

Divertículo gigante de sigmoides

Dres. Daniel López, Raúl Mori,
Federico Schneeberger y Carlos Gómez Fossati.

Se presenta un caso de divertículo gigante de sigmoide, manifestado por enterorragia, cuyo diagnóstico se logró mediante el colón por enema.

Se señalan los síntomas más frecuentes y los medios de diagnóstico habitualmente empleados, y se hacen consideraciones acerca de la patogenia y el tratamiento, señalando la preferencia de la colectomía segmentaria con anastomosis primaria.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Sigmoid diseases, Diverticulosis colonic.

SUMMARY: Giant sigmoid diverticulum.

A case of giant sigmoid diverticulum that had a rectal haemorrhage and was diagnosed by a barium enema is presented. Frequent symptoms and habitually used diagnostic procedures are remarked. Considerations about pathology and treatment are done. Preference for segmentary colectomy with primary anastomosis is expressed.

RÉSUMÉ: Diverticule géant du sigmoïde.

Il s'agit d'un cas de diverticule géant du sigmoïde révélé par une enterorragie et diagnostiqué par un lavement baryté.

On souligne les symptômes les plus fréquents et les procédés diagnostiques habituellement employés. Les auteurs analysent différents aspects de la pathogenie et le traitement, en soulignant leur préférence pour la colectomie segmentaire avec anastomose primaire.

Clinica Quirúrgica "B" (Director Prof. Dr. Uruguay Larre Borges). Hospital de Clínicas. Fac. de Medicina. Montevideo.

El divertículo gigante de sigmoides es una forma anatómica inusual de la colopatía diverticular.

El primer caso referido data de 1946 y corresponde a Bonvin y Bonte⁽²⁾, desde ese momento aproximadamente 60 pacientes han sido presentados a la literatura inglesa y francesa^(5, 14).

En nuestro medio destacamos la comunicación de Estrugo y col.⁽⁶⁾, que corresponde al primer caso publicado.

El motivo de este trabajo es aportar una nueva observación a la casuística nacional y realizar consideraciones diagnósticas y terapéuticas referidas a la misma.

CASO CLINICO

D.P. Reg. 507394. 72 años, sexo femenino, sin antecedentes patológicos, que 12 días antes de su ingreso, luego de breve período de constipación, tiene una enterorragia de pequeña cantidad de sangre roja y rutilante. En los días sucesivos reitera enterorragias escasas, sin repercusión hemodinámica, que finalmente motivan su ingreso. No refiere repercusión general.

Al examen se destaca: obesidad moderada, discreta anemia clínica y un abdomen globuloso, simétrico, donde no se palpan visceromegalias ni tumoraciones. El tacto rectal muestra una ampolla sin lesiones, con sangre oscura, escasa, en su interior.

En el colon por enema se visualizan numerosos divertículos en colon sigmoide y descendente y una imagen gaseosa yuxtacolónica que se rellena parcialmente con bario que impresiona como un divertículo gigante de sigmoides. (Fig. 1).

Una fibrocolonoscopia permite observar a nivel del colon sigmoide y sector distal del colon descendente numerosos orificios diverticulares de diferente tamaño, sin elementos inflamatorios a su nivel. El resto de los sectores explorados hasta el ciego son de morfología, contractilidad y aspecto normal. No hay productos patológicos en la luz. Con el diagnóstico de colopatía diverticular y divertículo gigante de sigmoide se interviene el 14.4.86.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 18 de junio de 1986.

Médicos Auxiliares, Prof. Adjunto, Prof. Agregado.

Dirección: Brandzen 1971 Ap. 602, Montevideo. (Dr. D. López).



Operación: a través de una incisión mediana se comprueba la colopatía diverticular que afecta al colon descendente y sigmoide, y una tumoración de 8 por 5 cm, de paredes gruesas, sin contenido en su interior, que emerge del borde mesentérico del sector medio del sigmoide, con un cuello estrecho de 2 cm de diámetro y con una brida que se origina en su vértice. No hay adenopatías en el meso. Se realiza una colectomía segmentaria incluyendo colon descendente y sigmoide, con anastomosis colocolónica término-terminal primaria.

La evolución postoperatoria es normal.

Anat. Patol.: segmento de colon de 22 cm. A 40 mm del borde de resección distal se observa un gran divertículo de 4 por 6 cm. La superficie interna del divertículo es blanquecina grisácea, rugosa, con pared marcadamente engrosada (Fig. 2). Se observa una comunicación de 5 mm de diámetro con la luz intestinal y a unos 8 mm de éste se pierde macroscópicamente el aspecto de la mucosa normal. En el resto del colon se observan numerosos divertículos de pequeño tamaño. En la microscopía las secciones correspondientes al divertículo mayor presentan una pérdida de la mucosa, observándose a dicho nivel un tejido conjuntivo joven que se hace fibroso en la profundidad, parcialmente cubierto por fibrina y pioletocitos. Se observa así mismo marcado infiltrado linfoplasmocitario y con algunos polimorfonucleares en el resto de la pared. No existen fibras musculares lisas en la pared del divertículo.

