10% de los casos se presentan como formas fulminantes.
  - **Enfermedad leve:** hace referencia a proctitis y/o colitis distal con sangrado rectal intermitente, moco y menos de 4 deposiciones



diarreicas al día.

- **Enfermedad moderada:** referida habitualmente a colitis izquierda. El sangrado rectal es mayor con anemia leve, dolor abdominal, febrícula y más de 10 deposiciones diarias.
- **Enfermedad severa:** pancolitis con afectación habitual hasta ciego. A la sintomatología de las formas moderadas se añade la presencia de cólicos abdominales, fiebre en torno a 39,5°C, pérdida de peso y sangrado rectal que precisa a menudo soporte hemoterápico.

#### 4.4.6 COMPLICACIONES:

Por otra parte Díaz (2003) habla de las siguientes complicaciones:

- **Cáncer de colon.**

Su incidencia parece incrementarse en un 0,5% anual tras los primeros 7 a 8 años desde el inicio de la enfermedad en pacientes con pancolitis, por lo que dicho riesgo se ha relacionado con la extensión y duración de la enfermedad.

1. En pacientes con pancolitis el riesgo aumenta a partir de los primeros 8-10 años de enfermedad con una incidencia acumulada del 5-10% a los 20 años y del 12-20% a los 30 años del inicio. Riesgo absoluto evaluado del 30% tras 35 años de enfermedad.
2. Colitis izquierda: el riesgo parece incrementarse tras 15-20 años de enfermedad, una década más tarde que para la pancolitis.
3. Proctitis y proctosigmoiditis: parece que no presentan un riesgo mayor que la población general.

- **Megacolon tóxico**

Aunque todavía imprecisa, se considera que su incidencia ha disminuido en las últimas décadas (< 1-5%) dado el rápido reconocimiento y tratamiento intensivo de formas severas. La extensión de la dilatación parece correlacionada con la intensidad de la inflamación.

- **Manifestaciones extraintestinales**

**Cutáneas:**

1. **Eritema nodoso:** el trastorno cutáneo más frecuente. Aparece en más del 15% de los pacientes. Su curso es paralelo a la actividad intestinal, aunque en ocasiones precede a la sintomatología intestinal o incluso acontece en fases quiescentes.

2. **Pioderma gangrenoso:** ocurre en más del 5% de los pacientes con colitis ulcerosa.

**Oculares:**

1. **Epiescleritis:** ocurre en el 2-5% de pacientes con EII.
2. **Uveítis:** ocurre del 0,5-3% de los pacientes. Frecuentemente bilateral, insidiosa y 4 veces más frecuente en mujeres. Aproximadamente el 75% de los pacientes presentan además artritis axial y/o periférica, lo que complica el diagnóstico diferencial con la espondilitis anquilopoyética, toda vez que la uveítis puede preceder a la sintomatología intestinal. (Díaz, 2003)

**Otras** manifestaciones oculares: cataratas relacionadas con tratamiento esteroideo o coriorretinopatía central serosa.

- **Hepatobiliares:**

1. **Colangitis esclerosante primaria (CEP):** se estima que aproximadamente el 5% de pacientes con colitis ulcerosa desarrollan CEP y que la colitis ulcerosa está presente en el 90% de los casos de CEP.

2. **Pericolangitis:** también llamada colangitis esclerosante primaria de pequeños conductos, en las que la anatomía de la vía biliar mayor es normal.

3. **Esteatosis:** aparece en torno al 50% de los pacientes con EII y suele correlacionarse con la intensidad de la afectación intestinal.

### ✚ Trastornos óseos:

La osteoporosis es común en pacientes con EII. En estudios transversales se ha objetivado una disminución de la densidad mineral ósea en el 30% de los mismos, con una media un 10% inferior que en sujetos sanos. Además del ejercicio regular se aconseja el aporte -a dosis habituales- de vitamina D (400UI/día) y calcio (1000-1500 mg) en pacientes que reciben glucocorticoides de forma sostenida, especialmente en edades avanzadas; en varones con déficit de testosterona considerar además su reposición. (Díaz Díaz, 2003)

### ✚ Patología articular:

Díaz (2003) menciona la siguiente patología articular:

1. La artritis aparece entre el 9-33% de pacientes con EII (145-importante, sin predominio por el sexo o edad. Pueden afectarse articulaciones vertebrales, sacroilíacas o de las extremidades.
2. **Espondilitis y sacroileitis:** la espondilitis aparece en el 1-26% de pacientes con EII, cuya sintomatología sigue un curso característicamente independiente de la enfermedad intestinal; puede aparecer aislada o asociada a la artropatía periférica tipo I.
3. **Artropatía tipo I:** artritis periférica, autolimitada, no deformante y de curso paralelo al de la propia afectación intestinal. Acontece en un 5% de pacientes con EII, con afectación preferente de rodillas y pudiendo preceder en el tiempo a los síntomas digestivos.
4. **Artropatía tipo II:** poliartritis recurrente, en ocasiones migratoria, que afecta a un 3-4% de pacientes con EII, de curso independiente al de la enfermedad intestinal y preferencia por afectación de articulaciones metacarpofalángicas.

## Complicaciones Pulmonares

De la misma manera Díaz (2003) se refiere a las complicaciones pulmonares como:

1. **Enfermedad inflamatoria de vía aérea:** generalmente a nivel bronquial aunque puede aparecer laringitis subglótica o incluso bronquiolitis.
2. **Serositis:** puede manifestarse como pleuritis, pericarditis y/o ambas en forma de derrame exudativo.

### + **Trastornos nutricionales:**

- a) Deficiencias nutricionales o incapacidad para mantener el peso ideal  
Ocurren en un 18-62% de adultos con CU.
- b) Patogénesis: tanto por el descenso del consumo calorico-protéico como por la pérdida protéica relacionada con las exacerbaciones.

## 4.4.7 DIAGNÓSTICO

Quera (2008) manifiesta que el diagnóstico de la colitis ulcerosa se basa en la presencia de un cuadro clínico sugerente apoyado por alteraciones encontradas a la endoscopia, histología, radiología y serología. La presencia de anemia, elevaciones de la velocidad de sedimentación, proteína C reactiva, glóbulos blancos y plaquetas permitirán determinar de manera indirecta el nivel de severidad de la actividad de la colitis ulcerosa. **La colonoscopia** es el principal método diagnóstico de las Enfermedad Inflamatoria Intestinal. En la colitis ulcerosa se ve la mucosa edematosa, granular, hiperémica, friable y en caso de mayor severidad se aprecian úlceras de tamaño variable. En pacientes con una larga evolución se pueden apreciar “pseudopolipos” o pólipos inflamatorios que es mucosa reparativa debido a la confluencia de mucosa ulcerada. Aunque los “pseudopolipos” no poseen el riesgo evolucionar a cáncer, la vigilancia de la displasia de la mucosa puede ser más difícil. En pacientes con Colitis Ulcerosa de larga evolución es frecuente encontrar la pérdida de las haustras y un colon de menor longitud. La colonoscopia permite

determinar la extensión del compromiso de la CU de tal manera que el compromiso aislado de la mucosa rectal corresponderá a una proctitis, el compromiso de recto y sigmoides a una proctosigmoiditis, el compromiso hasta ángulo esplénico a una colitis izquierda y el compromiso continuo hasta más allá del ángulo esplénico a una pancolitis.

