

CASO CLÍNICO

Divertículo gigante del colon transverso complicado con vólvulo, a propósito de un caso

Cecibel Yadira Cevallos Agurto¹, Marión Arlette González Cerón², Freddy Remigio Piña García³

¹ Médico Especialista en Cirugía General - Especialista en Cirugía de Trauma y Emergencias. Hospital General Docente Vicente Corral Moscoso.

² Médico Posgradista Cirugía General Universidad Internacional del Ecuador. Hospital del Río.

³ Médico Especialista en Cirugía General – Especialista en Coloproctología. Hospital General Docente Vicente Corral Moscoso.

Correspondencia: Cecibel Yadira Cevallos Agurto. Md

Correo electrónico:

cecibelca01@gmail.com

Dirección: Av. 24 de Mayo y Av. de las Américas, Cuenca-Ecuador

Código postal: EC 010107

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7862-81>

Teléfono: +593 99 852 4935

Fecha de recepción: 16-02-2024

Fecha de aprobación: 20-03-2025

Fecha de publicación: 30-06-2025

Membrete Bibliográfico

Cevallos CY Divertículo gigante del colon transverso complicado con vólvulo, a propósito de un caso. Rev Médica Ateneo, 27. (1) pág. 107-116.

Artículo acceso abierto.

RESUMEN

Objetivo: Reporte de caso de divertículo gigante de colon, describir su diagnóstico y tratamiento. **Presentación del Caso:** Paciente masculino de 17 años, con dolor, distensión abdominal, náuseas y vómito; la radiografía evidencia gran dilatación de colon derecho y transverso, niveles hidroaéreos. Tomografía computarizada reporta vólvulo del sigmoides/colon descendente. Hallazgos intraoperatorios: vólvulo del colon transverso con rotación de 360 grados, divertículo gigante del tercio medio. Se realizó devolvulación y resección del DGC con anastomosis primaria término terminal. **Conclusiones:** El divertículo gigante de colon necesita diagnóstico oportuno para

evitar complicaciones, su tratamiento es quirúrgico.

Palabras clave: Divertículo, divertículo del colon, Vólvulo, colon transverso, Tomografía.

ABSTRACT

Objective: Case report of giant colon diverticulum, describing its diagnosis and treatment.

Case Presentation: A 17-year-old male patient with pain, abdominal distention, nausea, and vomiting. The X-ray shows significant dilation of the right and transverse colon, with air-fluid levels. A computed tomography scan reports volvulus of the sigmoid/descending colon. **Intraoperative Findings:** Volvulus of the transverse colon with 360-degree rotation, giant diverticulum in the middle third of the transverse colon. Devolvulation and resection of the giant colon diverticulum with primary end-to-end anastomosis were performed.

Conclusions: Giant colon diverticulum requires timely diagnosis to prevent complications, and its treatment is surgical.

Keywords: Diverticulum, colon diverticulum, volvulus, transverse colon, tomography.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad diverticular es una patología muy común, la prevalencia de diverticulosis colónica es del 13,5%, desde 4,9% en adultos jóvenes (< 39 años) a 74,4% en personas > 70 años. El término diverticulitis indica la inflamación peridiverticular de la pared intestinal y del tejido circundante; la diverticulitis complicada sugiere la presencia de abscesos, perforación, fístulas, obstrucción y hemorragia (1).

Se considera divertículo gigante del colon cuando mide 4 cm o más y guarda comunicación con la luz colónica, su ubicación más frecuente es en el colon sigmoideas en un 95% pero puede ocurrir en cualquier porción del colon (2,3).

Fue descrita por primera vez en 1946 por Bouvin y Bonte como “quiste de aire solitario”, “quiste de aire gigante” o “quiste gigante” (4). Su fisiopatología aun es desconocida, sin embargo, se han propuesto diferentes teorías que expliquen su origen; una de ellas lo describe como un divertículo con mecanismo valvular unidireccional de cuello pequeño que permite que el aire entre pero no se expulse causando así un aumento gradual del tamaño del divertículo. (3)

Típicamente se describe al dolor abdominal como el síntoma más frecuente (69%), seguido de estreñimiento (17%), sensación de masa abdominal (17%), vómitos (12%) y diarrea (11%). (1)

La tomografía computarizada es el estudio de elección para realizar un diagnóstico correcto en la mayoría de los casos, se describe como una cavidad llena de gas, líquido y materia fecal, de pared regular que no realza con contraste, solo en casos de proceso inflamatorio (3, 5).

