

## Presentación de casos

Hospital Clínicoquirúrgico «Hermanos Ameijeiras»,  
Servicio Cirugía General

### Divertículo gigante de colon. Presentación de un caso

Dr. Edelberto Fuentes Valdés,<sup>1</sup> Dr. José M Díaz Calderín,<sup>2</sup> Dr. Elio Serrano Serrano Lemus<sup>3</sup> y Dr. Mauricio Maldonado I turriaga<sup>4</sup>

---

#### RESUMEN

El divertículo gigante de colon es una enfermedad rara que ocurre como complicación de la diverticulosis colónica, principalmente sigmoidea. Se presenta el caso de una paciente de 84 años tratada en el servicio de Cirugía General del Hospital «Hermanos Ameijeiras» en marzo de 2006 por presentar un divertículo gigante del colon sigmoides. La radiografía simple de abdomen, el colon por enema, el tránsito intestinal y la tomografía axial computadorizada demostraron la lesión quística llena de aire con nivel hidroaéreo. La intervención comprendió la resección segmentaria de colon en bloque con el divertículo. El período posoperatorio transcurrió sin ninguna complicación y la paciente se encuentra asintomática al momento de redactar este artículo.

*Palabras clave:* Divertículo gigante del colon, diverticulosis colónica.

---

El divertículo gigante de colon es una entidad clínica rara. Hacia 1995 solo se habían publicado 70 casos con edades entre 30 y 95 años.<sup>1</sup> Es más frecuente en el sigmoideas<sup>2</sup> y se origina en el borde antimesentérico. El tamaño fluctúa entre 4 y 30 cm. Generalmente son simples, pero pueden ser múltiples.

Esta lesión es una complicación de la diverticulosis de colon y su presentación es extremadamente rara, cuando se tiene en cuenta que alrededor de un tercio de la población occidental sobre los 65 años es portadora de divertículos del colon, especialmente a nivel del sigmoideas.<sup>3</sup>

Se han descrito complicaciones como perforación, infección y vólvulo del divertículo por lo que se recomienda el tratamiento quirúrgico.<sup>4</sup>

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente de 84 años de edad sin comorbilidad de importancia, quien comenzó a presentar, dos meses antes de su ingreso, molestias inespecíficas y aumento de volumen del abdomen. La radiografía de abdomen simple demostró una imagen radiotransparente en el hipogastrio, de 16 x 12 cm, con aire en su interior (fig. 1).

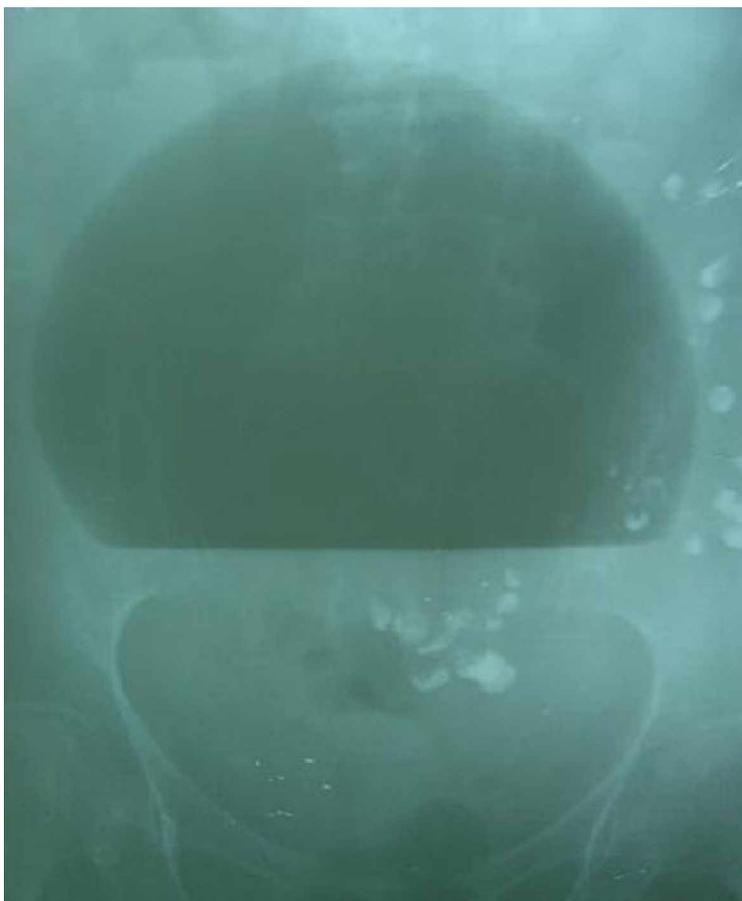


Figura 1. Imagen quística llena de aire que ocupa el abdomen inferior.

Al examen físico se encontró una tumoración que ocupaba el hipogastrio hasta por encima del ombligo, renitente, ligeramente sensible, timpánica a la percusión. El estudio tomográfico demostró, además de los hallazgos anteriores, que la «masa» llena de aire tenía líquido en su interior y que se encontraba rodeada por el colon, al cual se unía estrechamente, hacia el sigmoides y producía compresión de la vejiga.