Las exploraciones radiológicas tradicionales (enema opaco) se consideran de carácter adicional. La correlación entre los hallazgos endoscópicos y del enema opaco baritado varía entre un 50-90%, subestimándose habitualmente la extensión de la enfermedad. (p.98)

La historia clínica y el examen de las heces permiten llegar al diagnóstico de presunción de colitis ulcerosa, que casi siempre debe confirmarse con una sigmoidoscopia, que proporciona una indicación directa e inmediata de la actividad del proceso patológico.

En los casos iniciales, la mucosa es finamente granular y friable, con pérdida del patrón vascular normal y, a menudo, con áreas irregulares de hemorragia. Traumatismos mínimos producen hemorragias puntiformes múltiples. La mucosa se convierte pronto en una superficie roja y esponjosa, cubierta de múltiples puntos de pequeñas ulceraciones que resuman sangre y pus.

#### **4.4.7.1 Ecografía.**

De la misma manera Quera (2008) menciona en cuanto a la ecografía practicada tras la administración de un enema fisiológico permite evaluar con detalle alteraciones en las distintas capas de la pared intestinal. En la colitis ulcerosa se observa típicamente un engrosamiento de la capa mucosa, con preservación del resto de capas. En los brotes graves aparece un acortamiento y engrosamiento de los austros y la presencia de desprendimientos de la mucosa, que resultan de ulceraciones profundas que confluyen por debajo de la capa mucosa (p32)

En la colitis ulcerosa existe de forma característica un borramiento de las

capas del intestino debido a que el infiltrado inflamatorio es transmural, con importante engrosamiento del conjunto de la pared intestinal. Además la ecografía permite detectar complicaciones de esta enfermedad, como la presencia de abscesos.

#### **4.4.7.2 Gammagrafía con leucocitos marcados.**

Las imágenes obtenidas revelan presencia de actividad gammagráfica en los segmentos intestinales afectados por un brote inflamatorio. Con esta técnica se localiza la extensión de la enfermedad hasta en un 85% de los casos. Además permite seguir la evolución de la actividad inflamatoria intestinal, descubrir la presencia de complicaciones sépticas intraabdominales y evaluar la respuesta al tratamiento. (p.110)

### **4.4.8 TRATAMIENTO**

#### **4.4.8.1 Proctitis y Proctosigmoiditis.**

En cuanto al tratamiento y respectivamente a la Proctitis y Proctosigmoiditis Díaz (2003) manifiesta que en pacientes con proctitis o colitis izquierda leve o moderada, con lesiones que no se extienden más allá de 30 cm del margen anal, el tratamiento tópico es más efectivo que la administración oral del mismo fármaco. El tratamiento inicial de elección es la mesalacina, que puede ser administrada en forma de supositorios (en la proctitis) o como enemas o espumas en la proctosigmoiditis.

Las dosis óptimas es de 1g/día, y dosis más altas no se han mostrado más efectivas. Los glucocorticoides tópicos (triamcilona espuma rectal) son una alternativa a la administración local de mesalacina, aunque son menos eficaces que esta. Una vez conseguida la remisión los pacientes deben realizar tratamiento de mantenimiento para evitar la recurrencia, al menos durante 1 año, con mesalacina tópica en forma de supositorios 500mg o enemas de 1 g administrados a días alternos.

#### **4.4.8.2 Colitis izquierda y colitis externa.**

Según Díaz (2003) manifiesta que en los pacientes con colitis ulcerosa leve o moderada con una extensión de más de 30cm, el tratamiento inicial de elección es la mesalacina VO, administrada en forma de preparado de liberación retardada.

Aunque un enema de 60ml puede llegar a cubrir todo el colon izquierdo, la distribución de los enemas tiene una amplia variación interindividual y es más seguro asumir que si la afectación excede los 30cm es necesario hacer tratamiento por VO. La mesalacina ha sustituido a la sulfasalacina por su menor riesgo de efectos secundarios, sobre todo intolerancia gástrica, rash, azoorpermia, y reacciones lupoides. El efecto terapéutico debe observarse en el plazo de 2-4 semanas y la dosis de inducción debe mantenerse por periodos de 6-8 semanas. Los pacientes que no responden al tratamiento con mesalacina deben ser tratados con glucocorticoides; la dosis inicial debe ser equivalente a 0,75mg/kg de prednisona administrados en dosis única matutina, y debe ser disminuida de forma progresiva hasta suprimir el fármaco en 8-12 semanas.

#### **4.4.8.3 Colitis ulcerosa grave.**

Los pacientes con enfermedad grave deben ser hospitalizados. Se debe practicar una radiografía simple de abdomen para descartar la presencia de megacolon tóxico, un coprocultivo, estudio de parásitos y análisis de la toxina de *Clostridium difficile* en heces para excluir infecciones concomitantes.

El tratamiento inicial consiste en la administración de prednisona a dosis de 1mg/kg IV. Si no se obtiene una respuesta en un periodo de 3-7 días, debe iniciarse tratamiento con ciclosporina IV 2-4mg/kg al día o con infliximab 5mg/kg semanas. Alternativamente se puede considerar la colectomía. Es crucial no demorar la introducción de estos fármacos de segunda línea en pacientes con brotes graves de colitis ulcerosa con respuesta inadecuada a los corticoides ya que el riesgo de complicaciones y de mortalidad no es

despreciable. Asimismo, tras la administración de medicación de segunda línea la vigilancia de estos pacientes debe ser estrecha ya que el porcentaje de respuestas en esta situación clínica se sitúa en torno al 50%, por lo que la mitad de los pacientes requerirán finalmente cirugía. (Díaz, 2003)

#### **4.4.8.4 Colitis crónica activa o corticodependiente.**

Algunos pacientes presentan una actividad crónica persistente, o experimentan recurrencias al disminuir o inmediatamente después de retirar los glucocorticoides (corticodependencia). El tratamiento con azatioprina 2,5mg/kg al día o mercaptopurina 1,5mg/kg al día es eficaz en estas situaciones logrando la remisión de la enfermedad y haciendo posible la retirada completa de los glucocorticoides en dos terceras partes de los pacientes

El infliximab es otra alternativa terapéutica eficaz en estos pacientes administrados a dosis de 5 mg/kg las semanas 0,2 y 6 para inducir la remisión y posteriormente cada 8 semanas durante el mantenimiento. (Díaz Díaz, 2003)

Actualmente no existe un tratamiento que cure de forma definitiva esta enfermedad, aunque si disponemos de medicamentos que la controlan. La relación de medicamentos y procedimientos, que podemos usar ha ido aumentando con los años. Dentro de los tratamientos que podemos usar para controlar la inflamación encontramos: salicilatos, antibióticos, corticoides, inmunomodulares o inmunosupresores, terapias biológicas, granulocitoaféresis y el tratamiento quirúrgico.