DISCUSION

La diverticulosis colónica es la colopatía más frecuente, encontrándose en el 25 a 35% de los pacientes mayores de 60 años^(1, 4-6, 9, 14).

A menudo esta enfermedad permanece asintomática, pero puede presentar complicaciones: hemorragia, oclusión, perforación, fistula, y mucho más raramente la formación de un divertículo gigante^(9, 14).

Estos divertículos gigantes se presentan habitualmente en pacientes mayores de 60 años, sin predominio de sexo⁽⁹⁾.

Su sintomatología es poco orientadora, consultan por dolores abdominales mal sistematizados en el 75% de los casos⁽⁹⁾, a veces asociados a trastornos del tránsito digestivo alto o bajo⁽¹⁴⁾, o hemorragia digestiva baja, como en nuestra observación. Raramente puede manifestarse por el hallazgo por parte del paciente de una tumoración abdominal asociada o no a los síntomas precedentes⁽¹⁴⁾ o por sus complicaciones agudas como ser torsión⁽¹⁷⁾, necrosis⁽⁹⁾ o perforación⁽⁵⁾.

En este caso la enterorragia que motivó el ingreso de la paciente probablemente se explique por la erosión del tejido conjuntivo joven muy vascularizado que forma el revestimiento interno del divertículo.

El examen abdominal puede ser negativo, dependiendo de ello del tamaño del divertículo, su topografía y su estado de repleción. En un 50% de los casos se palpa una tumoración redondeada, bien limitada, topografiada en fosa iliaca izquierda o centroabdominal, móvil y timpánica⁽⁹⁾. Esta tumoración puede ser palpable intermitentemente ("tumor fantasma") cuando el divertículo aumenta de tamaño durante un período de constipación y luego se vacía^(1, 7).

Es habitualmente la radiología la que permite llegar al diagnóstico, mostrando la placa simple de abdomen una imagen gaseosa quística, de 13 cm de diámetro promedio⁽¹⁴⁾, en relación con el colon sigmoide, solitaria y que desplaza otras estructuras intrabdominales^(5, 14).

El colon por enema muestra siempre divertículos asociados^(4, 9), pero sólo rellena el divertículo gigante en un tercio de los casos⁽⁹⁾. En nuestra



observación el bario rellena escasamente el divertículo, permaneciendo dentro de él en las placas luego de la evacuación intestinal.

Rabinowitz señala que el segmento del colon del cual se origina el divertículo está siempre deformado por la colopatía diverticular y puede ser simultáneamente comprimido por el quiste, con lo que la imagen resultante puede ser confundida con un carcinoma⁽¹⁵⁾.

Los exámenes endoscópicos pueden mostrar los orificios de la colopatía diverticular asociada, pero son de poco valor para el diagnóstico del divertículo gigante⁽⁹⁾, como sucedió en nuestra paciente.

Con la excepción de dos casos, uno topografiado en el colon transversal⁽¹⁶⁾ y otro en el ángulo esplénico⁽⁵⁾, todas las demás observaciones publicadas corresponden a divertículos sigmoideos.

En la mayor parte de los casos el divertículo es único, existiendo 3 descripciones de divertículos dobles^(2, 9, 12). Su tamaño varía entre 4 y 25 cm⁽³⁾, con un promedio de 13 cm. Generalmente se originan en el borde antemesentérico del colon⁽⁶⁾, salvo en el caso de Bergeron⁽¹⁾ en que se encontraba en el borde mesentérico, entre las dos hojas del meso.

Los quistes aéreos gigantes deben ser distinguidos de otras posibles colecciones gaseosas intrabdominales, que se pueden encontrar raramente en enfermedades de la vesícula biliar (fístula colecisto-entérica, colecistitis enfisematosa), vejiga (fístula vésico-intestinal), divertículo de Meckel, pseudoquistes pancreáticos, vólvulos de colon derecho o sigmoide o abscesos por gérmenes productores de gas^(4, 7, 9).

En general estos diagnósticos diferenciales corresponden a situaciones clínicas muy diferentes, por lo que, con la ayuda de la radiología, pueden ser descartados con certeza.

En cuanto a la patogenia de estos divertículos gigantes, la mayoría de los autores^(1, 4, 9, 15) está de acuerdo en que representan divertículos adquiridos formados por la herniación de la mucosa y submucosa a través de la pared muscular. Su comunicación con la luz intestinal se estrecha por empujes inflamatorios, lo que puede llevar a la constitución de un mecanismo valvular por el cual queden gases atrapados dentro del divertículo produciendo su crecimiento.