El tratamiento de los divertículos gigantes del colon más frecuentemente empleado es la resección en bloque del divertículo; en escenarios de emergencia se puede realizar la resección y colostomía tipo Hartmann, con las complicaciones inherentes a este procedimiento (5); la resección simple del divertículo es una técnica empleada para casos seleccionados.

El hallazgo de un divertículo gigante del colon transverso es extremadamente raro; hasta el momento hay descrito en la literatura un caso de verdadero divertículo gigante del colon transverso que se acompañó de una hernia inguinal derecha del epiplón mayor, y desde 1946 existen menos de 200 casos reportados (2,6).

A continuación, se describe el único caso de divertículo gigante del colon transverso complicado con vólvulo y compromiso vascular en un paciente joven, en el Hospital Vicente Corral Moscoso, de la ciudad de Cuenca-Ecuador, el objetivo de este artículo es describir el diagnóstico oportuno y tratamiento de esta patología infrecuente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 17 años, admitido en la sala de emergencia con dolor abdominal severo 9/10 en escala de evaluación análoga, de tipo cólico continuo, localizado en epigastrio y mesogastrio de 12 horas de evolución acompañado de

distensión abdominal, náusea que lleva al vómito de tipo alimenticio por varias ocasiones. El paciente tiene antecedentes de múltiples ingestas de cuerpos extraños desde el inicio de la adolescencia.

Al examen físico los signos vitales estaban dentro de parámetros normales. En la exploración abdominal a la palpación presentaba dolor en epigastrio y mesogastrio sin signos sugerentes de irritación peritoneal. El examen de laboratorio mostró los siguientes resultados: glóbulos blancos 11.000 x mm³, neutrófilos: 76%, linfocitos: 16.6%, recuento de plaquetas: 343.000 x mm³, glóbulos rojos: 4.6 x mm³, hemoglobina: 14.2 g/dL, hematocrito: 40.5%, urea: 41.2 mg/dl, creatinina: 0.72mg/dl, aspartato aminotransferasa: 16.9 U/L, alanino aminotransferasa: 12.8 U/L, fosfatasa alcalina: 150 U/L, proteína C reactiva: 29.18 mg/dl, procalcitonina: 5.55 ng/ml, sodio: 136 mmol/L, potasio: 4.12mmol/L, cloro: 101.7mmol/L.

Durante el manejo inicial se colocó una sonda nasogástrica, se obtuvo escaso débito de características intestinales y una sonda rectal sin obtener mejoría del cuadro clínico. Se realiza radiografía de abdomen evidenciando gran dilatación de parte del colon transverso, niveles hidroaéreos y ausencia de gas en la ampolla rectal, presencia de sonda rectal (**Figura 1**).



Figura 1: Radiografía de Abdomen de pie.

Fuente: el Autor.

Año: 2022.

Se efectuó una tomografía simple y contrastada abdominopélvica, la cual reporta marcada distensión de colon ascendente, transverso y descendente, con torsión de asas intestinales y arteria mesentérica superior a nivel del mesogastrio/flanco izquierdo, con signo del remolino. Colon descendente/sigmoides distal, parcialmente colapsado, no se evidencia líquido libre en cavidad. Concluye: Vólvulo del sigmoides/colon descendente (**Figuras 2 y 3**).



Figura 2: Imagen axial TAC de Abdomen.
Fuente: el Autor.
Año: 2022



Figura 3: Imagen coronal TAC de Abdomen.
Fuente: el Autor.
Año: 2022

Se indicó devolvulación endoscópica, la cual resulta fallida y se determina la presencia de vólvulo del colon transverso.

Los hallazgos intraoperatorios fueron: dilatación de colon ascendente y transverso (**Figura 4**), vólvulo del colon transverso con rotación del mesenterio de 360 grados sobre su eje, mesenterio hiperlaxo, con sufrimiento de asa intestinal (**Figura 5**), divertículo gigante del tercio medio del colon transverso en su borde mesentérico que mide 7,5 cm y antimesentérico que mide 10,2 cm (**Figura 6**).