## **4.5 INDICACIONES DE LA COLONOSCOPIA**

Según Navarro (2008) manifiesta que la colonoscopia o endoscopia digestiva baja es una técnica que permite la exploración del colon y del segmento de intestino delgado adyacente, el íleon terminal. Representa la mejor técnica de la que actualmente dispone el médico para el diagnóstico y seguimiento de las enfermedades del intestino grueso, para la prevención del cáncer de colon y para el tratamiento de un variado número de lesiones.



Permite obtener muestras para diagnóstico macroscópico de las lesiones así como citológico e histológico, con ciertas limitaciones en los trastornos motores, en las compresiones extrínsecas y ante estenosis lumbinales insalvables, aunque en estas situaciones puede aportar su faceta terapéutica. (p. 125)

Mediante la colonoscopia se pueden diagnosticar la mayor parte de las enfermedades que afectan al tracto digestivo inferior (intestino grueso), ya que consigue la visualización directa de su interior. Localiza las lesiones de una manera muy precisa y permite obtener biopsias para su análisis al microscopio. De esta forma se obtiene un diagnóstico exacto que facilita un tratamiento correcto de la enfermedad. Por otra parte, mediante la colonoscopia es posible realizar procedimientos terapéuticos tales como extirpación de pólipos (pequeños tumores benignos y a veces también malignos), coagulación de lesiones sangrantes o extracción de cuerpos extraños, entre otros.

Para su realización se dispone de los siguientes instrumentos:

- a) Aparatos rígidos (anuscopios, rectoscopios y rectosigmoidoscopios) usados fundamentalmente en exploraciones con fines terapéuticos como fisuras, hemorroides, pólipos rectales, etc.
- b) Aparatos flexibles que se diferencian en su longitud: sigmoidoscopio (70-110 cm), colonoscopio corto (130-140 cm) y colonoscopio largo (165-180 cm), siendo este último el utilizado en la mayoría de las exploraciones, ya que permite siempre la llegada al ciego, y la exploración del colon izquierdo resulta igual de cómoda y rápida.

En cuanto a la premedicación, se ha incorporado cada vez más el uso de sedación consciente, analgesia e incluso anestesia, que permiten una mejor tolerancia de la técnica por parte del paciente. La medicación más usada es el midazolam (2,5-5 mg) y lapetidina (50-100 mg).

#### 4.5.1 INDICACIONES.

Según Navarro (2008), además está indicado en casos de:

- Anemia por déficit de hierro (Síndrome de malabsorción).
- Hematoquecia (Sin enfermedad intestinal inflamatoria).
- Dolor abdominal.
- Dolor abdominal bajo no complicado de al menos 2 meses de duración, sin enfermedad inflamatoria conocida.
- Cambios en los hábitos intestinales (predominantemente estreñimiento), de al menos 2 meses de duración, sin enfermedad inflamatoria conocida, sin anemia y sin dolor.
- Evaluación de colitis ulcerosa conocida
- Evaluación de Enfermedad de Crohn conocida.
- Despistaje para cáncer colorrectal en pacientes con colitis ulcerosa inflamatoria conocida.
- Despistaje para cáncer colorrectal en pacientes con enfermedad de Crohn conocida.
- Despistaje para cáncer colorrectal.
- Indicaciones misceláneas: Lesión reciente por sigmoidoscopia, enema por bario u otras técnicas de imagen, colonoscopia prequirúrgica, colitis fulminante, diverticulitis aguda, endometriosis, pérdida de peso inexplicable.
- Indicaciones terapéuticas: hemostasia, polipectomía, dilataciones y tratamiento paliativo de neoplasias.

La exploración exige que el enfermo esté en ayunas. Debido a que el colon se encuentra normalmente lleno de heces, es imprescindible limpiarlo antes de la colonoscopia, ya que, de otra manera, no se conseguiría una visión correcta y no se podrían identificar ni tratar las posibles lesiones. Para ello el paciente debe tomar un laxante potente durante las horas previas a la exploración para eliminar las heces. Es muy importante que esta preparación se haga bien, tal como se le indique, pues de ello dependen el éxito y la seguridad de la prueba.

Las normas para prepararse y la dieta a realizar se facilitan por escrito. En algunos casos determinados se le indicará si es preciso el empleo de enemas.

#### **4.5.2 CONTRAINDICACIONES.**

Existen contraindicaciones absolutas y relativas.

##### **Contraindicaciones absolutas:**

- Diverticulitis aguda,
- Colitis fulminante y
- Cuadros de peritonitis, por los riesgos evidentes de perforación.

##### **Contraindicaciones relativas:**

- Insuficiencia respiratoria grave, o con
- Insuficiencia cardíaca descompensada, en los que se puede llevar a cabo la práctica extremando las precauciones, con monitorización cardiopulmonar.
- Post-operatorio inmediato de cirugía colónica, como contraindicación relativa, debiendo esperar para realizar la práctica, dependiendo del tipo de cirugía, entre 4 y 6 semanas post-intervención por el riesgo de dehiscencia de sutura ante la insuflación.

Entre otros, la insuficiencia respiratoria o cardíaca grave descompensada, el infarto de miocardio reciente, la perforación intestinal y las alteraciones graves no controladas de la coagulación de la sangre.

#### **4.5.3 COMPLICACIONES.**

Para Román (2008) afirma que aunque la colonoscopia es una técnica segura, como cualquier procedimiento médico invasivo, está sujeta a posibles complicaciones. Los riesgos en el caso de una colonoscopia diagnóstica son mínimos, siendo algo mayores en el de una colonoscopia terapéutica. Las complicaciones más frecuentes son el dolor abdominal, la perforación, la

hemorragia y las derivadas de la sedación (aumento o disminución de la frecuencia cardíaca, de la tensión arterial y del nivel de oxígeno). Son graves en menos del 0,5% de los casos y la mayor parte de las veces se resuelven durante la propia exploración. (p. 225)

Aunque la colonoscopia es una técnica segura, como cualquier procedimiento médico invasivo, está sujeta a posibles complicaciones. Los riesgos en el caso de una colonoscopia diagnóstica son mínimos, siendo algo mayores en el de una colonoscopia terapéutica.

## **5.- MATERIALES Y MÉTODOS**

### **5.1 TIPO DE ESTUDIO**

El presente trabajo investigativo fue de tipo Retrospectivo y Descriptivo.

**5.1.1 Retrospectivo.** Porque la investigación se basó, en recolectar datos del pasado.

**5.1.2 Descriptivo.** Porque se busca establecer los hallazgos patológicos en pacientes con manifestaciones digestivas bajas.