Esta teoría se ve reforzada por el hecho de que en el examen anatomopatológico comprueba que en su pared no existe tejido muscular liso —que se detiene bruscamente a nivel de su cuello— sino sólo tejido fibroso y de granulación^(1, 9, 14). Habitualmente no existe mucosa, estando reemplaza-

da por el tejido inflamatorio crónico ya descrito^(10, 11, 13, 14).

Estos hallazgos son fundamentales para distinguir esta entidad de la duplicación intestinal, de muy rara presentación en el colon que puede tener características macroscópicas similares, pero presenta todas las capas de la pared intestinal, particularmente la muscular, afecta pacientes más jóvenes y se topografía en el borde mesentérico del intestino^(7, 14).

Los divertículos gigantes, una vez diagnosticados, deben ser operados sin demora para prevenir la aparición de complicaciones como perforación, necrosis o vólvulo^(9, 10).

Existe unanimidad entre los distintos autores en que el tratamiento adecuado es la resección segmentaria del colon, incluyendo el divertículo gigante y los sectores de colon patológico adyacentes, con anastomosis primaria^(9, 14) como se realizó en el caso presentado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BERGERON R.B., HANLEY P.H. — Giant sigmoid diverticulum. *Am. J. Surg.*, 109: 660-2, 1965.
2. BONVIN P., BONTE G. — Diverticules géants du sigmoide. *Arch. Mal. App. Digest.* 35: 353-5, 1946.
3. Case records of the Massachusetts General Hospital: Case 43402 *New Engl. J. Med.* 257: 677-80, 1957.
4. CASTAGNONE D., RANZI T. — Giant sigmoid diverticula. Case report and review. *Panminerva Med.* 23: 203-6, 1981.
5. ELLERBROEK C., LU C. — Unusual manifestations of giant colonic diverticulum. *Dis. Colon Rectum* 27: 545-7, 1984.
6. ESTRUGO R., LAVIÑA R., BOUNOUS M. — Diverticulo gigante de sigmoideos. *Cir. Urug.* 51: 272-5, 1981.
7. FRANKENFELD R., WATERS C., SCHEPELER T. — Giant air cyst of the abdomen: an unusual manifestation of diverticulitis of the sigmoid. *Report of a case. Gastroenterology* 37: 103-6, 1959.
8. HUGHES W., GREENE R. — Solitary air cyst of peritoneal cavity. *Arch. Surg.* 67: 931-6, 1953.
9. KEMPCZINSKI R., FERRUCCI J. — Giant sigmoid diverticula: a review. *Ann. Surg.* 180: 864-7, 1974.
10. MACBETH W., RIDDLE P. — Gas filled cavity as a manifestation of diverticulitis of the colon. *Br. J. Radiol.* 37: 861-2, 1964.
11. MARANO A., BELL L., BEGG CH., FITZPATICK H.F. — Giant diverticulum of the sigmoid colon. *J.A.M.A.* 188: 608-9, 1964.
12. MELAMED M., PANTONE A. — Giant diverticula of the colon. *Arch. Surg.* 81: 723-5, 1960.
13. MOORE J., GOLD CH. — Giant diverticulum of sigmoid colon. *Br. J. Surg.* 51: 876-878, 1964.
14. PINSOLLE J., RIVIERE J., BOISSEAU C., VIDEAU J. — Diverticule géant du colon sigmoide. Complication rare de la diverticulose colique. *J. Chir.* 119: 583-7, 1982.
15. RABINOWITZ J., FARMAN J., DALLEMAND S., TWERSKEY J., ROSEN Y. — Giant sigmoid diverticulum. *Am. J. Roentgenol. Radium Ther. Nucl. Med.* 121: 338-43, 1974.
16. SAGAR S. — Giant solitary diverticulum of the transverse colon with diverticulosis. *Br. J. Clin. Pract.* 27: 145-146, 1973.
17. SILBERMAN E., THORNER M. — Volvulus of giant sigmoidal diverticulum. *J.A.M.A.* 177: 782-4, 1961.

COMENTARIOS

Dr. W. SUIFFET: Muy interesante la presentación que ya la recordábamos cuando la presentó el Dr. Estrugo, pero lo que es interesante es considerar las dos situaciones, que la patología colónica es distinta en una y en otra.

En el caso del Dr. Estrugo era una diverticulosis limitada, la clásica forma de diverticulosis hipertónica del sigmoide, mientras que en esta observación es una diverticulosis colónica difusa, es decir otra forma de la diverticulosis colónica.