Figura 4: Colon transverso dilatado.
Fuente: el Autor.
Año: 2022



Figura 5: Vólvulo del colon.
Fuente: el Autor.
Año: 2022



Figura 6: Divertículo gigante del colon.
Fuente: el Autor.
Año: 2022

Se realizó devolvulación del colon transverso con reversión de los signos de sufrimiento de asa intestinal, y resección del divertículo gigante y colon transverso de aproximadamente 40 cm de longitud (**Figuras 7**), seguida de anastomosis manual primaria del colon transverso término terminal. El examen histopatológico reveló enfermedad diverticular del colon, diverticulitis.

El paciente fue dado de alta sin complicaciones 5 días después de la cirugía y revalorado a los 30 días, permaneciendo asintomático.



Figura 7: Divertículo gigante del colon resecado,
proyección superior.
Fuente: el Autor.
Año: 2023

DISCUSIÓN

Los divertículos colónicos gigantes por definición son aquellos que miden 4cm o más; aproximadamente el 95% de los casos involucran el colon sigmoide (2), pueden ser aislados, pero en el 85% de casos se asocian a enfermedad diverticular concomitante. (8) Fue descrito por primera vez en 1946 por Bouvin y Bonte, quienes lo llamaban “quiste de aire solitario” entre otros términos. (9)

Según la clasificación de McNutt, existen tres tipos: Tipo I (22%), pseudodivertículo, Tipo II (66%), divertículo inflamatorio y Tipo III (12%), divertículo verdadero que contiene todas las capas de la pared intestinal normal y está en continuidad con la luz intestinal (10). Lo más probable es que los divertículos de tipo III tengan un origen congénito y estén relacionados con un desarrollo embriológico anormal (11), lo que puede justificar la presencia de esta entidad en nuestro paciente joven.

El cuadro clínico es variable, yendo desde casos agudos con complicaciones graves hasta cuadros asintomáticos, 10% (5). En nuestro reporte de caso describimos una complicación infrecuente como lo es el vólvulo del colon transverso asociado al divertículo gigante colónico.

En el 30% - 35% el cuadro clínico se caracteriza por dolor abdominal que puede estar asociado a fiebre, náusea, vómitos, sangrado rectal y estreñimiento (8); en dos tercios de los pacientes se puede llegar a palpar una masa al examen físico (1). En el 15% al 35% de los casos ocurren complicaciones (8), siendo la más común la peritonitis secundaria a la perforación del divertículo gigante del colon, seguida de la formación de abscesos, obstrucción intestinal, vólvulos, infartos (5) y adenocarcinoma en el 2% dentro o distal al divertículo gigante del colon (12).

Nigri G et al realizaron una revisión de 166 pacientes demostrando que el dolor abdominal fue el síntoma más común (69% de los casos), seguido del estreñimiento (17%) y sensación de masa abdominal (17%); entre los datos físicos, el 48% presentó masa abdominal y el 20% fiebre (5).

Los estudios de elección para realizar un adecuado diagnóstico de esta entidad son la radiografía y la tomografía abdominal (12), el enema de bario y la colonoscopia son poco útiles debido a que no pueden detectar pequeños orificios y pueden generar perforaciones. (13)

El tratamiento representa un desafío, dependiendo de la inflamación de los divertículos gigantes del colon y de las complicaciones presentes; la resección del divertículo y el colon adyacente con anastomosis primaria, con o sin ileostomía de derivación temporal, es el tratamiento recomendado para los divertículos gigantes del colon sin complicaciones (12).

En este caso inicialmente se realizó la devolvulación del colon transverso y posteriormente se efectuó la resección del divertículo con posterior anastomosis término terminal. En los casos donde hay complicaciones como inflamación aguda, perforación con peritonitis o abscesos, la colostomía tipo Hartmann puede ser factible con restitución del tránsito intestinal diferida.

El abordaje laparoscópico es una opción factible en algunos pacientes, según el tamaño del divertículo y afectación de las estructuras circundantes (12).

Rara vez se recomienda la diverticulectomía sola, debido al mayor riesgo de recurrencia y una rara asociación con adenocarcinoma de colon (14).

De manera esporádica se han reportado con resultados exitosos el drenaje percutáneo (15) o manejo no operatorio, en pacientes muy bien seleccionados (13).

CONCLUSIONES

El divertículo gigante del colon es una patología poco frecuente y escasamente descrita en la literatura. Se presenta con una clínica amplia que sugiere diversas patologías abdominales, debiendo descartarlas realizando un diagnóstico oportuno empleando técnicas de imagen como la radiografía y la Tomografía Axial Computarizada.

