

CASOS CLINICOS

# Divertículo gigante de sigmoides

Dres. Roberto L. Estrugo, Raúl Laviña y Mario Bounous

**Se presenta un caso de divertículo gigante de sigmoides, complicación rara de la enfermedad diverticular del colon que es posiblemente la primera comunicación en la literatura nacional.**

**Los síntomas y signos sobresalientes fueron detención del tránsito digestivo, enterorragias y tumoración abdominal palpable.**

**La radiología mostró una gran burbuja aérea centroabdominal y relleno de la misma en el enema baritado.**

**Se hacen comentarios respecto a la patogenia, anatomía patológica y tratamiento.**

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:* Diverticulosis Colonic.

La enfermedad diverticular del colon es una afección frecuente en pacientes mayores de 60 años, 66 % según Asiner (1). Asimismo, se puede ver en el 35 % de las autopsias realizadas en personas mayores de 65 años (15).

El cirujano actúa habitualmente frente a las complicaciones de la enfermedad diverticular en aproximadamente 16 % (1), hemorragia digestiva, perforación, fistulas, oclusión intestinal y excepcionalmente divertículo gigante. En la literatura nacional no se hace referencia a esta última complicación por lo que ésta es la primera comunicación al respecto.

## HISTORIA CLINICA

Paciente de 70 años que ingresa el 18/2/78 por colitis aguda. Cuatro semanas antes del ingreso comienza con deposiciones diarreas y fiebre.

Al examen presenta anemia clínica, dolor y defensa en flanco y fosa iliaca izquierda. Durante su internación en sala se realiza un enema baritado comprobándose colopatía diverticular con fuga de contraste a nivel del sigmoide y una rectosigmoidoscopia que informa: anitis, hemorroides internas fluxivas grado I y papilitis incipiente. Mejora con tratamiento médico, es dado de alta el día 2/3/78.

Reingresa el día 26/9/79 por dolor abdominal y detención del tránsito intestinal para materias y gases. Cuatro días antes del ingreso presenta dolor intenso de aparición brusca, continuo de gran intensidad, localizado en hemivientre inferior e irradiado a dorso,

*Instituto de Cirugía para Postgraduados (Dr. C. Bercianos). Hospital Pasteur, Montevideo.*

que evoluciona sin remisiones durante 2 horas. Se acompañó de chuchos de frío y vómitos biliosos.

Refiere haber tenido rectorragias importantes y repetidas en 3 oportunidades sin repercusión hemodinámica. La sintomatología continúa igual y 48 hs. después se agrega distensión abdominal. Detención del tránsito intestinal para materias y gases desde el comienzo del cuadro.

Al examen se destaca un buen estado de nutrición e hidratación, piel y mucosas bien coloreadas. Abdomen: asimétrico a expensas de hemivientre superior sobre todo en epigastrio que se encuentra distendido, indoloro espontáneamente, dolor epigástrico intenso a la palpación con defensa.

Resto de la palpación abdominal discretamente dolorosa. Hipersonoridad generalizada sobre todo en epigastrio. A la auscultación ruidos hidroaéreos de tonalidad normal, esporádicos. Tacto rectal: hipertonia esfinteriana, adenoma prostático de primer grado, ampolla libre.

Se estudia con radiografía simple de abdomen presentando una imagen aérea a nivel de epigastrio sin nivel, redondeada. Se realiza colon por enema que muestra una dilatación colónica que se interpreta como supraestenótica, por encima de una corta estenosis del sigmoide con aspecto de desfiladero como se ve en los neoplasmas de colon. No hay elementos radiológicos de oclusión.

En las horas subsiguientes mejoran las condiciones generales del paciente. Cinco días más tarde se realiza una nueva radiografía simple de abdomen que muestra: persistencia de bario en pequeños divertículos de sigmoide pero en la imagen aérea ya no hay bario. En la radiografía de tórax se aprecia moderado aumento de los diámetros ventriculares izquierdos, aorta ensanchada y desarrollada, enfisema senil.

El electrocardiograma muestra un perfil sugestivo de hipertrofia ventricular izquierda. La rectosigmoidoscopia: anitis congestiva, papilitis hipertrófica, pequeñas hemorroides internas fase I, hasta 25 cm. no se observan productos patológicos de luz.