### **5.2 ÁREA DE ESTUDIO**

La presente investigación fue realizada en la ciudad de Loja y tuvo como área de estudio el Hospital Manuel Ygnacio Monteros de Loja en el servicio de Gastroenterología.

### **5.3 UNIVERSO Y MUESTRA**

**5.3.1 El Universo.-** El Universo estuvo constituido por pacientes que presentaron manifestaciones digestivas bajas y acudieron al servicio de Gastroenterología.

**5.3.2 La Muestra.-** La muestra se constituyó en 58 pacientes, que con molestias digestivas bajas se sometieron a colonoscopia.

### **5.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.**

#### **5.4.1 CRITERIOS DE INCLUSION.**

Todos los pacientes que presentaron manifestaciones digestivas bajas y acudieron al servicio de gastroenterología para realizarse el estudio de colonoscopia por derivación del médico tratante.

#### **5.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

Pacientes que presentaron manifestaciones digestivas altas y acudieron al servicio de gastroenterología para realizarse el estudio de endoscopia digestiva alta por derivación del médico tratante.

#### **5.5 TÉCNICA**

Obtención de información indirecta basada en historias clínicas que se encontraron en los archivos del sistema as/400 del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de Loja.

Elaboración de una base de datos en el que constó información como: manifestaciones digestivas bajas, hallazgos patológicos y diagnóstico definitivo.

#### **5.6 INSTRUMENTOS**

Informe del Especialista. (Ejemplo Anexo 1)

#### **5.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS:**

Los resultados obtenidos del análisis de las muestras y los datos adquiridos de la base de datos, fueron tabulados y expuestos en cuadros de frecuencia y porcentajes, para la parte descriptiva de la investigación, cada una de las tablas se encuentra con su interpretación respectiva. En este caso se utilizó el programa estadístico computarizado Excel que facilitó el procedimiento de datos cuantitativos, tabulación, frecuencia, porcentajes y elaboración de gráficos.

## 6.- RESULTADOS

TABLA N° 1

**DISTRIBUCIÓN DE HALLAZGOS PATOLÓGICOS (MACROSCÓPICOS)  
ENCONTRADOS EN EL ESTUDIO DE COLONOSCOPIA EN PACIENTES  
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL  
MANUEL YGNACIO MONTEROS DE LOJA DESDE ABRIL A JUNIO DEL  
2014**

	Frecuencia	Porcentaje
Hemorroides	20	34,5%
Pólipos de colon	5	8,6%
Divertículos del colon	19	32,8%
Colitis Ulcerosa	4	6,9%
Sin patología	10	17,2%
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Historia Clínica del Paciente

**Elaborador por:** Gabriela Anabel Moncada Rodríguez

### **Interpretación:**

De los 58 pacientes, se puede evidenciar que 20 de ellos presentaron hemorroides correspondiendo al 34,5%, 19 de los pacientes presentaron divertículos del colon que corresponde al 32,8%.

**TABLA N°2**  
**DISTRIBUCIÓN DE MANIFESTACIONES CLÍNICAS DIGESTIVAS BAJAS**  
**EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA**  
**DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS DE LOJA DESDE ABRIL**  
**A JUNIO DEL 2014**

Manifestaciones Clínicas Digestivas bajas	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	T	%
Hematoquecia	35	60.3	23	39.7	58	100
Prurito Anal	22	37.9	36	62.1	58	100
Dolor Abdominal	30	51.7	28	48.3	58	100
Dolor Anal	25	43.1	33	56.9	58	100

**Fuente:** Historia Clínica del Paciente

**Elaborador por:** Gabriela Anabel Moncada Rodríguez

**Interpretación:**

De los 58 pacientes observados se determinó que 35 de los pacientes que corresponde al 60,3% presentaron hematoquecia, y 30 pacientes manifestaron dolor abdominal que corresponde al 51,7%.



**TABLA N° 3**

**RELACIÓN ENTRE MANIFESTACIONES CLÍNICAS DIGESTIVAS BAJAS Y HALLAZGOS PATOLÓGICOS (MACROSCÓPICOS) ENCONTRADOS EN EL ESTUDIO DE COLONOSCOPIA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS DE LOJA DESDE ABRIL DEL 2014 A JUNIO DEL 2014**

	<b>Manifestaciones Clínicas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Hemorroides</b>	Hematoquecia	13	65%
	Prurito Anal	13	65%
	Dolor Abdominal	9	45%
	Dolor Anal	15	75%
<b>Pólipos del Colon</b>	Hematoquecia	4	80%
	Dolor Abdominal	3	60%
<b>Divertículos del Colon</b>	Hematoquecia	13	68,40%
	Dolor Abdominal	10	53%
<b>Colitis Ulcerosa</b>	Hematoquecia	4	100%
	Dolor Abdominal	3	75%
<b>Hallazgo Colonoscópico Normal</b>	Hematoquecia	1	10%
	Prurito Anal	9	90%
	Dolor Abdominal	5	50%
	Dolor Anal	10	100%

**Fuente:** Historia Clínica del Paciente

**Elaborador por:** Gabriela Anabel Moncada Rodríguez

**Interpretación:**

De los 20 pacientes que manifestaron hemorroides se observó que 15 de ellos presentaron dolor anal con un 75%. De los 5 pacientes con pólipos de colon se observó que 4 de ellos presentaron Hematoquecia que correspondió al 80%.

De los 19 pacientes que presentaron divertículos del colon se pudo evidenciar que la mayoría presentó Hematoquecia; es decir 13 pacientes que corresponden al 68,4%. De los 4 pacientes que presentaron colitis ulcerosa, se pudo evidenciar que todos ellos tenían como manifestación principal hematoquecia correspondiendo a un 100%. De los 10 pacientes que no presentaron hallazgos patológicos se pudo evidenciar que la manifestación más frecuente es el dolor Anal en 10 pacientes que correspondió al 100%.

## 7.- DISCUSIÓN

Luego de haber finalizado la tabulación de resultados, se puede determinar que las enfermedades digestivas ocupan una de las primeras causas de consulta médica y son también una de las primeras causas de muerte a nivel mundial. Afectan a personas de cualquier edad y condición social, aunque los grupos más vulnerables son los niños y los ancianos. (Clínica Del Mar, 2012)

En lo referente a los hallazgos patológicos encontrados en la colonoscopia se pudo evidenciar que el 34,5% que corresponde a 20 pacientes presentaron hemorroides, según un estudio de tipo descriptivo 22 pacientes que corresponde al 19,2 % de la población total de los casos, diagnosticados en el consultorio médico “El Manguito”, perteneciente al Plan Turquino del municipio Frank País de la provincia de Holguín durante el año 2005 presentaron como diagnóstico hemorroides (Reytor Gamboa, 2005); (recalcando la no existencia de estudios a nivel local ni nacional) es así que la enfermedad hemorroidal es una patología muy frecuente que presenta una tasa de prevalencia entre el 25 % y el 40 % de la población general, es la patología anorrectal más frecuente en atención primaria, siendo a su vez la causa más frecuente de hematoquecia. (Bernal & Enguix, 2005).