En el colon por enema apareció una diverticulosis del sigmoides sin signos de diverticulitis y el contraste no pasó al interior de la lesión descrita (fig. 2). La vejiga era normal aunque había compresión externa según la cistoscopia.



Figura 2. Estudio de colon por enema donde se observa imagen quística llena de aire, localizada en el abdomen inferior, y gran cantidad de divertículos colónicos.

Al realizar la laparotomía se encontró una gran masa quística íntimamente adherida al sigmoides (fig. 3) y con adherencias a las asas intestinales delgadas. Al abrir el quiste salió aire a tensión y se encontró que contenía un líquido de color lechoso (fig. 4). Asimismo, se unía estrechamente con el fondo vesical, del cual no fue posible separar enteramente por lo que se resecó y se dejó el fondo de la ésta adherido a la pared vesical.

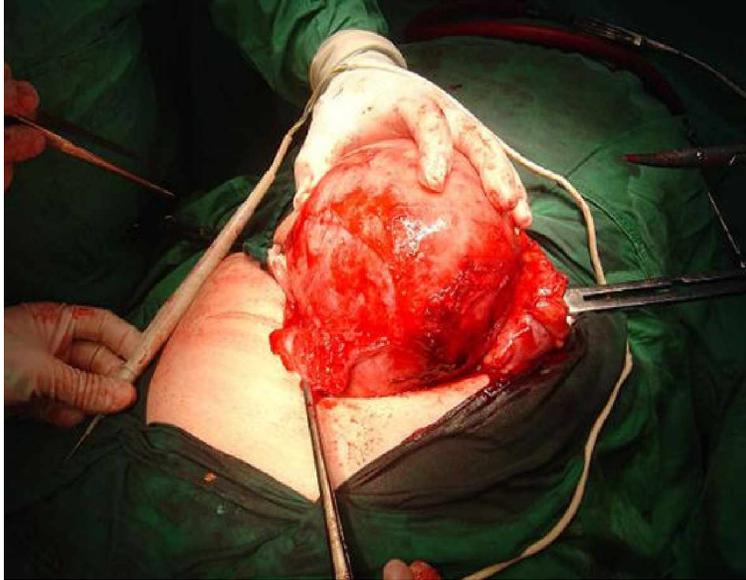


Figura 3. Masa quística estrechamente unida a la pared del sigmoides. Ha sido separada de sus adherencias a las asas intestinales delgadas para poder exteriorizarla.

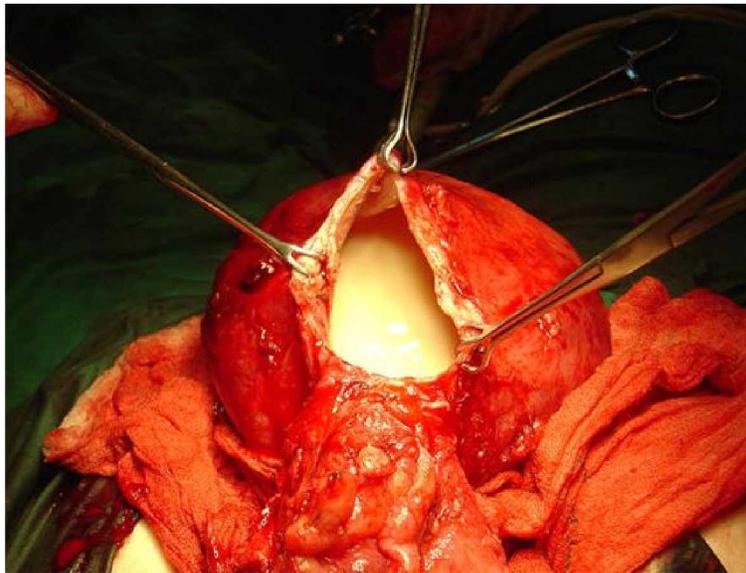


Figura 4. Obsérvese la pared colónica unida íntimamente a la lesión quística que presenta un contenido de color blanquecino en su interior.

Se realizó la resección del fragmento de colon sigmoides en bloque con el quiste. La evolución posoperatoria fue satisfactoria. Se comenzó la alimentación oral con líquidos a las 48 horas. Al cuarto día posoperatorio el paciente fue dado de alta y 2 meses después se encuentra asintomático.