*Operación (17/10/79):* Mediana supra e infraumbilical. La exploración muestra sigmoide con enfermedad diverticular. De su borde interno a nivel del sector medio del sigmoide aparece una formación recubierta por serosa, groseramente ovoidea unida por uno de sus extremos al intestino y por el opuesto al peritoneo parietal anterior por adherencias laxas. Diámetro mayor 12 cm., aplastada en sentido antero-posterior, hueca, que al comprimirla se evacúa al sigmoide con gorgoteo. La unión con sigmoide presenta una formación mucinosa de 6 a 7 mm. que impresiona como neoplásica. A este nivel la pared sigmoi-

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 29 de octubre de 1980.

Residentes de Cirugía. M.S.P.

Dirección: Av. Rivera 5716, Montevideo (Dr. R. Estrugo).

dea se presenta como acartonada y como umbilicada. Adenopatías epi y paracólicas así como a nivel del mesocolon siguiendo la arteria mesentérica inferior. Se realiza resección sigmoidea incluyendo el divertículo, cierre con anastomosis término-terminal y colostomía transversa simultánea. Alta en buenas condiciones generales con buena función de la colostomía.

Reingresa para cierre de la colostomía la que se presenta prolapsada y edematosa se interviene realizando reintroducción y fijación.

Veinte días más tarde se procede al cierre de la colostomía. Alta en buenas condiciones 5 días más tarde.

*Anatomía Patológica.* — Segmento de intestino grueso de 20 cm. con su meso, con tumoración quística de 8 cm. que comunica con el intestino sobre su borde mesial por pequeño trayecto fistuloso en el que se reconoce un pequeño pólipo. La cavidad quística es de superficie externa serosa, superficie interna opaca, blanquecina y rugosa de espesor de la pared 1 cm. A ese nivel la pared colónica está engrosada de 3 cm. El resto del intestino presenta múltiples divertículos.

Microscópicamente: se trata de una colopatía diverticular con elementos de colitis aguda con marcada reacción inflamatoria peri e intradiverticular.

De estos divertículos se destaca el descrito en la macroscopía, gigante constituido solamente por una lámina de tejido conectivo escleroso más celular sobre la superficie mucosa, ésta está totalmente ulcerada por grueso proceso inflamatorio subagudo con intensa formación vascular.

No hay fibras musculares en la pared del divertículo gigante.

## DISCUSION

Hughes y Greene (5) fueron los primeros en presentar un divertículo gigante de sigmoide en 1953. Hasta hace 1 año existían más de 30 casos publicados en la literatura como divertículo gigante o como quiste aéreo gigante de colon.

La edad promedio oscila entre 50 y 60 años y no hay predominio claro de sexo.

Clinicamente los pacientes se presentan con síntomas inespecíficos aunque esencialmente aquellos de la diverticulitis sigmoidea, tales como dolores abdominales intermitentes, constipación con episodios ocasionales de diarreas. Raramente presentan náuseas y vómitos. Algunas veces hacen su debut con síntomas producidos por complicaciones tales como sangrado digestivo (9, 11, 13, 15), dolor abdominal súbito e intenso por ruptura y perforación (7) o por infarto focal y perforación (6) o finalmente por torsión diverticular (4).

También existe un número no despreciable de pacientes asintomáticos en los que el diagnóstico se hace en forma accidental o fortuita en ocasión de un examen médico de control o un estudio radiológico de abdomen (11).

El examen físico puede revelar una tumoración de tamaño apreciable, móvil, habitualmente ubicada en el centro del abdomen, 80 % de los casos según Wetrich (14).

La mayoría de estos divertículos se localizan en el sigmoide aunque se han descrito en el colon transverso (12). La razón de esto pro-

bablemente está relacionada a la mayor frecuencia de la enfermedad diverticular del colon en el sigmoide aunque su ausencia en otros sectores permanece todavía sin respuesta.

La radiografía simple de abdomen muestra una gran burbuja aérea centroabdominal o en el cuadrante inferior izquierdo (13), que se moviliza con los cambios de posición (fig. 1).



FIG. 1.— Gruesa burbuja aérea centroabdominal. (RX simple de abdomen).