En cambio el 32,8% que corresponde a 19 pacientes presentaron divertículos del colon, correlacionándolo con un estudio descriptivo, de 243 pacientes que concurren al Servicio de Gastroenterología del Hospital San Martín de La Plata en el año 2008, el 17,5% que corresponde a 45 pacientes presentaron de la misma manera divertículos del colon, (Yañez, 2008), (Recalcando que no existen estudios a nivel local ni nacional) los divertículos del colon son herniaciones de porciones de la parte interna (mucosa) de la pared de este órgano, que emergen a través de su capa muscular, formándose como pequeños globos o dilataciones en la pared del intestino grueso. Se forman por un aumento de la presión dentro del intestino grueso. Esta presión empuja la mucosa (capa interna) a través de las zonas más débiles que existen en la capa muscular. (Moreira & López San Román, 2005).

En el mismo estudio el 21% que corresponde a 52 pacientes presentaron pólipos de colon, mientras que en nuestro estudio investigativo se evidenció que el 8,6% que corresponde a 5 pacientes presentaron como hallazgo patológico, pólipos del colon. (Yañez, 2008), entendiéndose así que los pólipos del colon son toda elevación de la pared gastrointestinal hacia la luz, constituida por cualquier tipo de tejido, sea éste de origen mucoso, submucoso o incluso más profundo y puede ser de naturaleza neoplásica (Adenomas), reactivo (pólipo inflamatorio) o congénito (hamartoma). (Arévalo & Aragón, 2012).

Otro de los hallazgos patológicos fue la colitis ulcerosa, la misma que presentaron 4 pacientes que corresponde al 6,9%; relacionándolo con un estudio retrospectivo que comprendió el periodo de enero de 2001 a enero de 2011, en el cual se incluyeron 150 pacientes con diagnóstico de colitis ulcerosa, atendidos en la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" México. Todos los pacientes tenían diagnóstico de colitis ulcerosa confirmado por histopatología en un 28%. (Yamamoto-Furusho, 2011). (Recalcando que no existen estudios a nivel local ni nacional)

Además cabe recalcar que en nuestro estudio investigativo 10 pacientes no presentaron ningún hallazgo patológico, a pesar de presentar manifestaciones clínicas como: hematoquecia, dolor anal, dolor abdominal y prurito anal; por lo que se puede decir que estas manifestaciones pueden ser debidas a otro tipo de enfermedades ya sean de origen infecciosas como: Disentería bacilar: (shigelosis y salmonelosis) en la que es característico el dolor abdominal tipo cólico, intenso, y dolor en fosa ilíaca derecha; en las Parasitarias: (Colitis amebiana). Inicio característico representados por signos vagos como dolor abdominal difuso, o la hematoquecia puede ser debida a (ulceración del intestino delgado, vasculitis, endometriosis, intususcepción, várices colónicas, úlcera rectal o prolapso rectal, o en abscesos ano rectales que es característica el dolor anal. (Patiño Restrepo, 2014).

De ahí que se puede recalcar los resultados más relevantes como es que el 60,3% que corresponde a 35 pacientes en nuestro estudio presentaron hematoquecia, comparándolo con un estudio realizado en el hospital de Maracaibo Venezuela en el año 2006, (recalcando la no existencia de estudios a nivel local ni nacional) el 11,2% de un total de 180 pacientes que presentaron como hallazgo colonoscópico enfermedad diverticular presentaron hematoquecia. Normalmente la hematoquecia se produce por una hemorragia en el colon o en el recto, pero puede ser el resultado de una hemorragia en tramos superiores del tracto digestivo, dependiendo de la velocidad de tránsito. (Perpiñán, 2006)

En cuanto al dolor abdominal como manifestación clínica indicativa de colonoscopia se obtuvo el 51,7% que corresponde a 30 pacientes, correlacionando con el mismo estudio en el año 2006, el 46,6% de un total de 180 pacientes que tuvieron como diagnóstico enfermedad diverticular presentaron dolor abdominal. (Perpiñán, 2006). Finalmente el dolor anal fue presentado en 25 pacientes que corresponde al 43,1% y el 37,9% que corresponde a 22 pacientes presentaron prurito anal. (Recalcando que no hay evidencia de estudios a nivel local, nacional e internacional).

En lo que concierne a la relación de las manifestaciones clínicas con los hallazgos patológicos de los 20 pacientes que presentaron hemorroides se observó que 13 de ellos presentaron hematoquecia que corresponde al 65%, de los 20, 13 pacientes presentaron además prurito anal que representa el 65%, 15 pacientes presentaron dolor anal con un 75%, y 9 de los 20 pacientes presentaron dolor abdominal con un 45%. Así mismo en los 5 pacientes que presentaron como hallazgo patológico pólipos de colon, se observó que el 80% que corresponde a 4 pacientes presentaron hematoquecia y el 60% que equivale a 3 pacientes presentaron dolor abdominal.

Mientras que los pacientes que presentaron divertículos de colon tuvieron como manifestación clínica hematoquecia en un 68, 4% que corresponde a 13 pacientes, y un 53% que corresponde a 10 pacientes presentaron dolor abdominal. De los pacientes que presentaron colitis ulcerosa, 4 de ellos

presentaron hemtoquecia que corresponde al 100%, mientras que 3 de los pacientes presentaron dolor abdominal que equivale al 75%.

De acuerdo a los resultados obtenidos en este trabajo investigativo se concluye que los resultados obtenidos en las colonoscopias efectuadas, son similares a los de los pacientes presentados en estos estudios. Pero también se considera en los estudios que la colonoscopia es un estudio endoscópico que se encuentra ampliamente difundido por su gran importancia en el diagnóstico y tratamiento de la patología relacionada al colon, especialmente en países donde la prevalencia de cáncer de colon es alta. (Vázquez-Iglesias 1991)

## 8.- CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación, se llegó a las siguientes conclusiones:

- ✚ Los hallazgos patológicos encontrados en las colonoscopías según el orden de frecuencia fueron: hemorroides, divertículos del colon, pólipos colónicos y ulceraciones puntiformes fibrinosas típicas de colitis ulcerosa.
- ✚ Las manifestaciones clínicas más frecuentes que presentaron los pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología fueron: hematoquecia, dolor abdominal, dolor anal y prurito anal.
- ✚ Las manifestaciones clínicas que presentaron los pacientes con hemorroides fueron en su mayoría; dolor anal, hematoquecia y prurito anal. Las manifestaciones clínicas que presentaron los pacientes con divertículos colónicos, pólipos colónicos y colitis ulcerosa fueron: hematoquecia y dolor abdominal, siendo estas las más frecuentes.

