

<b>Caso</b>	(665) Divertículo gigante de colon. No todo es diverticulitis.
<b>Autores</b>	Juan Bautista López Martín, María Del Mar Iglesias González, María José Ruiz López, Eduardo Alias Carrascosa, Renzo Javier Andrade Gonzales, Ana Belén Barceló Cárceles
<b>Centro</b>	Hospital Reina Sofía (murcia)

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 78 años sin antecedentes de diverticulosis que, ingresado en Cardiología desde hace 2 días, comienza con dolor abdominal, sensación de ocupación en hemiabdomen izquierdo-mesogastrio y fiebre de 38°. En la analítica presentaba PCR 7,7, procalcitonina 0,10, lipasa 82, sin leucocitosis (10.900) pero con desviación izquierda (77% de neutrófilos). En la radiografía simple de abdomen (ver imagen adjunta) se observa una imagen hipodensa de gran tamaño, homogénea, sin niveles en su interior, de bordes bien definidos. Se decide completar el estudio con una tomografía computarizada (ver imagen adjunta) que muestra una lesión de pared fina, bien delimitada, de contenido aéreo, con unas dimensiones de 17x17x10 cm (TxCCxAP). Presenta además pequeña-moderada cantidad de neumoperitoneo en la región anterior del abdomen desde el abdomen superior hasta la pelvis y pequeña cantidad de liquido libre en pelvis, indicativo de probable perforación. El paciente es operado de urgencia hallando en el quirófano divertículo gigante de colon.

