

Acta Médica
Grupo Ángeles

Volumen **3**
Volume

Número **4**
Number

Octubre-Diciembre **2005**
October-December

Artículo:

**Complicaciones de la enfermedad
diverticular del colon**

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Grupo Ángeles Servicios de Salud

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***





Complicaciones de la enfermedad diverticular del colon

Alejo Rodríguez Moncada,* Rubén Conde,**
Marco Antonio García Santiago,***
Rubén Lima Dávalos****

INTRODUCCIÓN

La enfermedad diverticular del colon es una enfermedad con alta incidencia por encima del 50% en personas de 60 años,¹ sin embargo afecta a un tercio de la población mayor de 45 años y a dos tercios de los mayores de 85 años.² En el Hospital Metropolitano, se calcula una incidencia del 80%, de la población cautiva; en pacientes jóvenes menores de 50 años es relativamente infrecuente, pero presenta un curso agresivo con alta incidencia de complicaciones (23%).² El aumento progresivo de esta enfermedad se asocia a cambios en la dieta, alteración de la motilidad del colon y anomalías en la pared muscular.

La diverticulitis aguda complicada es el resultado de la inflamación de un divertículo que puede progresar hacia la perforación y fistulización, siendo más frecuente la fístula colon-vesical en un 65%.³

A continuación presentamos tres casos de enfermedad diverticular complicada, la cual fue causa de hospitalización, con recuperación *ad integrum*.

Caso clínico 1

Paciente masculino de 21 años, el cual acude debido a la presencia de dolor abdominal agudo, con diagnóstico de apendicitis. Los estudios de imagen mostraron una enfermedad diverticular complicada con un plastrón inflamatorio encapsulado intraperitoneal.

Caso clínico 2

Paciente masculino de 72 años de edad, el cual acude a urgencias debido a la presencia de hematuria y malestar abdominal. Se encontró perforación diverticular del colon sigmoides en comunicación con una colección abscedada, complicada con cistitis hemorrágica.

Caso clínico 3

Paciente femenino de 65 años de edad, la cual presentó ruptura diverticular sigmoidea con fistulización hacia una colección pélvica, la paciente clínicamente mostró salida de materia fecal por vía vaginal.

* Jefe del Servicio de Radiología e Imagen.

** Neurorradiólogo adscrito al Servicio de Radiología e Imagen.

*** Radiólogo adscrito al Servicio de Radiología e Imagen.
Hospital Ángeles Metropolitano

Correspondencia:

Dr. Rubén Conde

Servicio de Radiología e Imagen

Hospital Ángeles Metropolitano

Tlacotalpan 59, Col. Roma Sur

06760, México, D.F.

Correo electrónico: coer2001@prodigy.net.mx

Aceptado: 07-10-2005.



Figura 1. Paciente 1. Corte axial de tomografía pélvica que muestra la fístula diverticular en comunicación con la colección (flecha).



Figura 2. Paciente 1. Fistulografía con medio de contraste hidrosoluble que muestra paso de medio de contraste hacia la colección encapsulada, con presencia de un catéter de drenaje (flecha).