## 9.- RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación, recomendamos lo siguiente:

- ✚ Que la Universidad Nacional de Loja considere la motivación como medio de participación activa en campañas de prevención de enfermedades digestivas bajas de la población local.
- ✚ Que el personal médico del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de Loja, tome en cuenta el aumento en la incidencia de enfermedades digestivas bajas en los últimos años y organice la estructuración de talleres informativos y de prevención, con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- ✚ A los pacientes se recomienda el acudir de manera oportuna al médico cuando se presente cualquier molestia digestiva, para de esta manera diagnosticar y tratar la enfermedad a tiempo.
- ✚ Que los estudiantes de Medicina continúen con la realización de trabajos investigativos acerca de este tema debido a la importancia y relevancia que tienen las enfermedades digestivas bajas en los últimos años y en la calidad de vida de quienes las padecen.



## 10.- BIBLIOGRAFÍA

Arias J, Aller M, Arias J & Aldamendi I (2000). *Enfermedad Médico Quirúrgica*. México Editorial Tébar.

Abarca Aguilar, F. (Enero de 2010). *Revista Mexicana de Coloproctología*.  
Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/proctologia/c-2010/c101-3a.pdf>

Amarillo, H. (2009). *hemorroides y sus complicaciones. cirugía Digestiva*.  
Obtenido de <http://www.sacd.org.ar/tsetentaycinco.pdf>

Andreu García, M. (s.f.). *Pólipos Colorrectales, sección III, Capítulo 30*.  
Obtenido de <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/booktemplate/9788475927220/files/Capitulo30.pdf>

Arévalo, F. (2008). Obtenido de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292009000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292009000100006&script=sci_arttext)

Arévalo, F. (2008). *Servicio Gastroenterología Hospital Daniel Alcides Carrión. Profesor Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Profesor Fisiología Universidad Cayetano Heredia*. Obtenido de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292009000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292009000100006&script=sci_arttext)

Arévalo, F. (2008). *Servicio Gastroenterología Hospital Daniel Alcides Carrión. Profesor Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Profesor Fisiología Universidad Cayetano Heredia*. Obtenido de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292009000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292009000100006&script=sci_arttext)

Arévalo, F., & Aragón, V. (Junio de 2012). Obtenido de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292012000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292012000200002&script=sci_arttext)

- ASTIZ, J. (2007). *ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON, Cirugía Digestiva*. Obtenido de <http://www.sacd.org.ar/tquince.pdf>
- Bernal, J., & Enguix, M. (Enero de 2005). *Servicio de Cirugía General. Hospital General Universitario. Valencia*. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082005000100005&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082005000100005&script=sci_arttext&tlng=es)
- Biblioteca Nacional, d. M. (01 de Enero de 2012). *Enfermedades Digestivas*. Obtenido de <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007447.htm>
- Bucio VG. (2010 de Enero). *Revista Mexicana de Coloproctología, Consenso en cirugía colorrectal*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/proctologia/c-2010/c101-3a.pdf>
- Cajal, H. U. (Enero de 2007). *Revista Española de Enfermedades Digestivas, Madrid*. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-01082007000100010](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082007000100010)
- Charúa Guindic, L. (Julio, Agosto de 2007). *Unidad de coloproctología del Hospital General de México, Medicina Interna de México Volumen 23, Núm. 4,*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2007/mim074g.pdf>
- Clínica Del Mar. (4 de Junio de 2012). *Centro de Diagnóstico Gastroenterológico de Clínica Ciudad del Mar - See more at: <http://www.ccdm.cl/enfermedades-gastrointestinales-ese-molesto-dolor-de-estomago/#sthash.U7tecwwA.dpuf>*. Obtenido de <http://www.ccdm.cl/enfermedades-gastrointestinales-ese-molesto-dolor-de-estomago/>
- Díaz Díaz, J. (Mayo de 2003). *Revisión en Medicina Interna basas en evidencia, Colitis Ulcerosa*. Obtenido de <http://meiga.info/mbe/colitisulcerosa.pdf>
- Domènech Morral, E. y. (s.f.). *Colitis Ulcerosa, Seccion III, Capitulo 24,* . Obtenido de

<http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/booktemplate/9788475927220/files/Capitulo24.pdf>

Edgar, S. (2007). *Gastroenterología del Hospital Universitario de Maracaibo. Venezuela.* Obtenido de [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0016-35032007000200008](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032007000200008)

Elsevier España, S. (2012). *Gastroenterol Hepatol, GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA, Colitis Ulcerosa.* Obtenido de [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_514\\_Tto\\_colitis\\_ulcerosa\\_completa.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_514_Tto_colitis_ulcerosa_completa.pdf)

Expósito Camacho, A. (s.f.). *Hospital Universitario "Camilo Cienfuegos". Sancti Spíritus, Gaceta Médica Espirituana.* Obtenido de [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.\(3\)\\_13/p13.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.(3)_13/p13.html)

F, T. (Noviembre de 2008). *Five-Year Risk of Colorectal Neoplasia after Negative Screening Colonoscopy.* Obtenido de <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0803597>

Feldman, M. (2008). *Enfermedades Gastrointestinales, 7ma edición.*, Uruguay: Médica.

García Duperl, R. (s.f.). *Sección de Cirugía de Colon y Recto, Diverticulitis, Clínica Reina Sofía, Bogotá, CapítuloXX.* Obtenido de [http://www.aibarra.org/apuntes/criticos/guias/gastrointestinales/diverticulitis\\_aguda.pdf](http://www.aibarra.org/apuntes/criticos/guias/gastrointestinales/diverticulitis_aguda.pdf)

García Jordá, E. (Septiembre, Diciembre de 2008). *Revista Mexicana de Coloproctología, volumen 14, número 3.* Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/proctologia/c-2008/c083c.pdf>

García-Caballero, M. (2008). *Departamento de Cirugía, Universidad de Málaga, Enfermedad Diverticular del Colon .*

Giulioni, P. (s.f.). *Contraindicaciones de la Colonoscopia.* Obtenido de [http://opge.org/\\_docs/dra\\_giulioni.pdf](http://opge.org/_docs/dra_giulioni.pdf)