## DISCUSIÓN

Hasta 2004 se habían recogido alrededor de 100 divertículos gigantes del colon en la literatura.<sup>5</sup> Aunque se ha descrito en individuos jóvenes, la mayoría se presenta en pacientes de la tercera edad.<sup>5</sup>

Los síntomas en estos pacientes suelen ser dolor abdominal vago, estreñimiento o diarreas, náuseas o vómitos o, simplemente, notar aumento de volumen abdominal.<sup>4</sup> Otros síntomas descritos son: tenesmo y alteración del hábito intestinal,<sup>5</sup> y abdomen agudo por perforación del divertículo.<sup>6</sup>

Se describen tres tipos:<sup>7</sup>

1. Tipo 1. Divertículo pseudogigante (cuando aumenta de tamaño sin evidencia de perforación). En la pared se puede encontrar restos de *muscularis mucosae* o *muscularis propria* y el revestimiento interno está formado por tejido de granulación con restos de mucosa colónica.
2. Tipo 2. Perforación del divertículo con formación de un absceso que permanece en comunicación con la luz intestinal. Se trata de un divertículo inflamatorio gigante porque la pared del divertículo es tejido cicatrizal y no comprende a la pared intestinal.
3. Tipo 3. Es un verdadero divertículo porque comprende todas las capas de la pared intestinal. Su patogénesis no está clara, pero parece representar una complicación de la diverticulosis intestinal. Otras teorías señalan que puede tratarse de atrapamiento de gas con mecanismo valvular.

El caso presentado pertenece al tipo 2, puesto que la pared del divertículo estaba constituida por tejido cicatrizal y su revestimiento interno era tejido granulomatoso crónico. Aunque no se demostró comunicación entre la lesión quística y el colon, la presencia de aire y líquido en su interior y su unión íntima con el colon sigmoideos hablan de un mecanismo valvular de una vía. Tal origen también es justificable por la presencia de adherencias inflamatorias a las vísceras adyacentes como intestino delgado, trompas de Falopio y vejiga urinaria.

Para *Gordon*<sup>4</sup> la radiografía simple muestra una masa llena de aire, pero el diagnóstico se hace con el colon por enema. En el caso que se presenta, la radiografía simple de abdomen demostró la lesión con nivel hidroaéreo lo que fue confirmado por la tomografía axial computadorizada. Este estudio describió la estrecha relación del divertículo con los órganos adyacentes, incluido el intestino grueso, y el colon por enema puso en evidencia la diverticulosis del colon aunque falló en demostrar comunicación con el divertículo.

Otros autores dan valor al estudio tomográfico y al colon por enema.<sup>6</sup> El uso de la resonancia magnética ha sido enfatizado por *Sugihara*<sup>2</sup> y *Neary* y cols.<sup>5</sup>

El diagnóstico diferencial de un quiste lleno de aire en abdomen comprende: divertículo de Meckel, divertículo gigante de duodeno, duplicación intestinal, cistitis enfisematosa, colecistitis enfisematosa, vólvulo de intestino grueso, pseudoquiste de páncreas y absceso tuboovárico.<sup>4</sup>

Es importante el tratamiento temprano por el alto índice de complicaciones: perforación, vólvulo, obstrucción y cáncer.<sup>4</sup> Se recomienda resección segmentaria de colon en bloque con el divertículo,<sup>4</sup> aunque la resección extendida podría ser una opción.<sup>5</sup> Los resultados del tratamiento quirúrgico suelen ser excelentes,<sup>4,5</sup> como ocurrió en el caso que se presenta.

En resumen, coincidimos con *Neary* y cols.<sup>5</sup> en que «el divertículo gigante de colon es una curiosidad quirúrgica que puede ser tratada con éxito mediante resección segmentaria o extendida del colon».

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Naber A, Sliutz AM, Foeitas H. Giant diverticulum of the sigmoid colon. *Int J Colorectal Dis.* 1995;10:169-72).
2. Sugihara S, Fujii S, Kinoshita T, Ogawa T. Giant sigmoid colonic diverticulitis: case report. *Abdom Imaging.* 2003;28(5):640-2.
3. Matthyssens LE, Van Hee R, Van Osselaer GE, Lemmens L. Giant diverticulum of the colon: report of two new cases and review of the literature. *Int Surg.* 2003;88(1):34-40
4. Gordon PhH. Diverticular disease of the colon. In: Gordon PhP, Nivatvongs S (eds). *Principles and practice of Surgery of the colon, rectum and anus.* 2nd ed. St Louis: Quality Medical Publishing Inc; 1999. pp 975-1043.
5. Neary P, Kurli V, Nicholson A, MacDonald AW, Monson JR. Giant colonic diverticulum. *Ir J Med Sci.* 2004;173(1):38-9).
6. Cangemi V, Borghese M, Fiori E, Bononi M, Ricci F, Cangemi R, *et al.* Giant diverticulum of the sigmoid colon with perforation. Report of a case. *Minerva Chir.* 2002;57(2):213-6.
7. McNutt R, Schmitt D, Schulte W. Giant colonic diverticula- Three distinct entities. Report of a case. *Dis Colon Rectum* 1988;31:624-8.

Recibido: 14 de octubre de 2006. Aprobado: 2 de diciembre de 2006.

*Dr. Edelberto Fuentes.* San Lázaro num. 701. Centro Habana, La Habana.

Correo electrónico: [efuentes@infomed.sld.cu](mailto:efuentes@infomed.sld.cu)

1 Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar.

2 Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar.

3 Residente de 4to. año de Cirugía.

4 Residente de 3er. año de Cirugía.