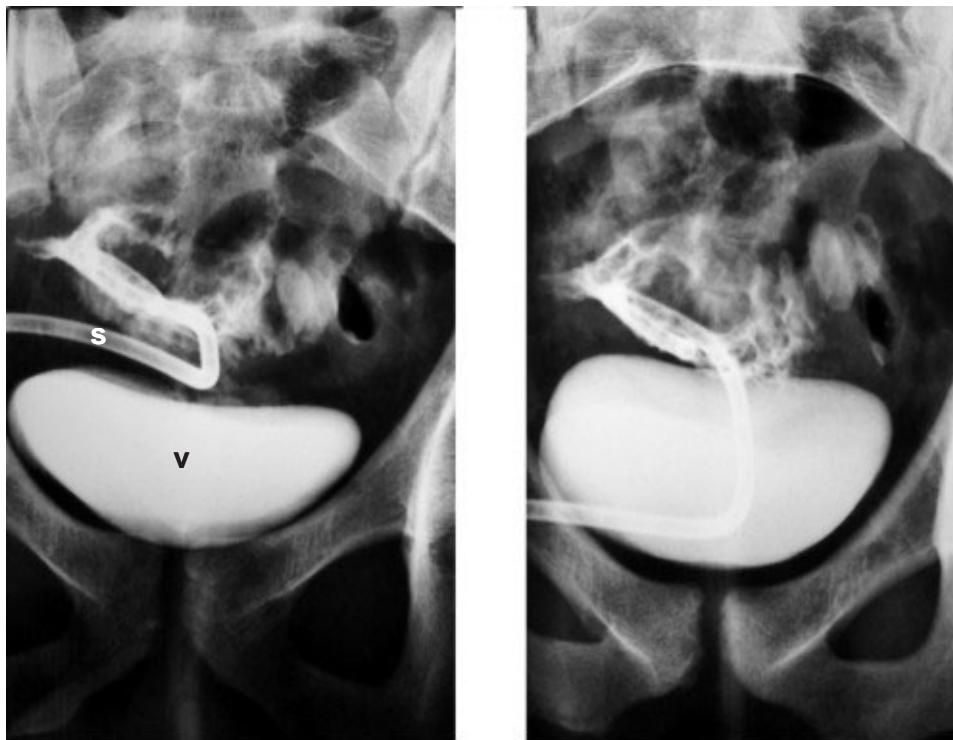


Figura 3. Paciente 1. Fistulografía a través de un catéter de drenaje que muestra la relación con la vejiga, posterior a urografía excretora.



Figura 4. Paciente 2. Urografía excretora que muestra un defecto de llenado en el piso vesical (flecha).

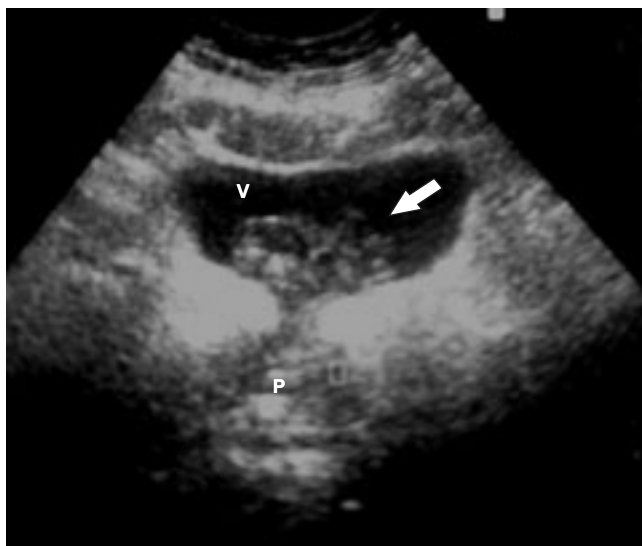


Figura 5. Paciente 2. Ultrasonido suprapúbico que muestra una imagen compatible con un coágulo sanguíneo en el interior de la vejiga (flecha).



Figura 6. Paciente 2. Colon por enema con medio de contraste que muestra la imagen diverticular complicada (flecha).

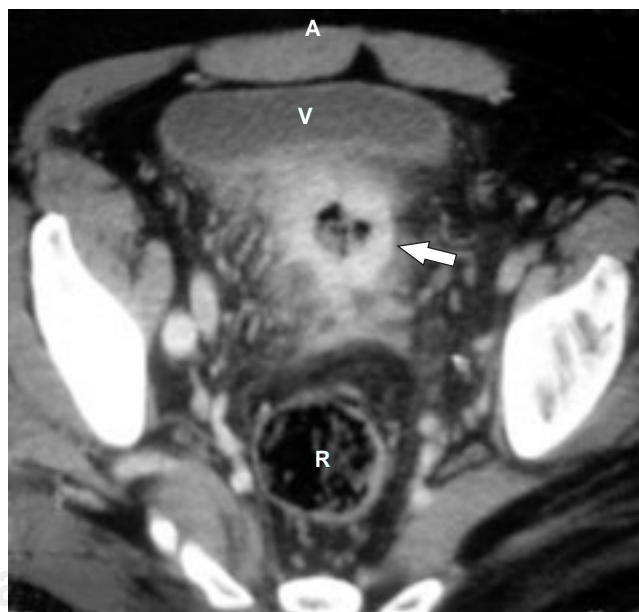


Figura 7. Paciente 2. TAC que muestra una colección abscedada, la cual produce compresión sobre la pared posterior de la vejiga.