- H, R. A. (2007). *Polipos del Colon* . Obtenido de <http://mingaonline.uach.cl/pdf/cuadcir/v21n1/art09.pdf>
- Hospital, L. V. (2008). *HOSPITAL "LUIS VERNAZA*. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/168/1/T-UCSG-POS-EGM-CG-6.pdf>
- Hospital de Cabueñes. Colitis Ulcerosa. Capítulo 3. <http://geteccu.org/v1-content/up/2015/07/Epidemiolog%C3%ADa-CU.pdf>
- Méndez, N., & Uribe, M. (2005). *Gastroenterología* (Primera ed.). México: McGraw–Hill Interamericana.
- México, H. G. (Enero de 2010). *GUÍAS DIAGNÓSTICAS DE GASTROENTEROLOGÍA* . Obtenido de [http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area\\_medica/gastro/enferm\\_hemorroidal.pdf](http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/gastro/enferm_hemorroidal.pdf)
- Montenegro Quesada, E. (2012). *Enfermedad Diverticular, Cirugía General, REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA* . Obtenido de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/602/art2.pdf>
- Moreira F, V. (Junio de 2008). *Revista Española de Enfermedades Digestivas, Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal*. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082008000600013&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082008000600013&script=sci_arttext)
- Moreira, V. F., & López San Román, A. (Junio de 2005). *Revista Española de Enfermedades Digestivas, Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid*. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-01082005000600009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082005000600009)
- Moreno-Osset, E. (s.f.). *Enfermedad diverticular del colon, Sección 3, Capítulo 16*. Obtenido de <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/booktemplate/9788475927220/files/Capitulo16.pdf>

- Murphy MD, T. (2004). *Enfermedad Diverticular, World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines*. Obtenido de <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/diverticular-disease-spanish-2004.pdf>
- Navarro López, C. (2008). *Indicaciones de la colonoscopia, Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España*. Obtenido de <https://pqax.wikispaces.com/file/view/COLONOSCOPIA+INDICACIONES.pdf>
- Patiño Restrepo, J. (2014). *Departamento de Cirugía, Fundación Santa Fe de Bogotá, Hemorragia del Tracto Gastrointestinal Bajo*. Obtenido de <http://www.aibarra.org/Guias/5-5.htm>
- Perpiñán, D. (Junio de 2006). *Servicio Autónomo del Hospital Universitario de Maracaibo. Edo. Zulia-Venezuela*. Obtenido de [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0016-35032008000200012](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032008000200012)
- Pontificia universidad católica de chile. Escuela de medicina. Manual de patología quirúrgica, Enfermedad divertículo del colon. [http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/patolquir/patolquir\\_021.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/patolquir/patolquir_021.html)
- Reytor Gamboa, G. (2005). *Consultorio médico "El Manguito". Municipio "Frank País", Holguín. Cuba*. Obtenido de <http://www.cocmed.sld.cu/no103/n103ori6.htm>
- RODRIGO QUERA, P. (Septiembre de 2008). *Departamento de Gastroenterología., Clínica los Andes, enfermedad Inflamatoria Intestinal*. Obtenido de [http://www.clinicalascondes.com/area-academica/pdf/MED\\_19\\_4/04ENFINFLAMAT1.pdf](http://www.clinicalascondes.com/area-academica/pdf/MED_19_4/04ENFINFLAMAT1.pdf)
- Román, L. S. (Junio de 2008). *Revista Española de Enfermedades Digestivas, Complicaciones de la Colonoscopia*. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082008000600013&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082008000600013&script=sci_arttext)

- Sánchez Ludeña, M. (2009). *Centro de Salud de Los Cármenes. Área 7 Sanitaria de Madrid, Patología benigna anorrectal*. Obtenido de <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/63/1438/22/1v63n1438a13033709pdf001.pdf>
- Tadataka, Y. (s.f.). *Manual de Gastroenterología, 1era edición, México*, . Mc Graw-Hill Interamericana.
- Universidad de Barcelona. (s.f.). *Enfermedades del Aparato Digestivo (Revista en línea) Disponible en: <http://www.ub.edu/medicina/program/4quart/esp/Digestiu-tradES.pdf>*. Recuperado el 10 de Febrero de 2008, de <http://www.ub.edu/medicina/program/4quart/esp/Digestiu-tradES.pdf>
- Valentina García-Jordá, E. (Diciembre de 2013). *Estudio clínico, anatomopatológico y terapéutico de lesiones polipoideas del colon, Departamento de Endoscopia Digestiva, Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso, La Habana, Cuba* . Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-endoscopia-335-articulo-estudio-clinico-anatomopatologico-terapeutico-lesiones-90268535>
- Victoria, H. C. (2010). *Patología Hemorroidal, Malaga*. Obtenido de <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/hemorro.pdf>
- Yamamoto-Furusho, J. (2011). *Revista de Gastroenterología de México*. Obtenido de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090612001152>
- Yañez, F. (Julio de 2008). *Servicio de Gastroenterología HIGA San Martín La Plata, Universidad Nacional de la Plata, facultad de Ciencias Médicas*. Obtenido de <http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TrabajosCientificos>

## 11.- ANEXOS

### 11.1. ANEXO N° 1

**LA SIGUIENTE BASE DE DATOS TIENE COMO FINALIDAD ESTABLECER LAS MANIFESTACIONES DIGESTIVAS BAJAS Y SU RELACIÓN CON HALLAZGOS PATOLÓGICOS EN PACIENTES SOMETIDOS A COLONOSCOPIA:**

#### 1. Revisión de Historias Clínicas

1.1. Manifestaciones digestivas bajas que ha presentado el/la paciente:

Hematoquecia	Si ( ) No ( )
Prurito Anal	Si ( ) No ( )
Dolor anal	Si ( ) No ( )
Dolor Abdominal	Si ( ) No ( )

1.2. Diagnóstico Definitivo del/la paciente:

Hemorroides	Si ( ) No ( )
Pólipos del Colon	Si ( ) No ( )
Divertículos del Colon	Si ( ) No ( )
Colitis Eritematosa	Si ( ) No ( )
Hallazgos Colonoscópicos Normales	Si ( ) No ( )

1.3. Edad del/la paciente:

- 20 – 30 ( )
- 31 – 40 ( )
- 41 – 50 ( )
- 51 – 60 ( )
- + 65 ( )

1.4. Sexo del/la paciente:

- Masculino ( )
- Femenino ( )

#### 2. Datos proporcionados por el especialista

##### 2.1. Hemorroides Internas

- Grado I ( )
- Grado II ( )
- Grado III ( )
- Grado IV ( )

**2.2. Hemorroides Externas ( )**

**2.3. Hemorroides Mixtas ( )**

**2.4. Pólipos Clasificación:**

- Pediculados ( )
- Sésiles ( )

**2.5. Pólipos Tamaño:**

- Menos de 5mm ( )
- 5-10mm ( )
- 11-20mm ( )
- Mayor a 20mm ( )

**2.6. Pólipos Localización:**

- Colon ascendente ( )
- Colon transverso ( )
- Colon descendente ( )
- Colon sigmoideo ( )
- Recto ( )

**2.7. Divertículos del Colon Clasificación:**

- Grado I ( )
- Grado II ( )
- Grado III. ( )
- Grado IV ( )

**2.8. Divertículos Localización:**

- Colon ascendente ( )
- Colon transverso ( )
- Colon descendente ( )
- Colon sigmoideo ( )
- Recto ( )

**2.9. Colitis eritematosa Clasificación:**

- Colitis extensa ( )
- Colitis distal o izquierda ( )
- Proctitis ( )

**2.10. Sin patología**

Hallazgos Colonoscópicos Normales ( )