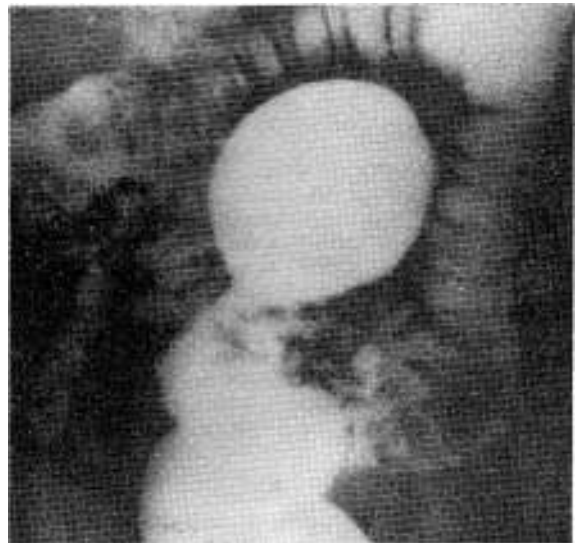


FIG. 2.— Relleno con bario de divertículo gigante de sigmoide.

El enema baritado frecuentemente no muestra el relleno del divertículo porque el orificio es demasiado pequeño o está ocluido pero sí los pequeños divertículos en forma más o menos extendida. Su relleno hace el diagnóstico aunque se ha descrito en pocos casos (2, 6, 7, 11, 15). En nuestro caso pese a su relleno con bario se pensó en una dilatación supraestrictural (fig. 2).

Es frecuente ver que el intestino a nivel del divertículo está disminuido de calibre por la compresión que ejerce aquél y por la hipertrofia muscular característica de la enfermedad diverticular lo que lleva algunas veces al diagnóstico erróneo de neoplasma de colon.

La rectosigmoidoscopia habitualmente no contribuye al diagnóstico de la afección.

Se han propuesto 2 teorías en el desarrollo de esta patología. Una sería la formación de gases por microorganismos, lo que provocaría la distensión del divertículo luego de la obliteración del orificio.

La otra sería la entrada de aire a través de un mecanismo valvulado en el cuello del divertículo lo que provocaría el atrapamiento de aire.

Esta última es más probable y estaría sostenida por el hallazgo de una conexión fistulosa con el colon en la mayoría de los casos.

El divertículo está habitualmente topografiado en el borde antemesentérico del sigmoide aunque se ha descrito entre las hojas del mesocolon (2). Se puede ver en otros sectores del colon así como en el intestino delgado.

La mayoría de las veces es único aunque se han descrito múltiples (6, 9). Redondeado, de tamaño variable que oscila entre 4 y 12 cm. de diámetro pudiendo llegar en casos excepcionales a 20 cm. (8) y aún 26 cm. (3).

Según Wetrich (14) en la mayoría de los casos no se encuentra la comunicación entre el divertículo y el colon, aún al examen anatómopatológico.

La pared del divertículo gruesa de aproximadamente 0,5 a 1 cm. formada por tejido fibroso, vascularizado con una superficie interna sin mucosa y recubierta por detritus, tejido de granulación y aun pólipos (4).

La superficie externa está recubierta por serosa de neoformación.

La microscopía muestra tejido fibroso con gran infiltración de tejido inflamatorio crónico y células gigantes sin músculo liso en su pared.

En algunas comunicaciones los autores citan la presencia de músculo liso en la pared lo que hace dudar del diagnóstico (5, 9).

Estos hechos corroborarían la suposición de que el divertículo gigante representa el resultado final de un pseudodivertículo adquirido por infección, formación de absceso y curación.

El diagnóstico diferencial de una tumoración abdominal representada por una burbuja gaseosa plantea una fistula colecistoentérica (aunque falta la sintomatología biliar), una colecistitis gangrenosa, un divertículo de Meckel o aún un divertículo del intestino delgado.

Otras posibles afecciones con posibilidad de confusión serían pseudoquistes pancreáticos infectados con gérmenes productores de gas, el

vólvulo de ciego o sigmoide (presentan sintomatología de oclusión intestinal), la neumato-sis intestinal (los quistes son múltiples y de pequeño tamaño). Todas estas afecciones pueden ser finalmente descartadas mediante una historia clínica bien confeccionada y estudios radiológicos simples o contrastados precisos. Hay una afección que es prácticamente indiferenciable aún en el mismo acto operatorio y es la anatomía patológica quien la detecta por la presencia de mucosa intestinal y músculo liso en su pared y es la duplicación intestinal.