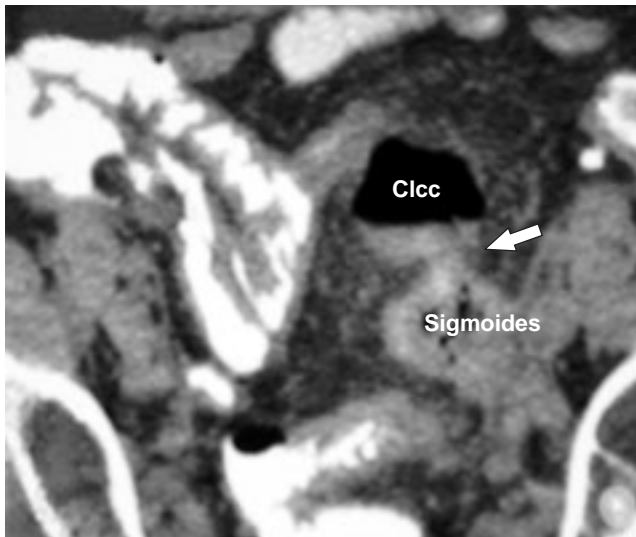


Figura 8. Paciente 3. Tomografía axial que muestra un divertículo perforado con fistulización a una colección pélvica, identificándose un nivel hidroaéreo en la misma (flecha).



Figura 9. Paciente 3. Colon por enema con contraste hidrosoluble que muestra paso del medio de contraste del sigmoides a la colección. Nótese el nivel hidroaéreo en el interior de la misma.



Figura 10. Paciente 3. Corte tomográfico que muestra una colección abdominal adyacente al colon, el cual presenta engrosamiento de su pared, observando un trazo lineal de medio de contraste en su interior (flechas).

COMENTARIO

La evaluación inicial ante un paciente en que se sospecha diverticulitis incluye radiografías simples de tórax y abdomen de pie y decúbito, ultrasonido abdominopélvico, colon por enema, TAC y en algunas ocasiones IRM.² Los hallazgos radiológicos esperados son: neumoperitoneo, niveles hidroaéreos de tipo obstructivo, asa centinela, edema de la pared intestinal, neumaturia, fistulas: colo-vesical, colo-vaginal, salpingo-colónica, colo-entérica, colo-uterina y fistulas colo-venosas. En el caso de complicación con absceso se identifica una masa acompañada de pequeñas burbujas gaseosas. En el ultrasonido se observa una pared intestinal engrosada de más de 4 mm, divertículos inflamados y masas intramurales o pericólicas. La TAC presenta pequeñas burbujas de aire adyacentes a la pared intestinal del colon, compatibles con divertículos, engrosamiento o inflamación de la grasa pericólica, edema de la pared intestinal, existiendo posibilidad de caracterización de una diverticulitis abscedada o fistulizada.²

La diverticulitis aguda complicada se manifiesta a menudo por fiebre, leucocitosis, dolor en la fosa iliaca izquierda y a veces con una masa en dicha zona.² El diagnóstico diferencial debe de incluir la enfermedad inflamatoria intestinal, el síndrome de colon irritable, la colitis isquémica, el cáncer de colon, enfermedades ginecológicas y urológicas.

REFERENCIAS

1. Ye H, Losada M, West AB. Diverticulosis coli: update on a "Western" disease. *Adv Anat Pathol* 2005; 12(2): 74-80.
2. Díaz J, Arcos NA. *Enfoque actual del diagnóstico y tratamiento de la diverticulitis colónica*. Monografías, Linares España 1997; 1: 1-21.
3. Hoffmann RM, Kruis W. Diverticulosis and diverticulitis. *Internist (Berl)* 2005; 46(6): 671-683.
4. Rockey DC, Koch J. Prospective comparison of air-contrast barium enema and colonoscopy in patients with fecal occult blood: a pilot study. *Gastrointest Endosc* 2004; 60(6): 953-958.

