

Caso	(413) Divertículo gigante de sigma perforado
Autores	Sara Castells Buchle, Sitges C, Tintaya B, Villalba A, Colindres Cm, Palmer J
Centro	Hospital De La Santa Creu I Sant Pau – Servicio De Radiodiagnóstico - Barcelona

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 82 años que acude a urgencias por astenia, vómitos, fiebre y dolor abdominal de 1 semana de evolución.

Como antecedentes de interés constan: cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, demencia, síndrome mielodisplásico, insuficiencia renal crónica e hiperplasia benigna de próstata.

Antecedentes quirúrgicos: colecistectomía.

Exploración física: abdomen distendido, timpánico, con dolor generalizado a la palpación más intenso a nivel de flanco/fosa ilíaca izquierda.

Analítica: PCR 282 mg/dl , leucocitosis con neutrofilia y desviación izquierda.

Rx abdomen: se observa una gran imagen aérea centroabdominal de morfología redondeada.

TC abdominal: diverticulosis del colon izquierdo. Se observa un gran divertículo sigmoideo, de aproximadamente 16 cm de diámetro en la región centroabdominal, con ligero engrosamiento parietal y aumento de densidad de límites imprecisos de la grasa adyacente. Además, se observa notable cantidad de neumoperitoneo de distribución libre. Se realiza el diagnóstico radiológico de peritonitis aguda difusa secundaria a una perforación intestinal, muy probablemente del divertículo gigante del sigma.

Se decide intervención quirúrgica urgente. Los hallazgos quirúrgicos confirman el diagnóstico radiológico y se practica una sigmoidectomía con colostomía terminal.

DISCUSIÓN

A pesar de que la diverticulosis del colon es muy frecuente, los divertículos gigantes de colon son una entidad rara. Son más frecuentes en el sigma y en pacientes mayores de 70 años. Se define como divertículo gigante el mayor de 4 cm. La mayoría miden entre 4 y 9 cm.

La patogenia no está clara. Se propone un mecanismo valvular como explicación más probable.

Es importante un diagnóstico y tratamiento precoz para prevenir sus complicaciones más frecuentes: perforación y formación de abscesos.

Debido a su baja frecuencia y su presentación clínica inespecífica (dolor abdominal, náuseas, vómitos, fiebre, diarrea, melenas), el diagnóstico se basa en técnicas de imagen.

-Radiografía simple: técnica de primera línea debido a su disponibilidad y simplicidad. Se presenta habitualmente como una estructura aérea de paredes lisas, de morfología redondeada u ovalada, adyacente al colon sigmoide.

-TC: permite el diagnóstico definitivo y la detección de complicaciones. Se presenta como una imagen aérea de pared fina. Las reconstrucciones multiplanares son importantes para detectar el cuello diverticular y hacer un diagnóstico correcto. La presencia de una pared engrosada con captación de contraste se asocia a inflamación del divertículo.

La colonoscopia tiene una utilidad variable, ya que la comunicación entre el divertículo y la luz del colon puede ser muy pequeña y difícil de detectar. Por otra parte, puede aumentar el riesgo de perforación.