El tratamiento debe ser profiláctico y precoz, de esta forma se evita la perforación u otras complicaciones.

En una revisión estadística realizada por Wetrich (14) sobre 35 casos se vio que el tratamiento había sido variado, salvo 2 pacientes se operaron los restantes. Entre ellos se realizó diverticulectomía en 3 oportunidades, diverticulectomía más colostomía transversa en 1 caso, 1 colostomía transversa sola, 2 resecciones sigmoideas (incluyendo el divertículo) más colostomía transversa, pero la gran mayoría la constituye la sigmoidectomía (incluyendo divertículo) con anastomosis término-terminal en un tiempo realizada en 25 casos. Esta última sería la conducta seguida por la mayoría de los autores dado que permite la resección del colon adyacente al divertículo con todas las alteraciones inherentes a la enfermedad diverticular complicada (6, 15).

En nuestro caso se realizó sigmoidectomía con anastomosis término-terminal a la que se sumó una colostomía de seguridad.

## RESUME

### Diverticule géant du sigmoïde

On présente un cas de diverticule géant du sigmoïde, complication peu fréquente de cette maladie diverticulaire du côlon, le premier dans la littérature uruguayenne.

Les symptômes et les signes les plus remarquables ont été: arrêt du transit digestif, hémorragie digestive basse et tumeur palpable.

La radiologie a montré une grande bulle au centre de l'abdomen et son remplissage avec le lavement baryté.

On fait des commentaires par rapport à la pathogénie, l'anastomie pathologique et le traitement ainsi qu'une révision de la bibliographie.

## SUMMARY

### Giant Sigmoid Diverticulum

The authors report on a case of giant sigmoid diverticulum which is a rare complication of diverticular disease of colon and the first to be published in the medical literature of Uruguay.

Outstanding symptoms and signs were the arrestment of digestive transit, low digestive hemorrhage and palpable enlargement.

X-Rays showed a large centroabdominal air bubble and its filling by barium enema.

There follows a discussion of its pathogenesis, pathological anatomy and treatment, as well as a review of bibliography.

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ASINER B. Enfermedad diverticular del colon. Montevideo. Magallanes, 1973.
2. BERGERON RB, HANLEY PH. Giant sigmoid diverticulum. *Am J Surg*, 109: 660, 1965.
3. CASE RECORDS OF THE MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL. *New Engl J Med*, 257: 677, 1957.
4. FRANKENFELD RH, WATERS CH and SCHEPELER TV. Giant air cyst of the abdomen; an unusual manifestation of diverticulitis of the sigmoid. *Gastroenterology*, 37: 103, 1959.
5. HUGHES WL and GREENE RC. Solitary air cyst of peritoneal cavity. *Arch Surg*, 67: 931, 1953.
6. KEMPSZINSKI RF, FERRUCCI JT. Giant sigmoid diverticula: a review. *Ann Surg*, 180: 864, 1979.
7. MAC BETH WA and RIDDLE PR. Gas filled abscess cavity as a manifestation of diverticulitis of the colon. *Br J Radiol*, 37: 861, 1964.
8. MARANO AJ, BELL L, BEGG Ch F and FITZPATRICK HF. Giant diverticulum of the sigmoid colon. *J.A.M.A.*, 188: 608, 1964.
9. MELAMED M and PANTONE A. Giant diverticula of the colon. *Arch Surg*, 81: 723, 1960.
10. MOORE JM and GOLD Ch. Giant diverticulum of sigmoid colon. *Br J Surg*, 51: 876, 1964.
11. RABINOWITZ JG, FARMAN J, DALLEMAND S, TWERSKEY J and ROSEN Y. Giant sigmoid diverticulum. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med*, 121: 338, 1974.
12. SAGAR S. Giant solitary diverticulum of the transverse colon with diverticulosis. *Br J Clin Pract*, 27: 145, 1973.
13. SILBERMAN EL and THORNER MC. Volvulus of giant sigmoidal diverticulum. *J.A.M.A.*, 177: 782, 1961.
14. WETRICH RM, SIDHU DS. Giant Sigmoid diverticulum. *West J Med*, 128: 539, 1979.
15. WETSTEIN L, CAMERA A, TRILLO RA, ZAMORA BO. Giant sigmoidal diverticulum: Report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum*, 21: 110, 1978.