

Divertículo gigante de colon sigmoides*

Drs. GUILLERMO BANNURA C.¹, CARLOS MELO L.¹,
ALEJANDRO BARRERA E.¹, MARÍA TERESA LUCO V.²

¹ Servicio y Departamento de Cirugía.

² Servicio de Imagenología.

Hospital Clínico San Borja Arriarán. Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Giant colonic diverticulum

Caso clínico

Varón de 42 años, obeso mórbido (IMC = 37) que consulta por aumento de volumen progresivo en epigastrio de 5 meses de evolución que interfiere con su actividad de chofer. Al examen se ve y se palpa una masa blanda, indolora, timpánica a la percusión y parcialmente móvil que ocupa el epigastrio y parte de hipogastrio. Por este motivo se efectúa una tomografía computada (TC) de abdomen y

pelvis complementado con una enteroclisia por tomografía computada (E-TC) que informa de una imagen quística redondeada llena de aire de 19 x 12 cm, de paredes finas, en contacto con colon sigmoides, localizado en la región centro-abdominal (“signo del balón”) (Figuras 1 a 3). No hay entrada de medio de contraste oral al quiste. En forma programada se realiza una resección segmentaria

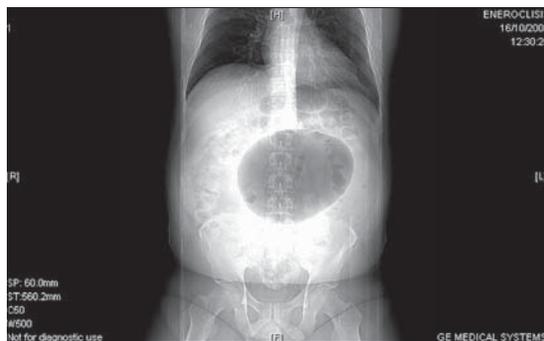


Figura 1. E-TC: Imagen aérea centro-abdominal (signo del balón inflado).



Figura 2. E-TC (corte axial): imagen aérea redondeada en contacto con la pared abdominal anterior.

*Recibido el 22 de Diciembre de 2008 y aceptado para publicación el 30 de Enero de 2009.

Correspondencia: Dr. Guillermo Bannura C.
Las Limas 1622, Santiago, Chile
E-mail: gbannura@vtr.net

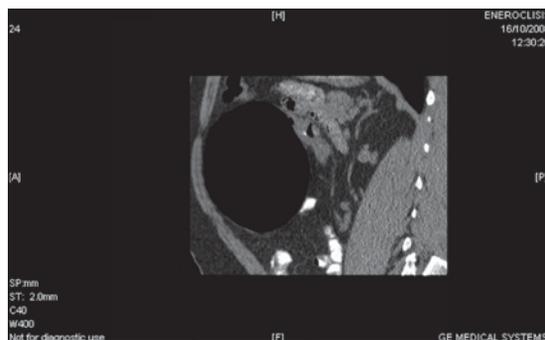


Figura 3. E-TC (corte sagital): imagen aérea de localización anterior en región epigástrica.



Figura 4. Pieza operatoria: segmento de colon sigmoidees con divertículo gigante.

de colon sigmoidees por vía laparoscópica con anastomosis manual extracorpórea en 2 planos (Figuras 4 y 5), más liberación de una fuerte adherencia a la vejiga que obliga a efectuar sutura vesical. El estudio histopatológico confirma un segmento de colon con múltiples divertículos con inflamación crónica y aguda y una formación diverticular abierta de 14 x 10 x 8 cm que nace del colon, con pared fibromuscular, con inflamación crónica y revestimiento interno ulcerado con inflamación aguda y exudado fibrino-leucocitario. Conclusión: Divertículo gigante del colon con diverticulitis aguda y peridiverticulitis crónica y aguda con reacción gigantocelular a cuerpo extraño.

Comentario

En una revisión Medline del año 2004 se identificó 135 pacientes intervenidos por un divertículo gigante del colon sigmoidees (DGCS) con una incidencia del 28% de complicaciones y 5% de mortalidad. El examen de elección es la TC y/o la E-TC, sugiriendo que el enema baritado no debiera efectuarse por el riesgo de perforación. La causa del DGCS es la entrada de gas al divertículo que no puede salir debido a un mecanismo de válvula como ocurre en un balón, motivo por el cual en la mayoría de los casos hay ausencia de medio de contraste en el divertículo (Figuras 1 a 3). El divertículo puede ser único o estar asociado con una enfermedad diverticular más extensa de colon sigmoidees. El diagnóstico diferencial incluye la duplicación intestinal, el vólvulo de sigmoidees, el vólvulo cecal y la neumatosis intestinal. El tratamiento más aceptado es la resección del segmento afectado por el riesgo de recidiva en casos sometidos a una resección del divertículo.

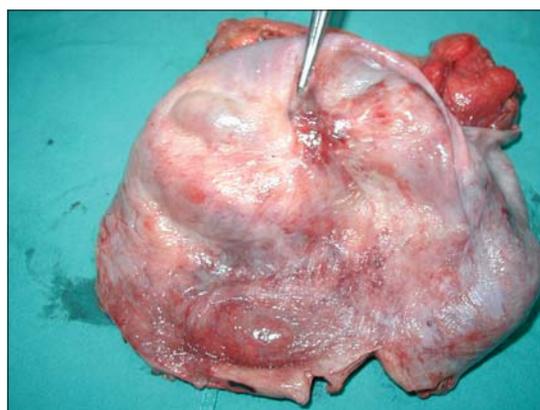


Figura 5. Pieza operatoria: apertura del divertículo. Se marca con una pinza la comunicación del divertículo gigante con el sigmoidees.

Referencias

1. Cortés C, Varela C, Ubilla R, Gallegos M. Divertículo cólico gigante: manifestación infrecuente de una enfermedad muy frecuente. *Rev Chil Radiol* 2006; 12: 49-56.
2. Steenvoorde P, Vogelaar FJ, Oskam J, Tollenar RA. Giant colonic diverticula. Review of diagnostic and therapeutic options. *Dig Surg* 2004; 21: 1-6.
3. Thomas S, Peel RL, Evans LE, Haarer KA. Giant colonic diverticulum. *Radiographics* 2006; 26: 1869-1872.
4. McQuade KL, Foreman ML. Giant colonic diverticulum. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2008; 21: 25-26.