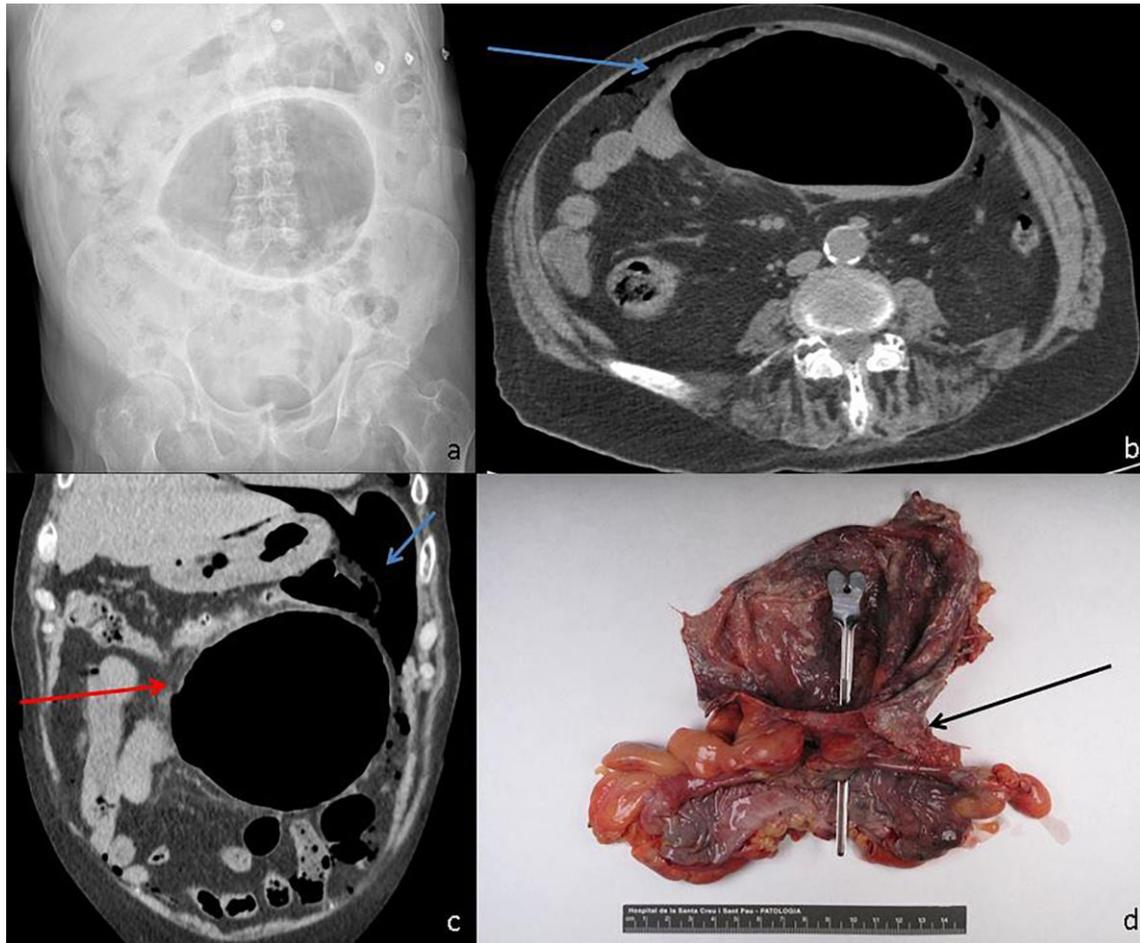
El diagnóstico diferencial se plantea con vólvulos, divertículo de Meckel, pseudoquistes pancreáticos infectados, colecistitis enfisematosa, fístula entero-vesical y abscesos.

El tratamiento definitivo es la cirugía con resección y anastomosis primaria. En casos complicados como el que nos ocupa, se suele hacer una resección del segmento afecto con colostomía terminal y, en una segunda fase, reconstrucción del tránsito intestinal.

CONCLUSIÓN

Los divertículos gigantes de colon son una entidad muy rara y de difícil diagnóstico debido a su presentación clínica inespecífica. Frecuentemente se diagnostican debido a complicaciones como la perforación intestinal o la formación de abscesos.

Las técnicas de imagen adquieren un papel fundamental en su diagnóstico. Las radiografías simples pueden hacer sospechar la existencia de un divertículo gigante de colon. La TC es la técnica diagnóstica definitiva que permite el diagnóstico de la entidad y de sus posibles complicaciones. El tratamiento de elección es quirúrgico, con resección en bloque del divertículo, incluso en pacientes asintomáticos.



Divertículo gigante de sigma perforado. a) Rx de abdomen en la que se observa una gran imagen de densidad gas ovalada, en la región centroabdominal adyacente al colon sigmoideo, correspondiente al divertículo gigante. Imágenes de TC sin administración de contraste endovenoso, axial (b) y coronal (c) que muestran una gran estructura aérea correspondiente al divertículo gigante. Las paredes del divertículo están difusamente engrosadas y se observa trabeculación de la grasa adyacente (flecha roja), hallazgos atribuibles a diverticulitis aguda. Se observa también neumoperitoneo de distribución libre (flechas azules). d) Fotografía macroscópica de la pieza quirúrgica, donde vemos una lesión extraluminal correspondiente al divertículo con conexión con la luz del colon (flecha negra).

BIBLIOGRAFÍA

Thomas S, Peel RL, Evans LE, Haarrer KA. Best Cases from the AFIP: Giant colonic diverticulum. *RadioGraphics*. 2006; 26:1869-1872. <https://doi.org/10.1148/rg.266065019>.

Zeina AR, Mahamid A, Nachtigal A, et al. Giant colonic diverticulum: radiographic and MDCT characteristics. *Insights Imaging*. 2015;6:659-664. <https://doi.org/10.1007/s13244-015-0433-x>.

Nigri G, Petrucciani N, Giannini G, et al. Giant colonic diverticulum: clinical presentation, diagnosis and treatment: systematic review of 166 cases. *World J Gastroenterol*. 2015;21:360-368. <https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i1.360>.