En el caso del Dr. Estrugo, desde luego había que tratar ese divertículo, pero además la enfermedad diverticular del sigmoide. Por eso estaba formalmente indicada la resección del sigmoide. A título de consulta: al ver la fotografía de la pieza nos llamó la atención ver en ella una extensión de colon hacia un sentido, no sé si el distal o el proximal, muchísimo mayor que en el otro sector.

Desde luego que en este tipo de resección, lo fundamental es tratar el sector donde está implantado el divertículo, porque no se puede tratar la enfermedad de fondo con la resección del sigmoide solo, como en el caso del Dr. Estrugo. De manera que la resección cuando hay un divertículo gigante en una diverticulosis colónica difusa puede ser más limitada que cuando hay un divertículo gigante en la topografía diverticular del sigmoide en la forma clásica. De cualquier manera es muy interesante la observación.

Dr. R. ESTRUGO: Quiero felicitar a los autores por la documentación del caso y solicitarles si me lo permiten y a la mesa, mostrar algunos diapositivos que tengo del caso anterior con lo que creo que va a redondear perfectamente el tema.

(Diapositivo). Acá vemos así como dijo el Dr. López, también recordando que muchas veces en la placa simple de abdomen se puede ver simplemente una burbuja aérea, grande, que puede motivar diagnósticos diferenciales como él ya lo planteó.

Habitualmente son burbujas grandes, centroabdominales, en este caso a diferencia del anterior que había entrada muy poco bario, entró mucho más bario y provocó el relleno casi total del divertículo. Este relleno total no se interpretó como que era un divertículo gigante, se interpretó como una probable (porque nunca hablamos visto ninguno, incluso el radiólogo tampoco había visto) distensión supraestenótica con la probabilidad de una lesión neoplásica por debajo.

(Diapositivo). Esta es la pieza de resección, se encontraban además gran cantidad de divertículos en el resto del colon, el colon abierto mostraba una total indemnidad de la mucosa, introduciendo una sonda con la cual insuflamos el divertículo, vemos el ostium que era de aproximadamente 5 a 6 mm de diámetro.

El divertículo abierto con las características macroscópicas que dijo el Dr. López, no tiene mucosa, fundamentalmente es un tejido lardáceo tejido de granulación, gruesas paredes y fibrosas.

Se ve además un pólipo abajo en el ostium, sin elementos de malignidad como mostró después la anatomía patológica; finalmente la ausencia de tejido muscular como dijo muy bien el Dr. López lo que nos permite hacer la diferenciación con la duplicación intestinal y descartarla.

En nuestro caso la paciente un año antes de ingresar, había tenido un episodio agudo de su colopatía diverticular, y en un colon por enema realizado se apreció una pequeña fuga en el colon izquierdo a nivel del sigmoide.

Esto no lo encontramos descrito en la literatura y aprovechamos este momento para decir que esa fuga a punto de partida de la perforación de un divertículo organizado con un proceso plástico adherencial a su alrededor, podría haber sido lo que motivara la formación a posteriori de ésta divertículo gigante.

Al igual que el caso del Dr. López, el nuestro presentó también hemorragia digestiva, enterorragias en tres oportunidades y si bien estamos de acuerdo en la asociación de angiodisplasias y colopatía diverticular, la evolución del paciente nos dio aparentemente la razón de que el sangrado había correspondido al igual que el caso del Dr. López al divertículo gigante por el tejido de granulación que recubre su cara interna, por lo tanto resecado el divertículo, el paciente nunca más repitió las enterorragias.

Nada más, muchas gracias.

Dr. R. GREZZI: Muy interesantes las observaciones de divertículo gigante presentados por los colegas.

Pienso que la hemorragia digestiva en el paciente como mostró muy bien el Dr. Estrugo el divertículo no tiene mucosa, podría uno pensar que con eso queda establecido que la causa de la hemorragia fue el divertículo.

La experiencia nos ha demostrado en los últimos tiempos que la colopatía diverticular sangra generalmente por otras causas, que son las angiodisplasias asociadas. De manera que yo pienso que en este enfermo a pesar del divertículo gigante uno debe siempre estar atento a pensar que en el futuro pueda tener otra hemorragia digestiva, porque la causa de la hemorragia puede no estar en el divertículo. Pienso, dado lo que hemos visto últimamente con las angiodisplasias del colon, pueda ser otra la causa, y estar lejos del lugar de la resección del divertículo.

De cualquier manera la indicación de la operación es lógica en el divertículo gigante, pero me parece importante señalar que no me llamarla la atención que un enfermo de este tipo ingresara de nuevo con una hemorragia digestiva. Por eso pienso que para completar el estudio debe realizarse la endoscopia buscando la angiodisplasia y a pesar de que es un método invasivo puede ser necesario hacerle una buena arteriografía mesentérica, para estar seguros que la causa de la hemorragia no está en otro lado. Nada más.