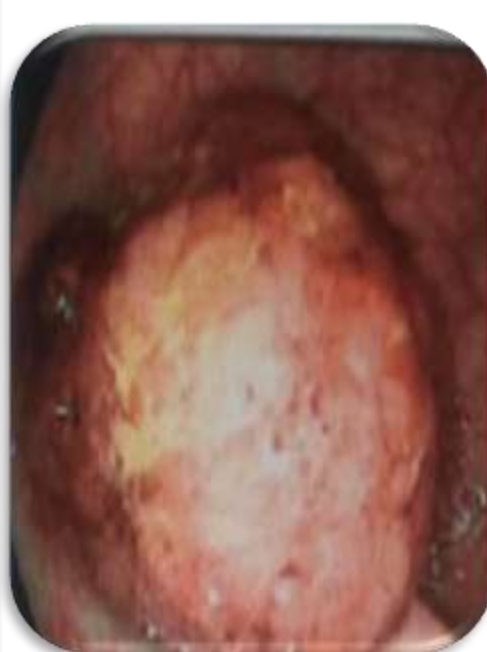
11.2 ANEXO N° 2

EQUIPO DE COLONOSCOPIA DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTERO IESS - LOJA



11. 3 ANEXO N°3

PATOLOGÍAS FRECUENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MANUEL  
YGNACIO MONTERO IESS – LOJA  
POLIPOS COLÓNICOS



## COLITIS ULCEROSA



## DIVERTICULOS COLÓNICOS



## DIVERTICULOS COLÓNICOS



## HEMORROIDES



## ÍNDICE

CARÁTULA	i
CERTIFICACIÓN .....	ii
AUTORÍA .....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS .....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO .....	vi
1.- TÍTULO.....	1
2.- RESUMEN .....	2
<b>ABSTRACT</b> .....	3
3.- INTRODUCCIÓN .....	4
4.-. REVISIÓN DE LITERATURA .....	7
<b>ENFERMEDADES DIGESTIVAS BAJAS</b> .....	7
<b>4.1 HEMORROIDES</b> .....	7
4.1.1 DEFINICIÓN .....	7
4.1.2 ETIOLOGÍA .....	8
4.1.3 FISIOPATOLOGÍA .....	8
4.1.4 ANATOMÍA DE LAS HEMORROIDES.....	9
4.1.5 FORMACIÓN DE HEMORROIDES.....	9
4.1.6 CLASIFICACIÓN.....	10
4.1.6.1 <i>Externas</i> : .....	10
4.1.6.2 <i>Internas</i> :.....	10
4.1.6.3 <i>Mixtas</i> : .....	10
4.1.7 CUADRO CLÍNICO.....	11
4.1.7.1 <i>HEMORROIDES EXTERNAS</i> . .....	11
4.1.7.2 <i>HEMORROIDES INTERNAS</i> . .....	11
4.1.8 DIAGNÓSTICO.....	12
4.1.9 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	14
4.1.10 TRATAMIENTO .....	15
4.1.11 TRATAMIENTO CONSERVADOR.....	16
4.1.12 COMPLICACIONES.....	17
<b>4.2 PÓLIPOS DEL COLON</b> .....	18
4.2.1 DEFINICIÓN .....	18
4.2.2 CLASIFICACIÓN:.....	18
4.2.2.1 <i>Pediculados</i> : .....	18
4.2.2.2 <i>Sesiles</i> : .....	18
4.2.2.3 <i>Neoplásico</i> :.....	19
4.2.2.4 <i>No neoplásicos</i> : .....	19
4.2.3 CLÍNICA .....	20
4.2.4 DIAGNÓSTICO.....	20
4.2.5 TRATAMIENTO .....	21
<b>4.3 ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON</b> .....	21
4.3.1 DEFINICIÓN .....	21

4.3.2 FISIOPATOLOGÍA .....	22
4.3.3 ANATOMÍA PATOLÓGICA.....	23
4.3.3.1 DIVERTICULOSIS .....	23
4.3.3.2 DIVERTICULITIS.....	24
4.3.4 CUADRO CLÍNICO.....	25
4.3.5 CLASIFICACIÓN .....	26
4.3.6 COMPLICACIONES .....	27
4.3.6.1 Diverticulitis aguda.....	27
4.3.6.2 Diverticulitis aguda simple.....	28
4.3.6.3 Diverticulitis aguda compleja .....	28
4.3.6.4 Perforación:.....	28
4.3.6.5 Absceso parietocólico .....	28
4.3.6.6 Fistula intestinal .....	28
4.3.6.7 Estenosis.....	29
4.3.6.8 Obstrucción.....	29
4.3.7 DIAGNÓSTICO.....	29
4.3.8 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	30
4.3.9 TRATAMIENTO.....	31
4.4 COLITIS ULCEROSA .....	31
4.4.1 DEFINICIÓN: .....	31
4.4.2 ETIOLOGÍA.....	32
4.4.3 ANATOMÍA PATOLÓGICA.....	33
4.4.4 CLASIFICACIÓN .....	34
4.4.4.1 Colitis extensa .....	34
4.4.4.2 Colitis distal o izquierda.....	34
4.4.4.3 Proctitis .....	34
4.4.5 CLÍNICA .....	34
4.4. 5.1 MANIFESTACIONES INTESTINALES.....	34
4.4.6 COMPLICACIONES: .....	35
4.4.7 DIAGNÓSTICO.....	38
4.7.1 Ecografía: .....	39
4.7.2 Gammagrafía con leucocitos marcados .....	40
4.4.8 TRATAMIENTO .....	40
4.4.8.1 Proctitis y Proctosigmoiditis .....	40
4.4.8.2 Colitis izquierda y colitis externa .....	41
4.4.8.3 Colitis ulcerosa grave.....	41
4.4.8.4 Colitis crónica activa o corticodependiente.....	42
4.5 INDICACIONES DE LA COLONOSCOPIA .....	42
4.5.1 INDICACIONES.....	44
4.5.2 CONTRAINDICACIONES: .....	45
4.5.3 COMPLICACIONES .....	45
5.- MATERIALES Y MÉTODOS.....	47
5.1 TIPO DE ESTUDIO:.....	47



5.1.1 Descriptivo.- .....	47
5.1.2 Transversal.-.....	47
5.2 AREA DE ESTUDIO .....	47
5.3 UNIVERSO Y MUESTRA .....	47
5.3.1 El Universo .....	47
5.3.2 La Muestra .....	47
5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:.....	47
5.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN: .....	47
5.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: .....	48
5.5 TÉCNICA .....	48
5.6 INSTRUMENTOS.....	48
5.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	48
6.- RESULTADOS.....	49
7.- DISCUSIÓN .....	53
8.- CONCLUSIONES .....	57
9.- RECOMENDACIONES .....	58
10.- BIBLIOGRAFÍA: .....	59
11.- ANEXOS .....	65
INDICE.....	73