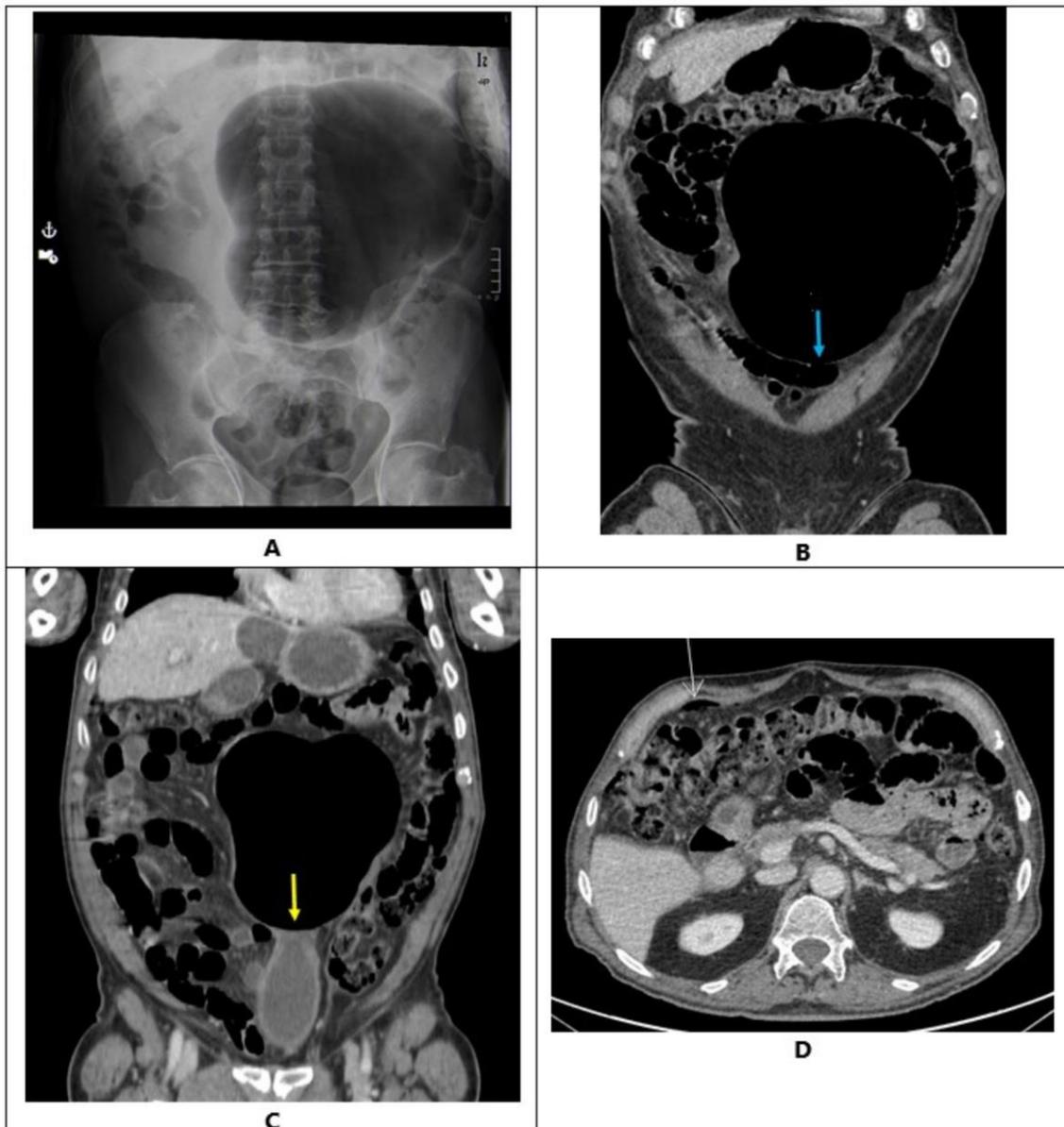
## DISCUSIÓN

El parte de quirófano informa de divertículo gigante de colon sigmoide de 15 cm adherido firmemente a la vejiga y escaso líquido libre seroso en Douglas, sin signos de perforación. Realizan resección del divertículo a nivel de cuello. El divertículo gigante de colon, descrito por vez primera en 1946, es poco frecuente (155 casos publicados en 2014). Suele darse entre los 60-80 años. Mide más de 4 cm, habitualmente 4-9 cm, pudiendo superar los 25 cm. Su tamaño puede variar con el tiempo. El 15% aparecen aislados, sin diverticulosis concomitante. Suelen ser pseudodivertículos de sigma (90%), habitualmente en el lado antimesentérico. Se presentan como únicos en el 90%. El 90% son sintomáticos, destacando el dolor abdominal (70%) y el estreñimiento (17%); signos más frecuentes: masa abdominal, dolorosa o no (58%) y fiebre (20%). El 30-35% son crónicos, presentándose como molestias abdominales vagas recurrentes. La radiografía simple y la TC, técnicas de elección, son fundamentales dada la rareza y clínica inespecífica de esta entidad. Veremos una radiolucidez grande, redondeada u ovalada, homogénea (a veces con niveles hidroaéreos), de márgenes lisos, habitualmente en la parte inferior o media del abdomen, adyacente al sigma. En la radiografía hay que considerar el vólvulo de sigma, el quiste de duplicación entérico, el divertículo duodenal gigante, divertículo de Meckel, absceso abdominal o neumoperitoneo localizado, entre otros. La TC es definitiva al mostrar el cuello del divertículo gigante, es decir, su comunicación con el colon. La tasa de complicaciones, como la perforación o los abscesos, ronda el 25-30%. El tratamiento de elección es la resección segmentaria del colon con anastomosis término-terminal para evitar recidivas y por motivos oncológicos

(carcinoma en el interior en el 2%). En nuestro caso, tras resección del divertículo a nivel del cuello, el paciente volvió por diverticulitis de sigma a los 6 meses.

## CONCLUSIÓN

Debido a la rareza y la clínica inespecífica del divertículo de colon gigante, es importante conocer sus características de imagen. Las radiografías simples de abdomen son de gran ayuda pero la técnica definitiva es la TC en la que podremos ver la comunicación del divertículo con el colon.



*Figura. En estas imágenes podemos ver las características típicas del divertículo gigante de colon (radiolucidez grande, redondeada u ovalada, homogénea, a veces con niveles hidroaéreos, de márgenes lisos, habitualmente en la parte inferior o media del abdomen, adyacente al sigma) tanto en radiografía simple (A) como en TC (B y C). La TC da un dato definitivo que es la comunicación de la radiolucidez con el colon o cuello del divertículo (flecha azul en B), clave para el diagnóstico. En este caso, además, dada la inflamación de la pared, ésta se había adherido a la vejiga (flecha amarilla en C). En la última imagen (flecha en D) vemos una burbuja de aire de las varias que mostraba la TC, lo que hizo que se informase de probable perforación que el parte de quirófano no confirmó.*

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Kricun R, Stasik JJ, Reither RD, Dex WJ. Giant colonic diverticulum. *AJR Am J Roentgenol.* 1980 Sep;135(3):507-12. doi: 10.2214/ajr.135.3.507. PMID: 6773370.
- Steenvoorde P, Vogelaar FJ, Oskam J, Tollenaar RA. Giant colonic diverticula. Review of diagnostic and therapeutic options. *Dig Surg.* 2004;21(1):1-6; discussion 6. doi: 10.1159/000074833. Epub 2003 Nov 19. PMID: 14631129.
- Zeina AR, Mahamid A, Nachtigal A, Ashkenazi I, Shapira-Rootman M. Giant colonic diverticulum: radiographic and MDCT characteristics. *Insights Imaging.* 2015;6(6):659-664. doi:10.1007/s13244-015-0433-x.
- Nigri G, Petrucciani N, Giannini G y col. Divertículo colónico gigante: presentación clínica, diagnóstico y tratamiento: revisión sistemática de 166 casos. *Mundial J Gastroenterol.* 2015; 21 (1): 360-368. doi: 10.3748 / wjg.v21.i1.360.