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica del divertículo y reparo primario; en escenarios de emergencia se puede plantear una colostomía tipo Hartmann con reparo diferido, aunque existen en la literatura reportes de manejo conservador exitoso en pacientes seleccionados.

Es fundamental realizar un diagnóstico oportuno para prevenir complicaciones; aunque el paciente presentó como complicación un vólvulo, mediante la intervención quirúrgica temprana se pudo evitar mayores complicaciones como necrosis, perforaciones, abscesos y peritonitis.

Contribución del autor (s)

Cevallos C: Concepción y diseño del autor. Recolección de datos, revisión bibliográfica, escritura y análisis del artículo con lectura y aprobación de la versión final.

Información del autor (s)

Cecibel Cevallos Médico Especialista en Cirugía General, Subespecialista en Cirugía de Trauma y Emergencias. Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca. Cuenca-Ecuador.

Disponibilidad de datos

Los datos fueron recolectados de revistas y bibliotecas virtuales y está a disposición.

Declaración de intereses

El autor no reporta conflicto de intereses.

Autorización de publicación

El autor autoriza su publicación en la revista Ateneo. El autor enviará firmado un formulario que será entregado por el Editor.

Consentimiento informado

El autor (s) envía al Editor, el consentimiento informado firmado por el paciente o sus representantes, previo a su publicación, en caso de investigación en seres humanos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schultz JK, Azhar N, Binda GA, Barbara G, Biondo S, Boermeester MA, Chabok A, Consten ECJ, van Dijk ST, Johanssen A, Kruis W, Lambrichts D, Post S, Ris F, Rockall TA, Samuelsson A, Di Saverio S, Tartaglia D, Thorisson A, Winter DC, Bemelman W, Angenete E. European Society of Coloproctology: guidelines for the management of diverticular disease of the colon. *Colorectal Dis.* 2020 Sep;22 Suppl 2:5-28. doi: 10.1111/codi.15140. Epub 2020 Jul 7. PMID: 32638537.
2. Macht R, Sheldon HK, Fisichella PM. Giant colonic diverticulum: a rare diagnostic and therapeutic challenge of diverticular disease. *J Gastrointest Surg* 2015;19:1559–60.
3. Di Grezia G, Gatta G, Rella R, Donatello D, Falco G, Grassi R. Abdominal hernias, giant colon diverticulum, GIST, intestinal pneumatosis, colon ischemia, cold intussusception, gallstone ileus, and foreign bodies: Our experience and literature review of incidental gastrointestinal MDCT findings. Vol. 2017, BioMed Research International. Hindawi Limited; 2017.
4. Hughes wl, greene rc. Solitary air cyst of peritoneal cavity. *Ama Arch Surg.* 1953;67(6):931–936. doi:10.1001/archsurg.1953.01260040944016
5. Nigri G, Petrucciani N, Giannini G, Aurello P, Magistri P, Gasparrini M, Ramacciato G. Giant colonic diverticulum: clinical presentation, diagnosis and treatment: systematic review of 166 cases. *World J Gastroenterol.* 2015 Jan 7;21(1):360-8. doi: 10.3748/wjg.v21.i1.360. PMID: 25574112; PMCID: PMC4284356.
6. Yoon SE, Lee YH, Yoon KH, Kim EA, Choi SS, Juhng SK, Yun KJ, Park WC. Complicated giant diverticulum of the transverse colon accompanied by right inguinal hernia of the greater omentum. *Br J Radiol.* 2007; 80(957): e201–e204.(5)

7. Sofii I, Pua Upa AF, Gunadi. Giant diverticulum of the transverse colon mimicking gastrocolic fistula: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2020;77:809-812. doi: 10.1016/j.ijscr.2020.11.076. Epub 2020 Nov 19. PMID: 33395901; PMCID: PMC7724084.
8. Zeina AR, Nachtigal A, Matter I, Benjaminov O, Abu- Gazala M, Mahamid A, Kessel B, Amitai M. Giant colon diverticulum: clinical and imaging findings in 17 patients with emphasis on CT criteria. *Clin Imaging* 2013; 37: 704-710 [PMID: 23312457 DOI: 10.1016/j.clinimag.2012.11.004]
9. Olakowski M, Jabłońska B, Lekstan A, Szczęsny-Karczewska W, Pilch-Kowalczyk J, Kohut M. Gastrointestinal image: a true giant transverse colon diverticulum. *J Gastrointest Surg.* 2011 Jul;15(7):1289-91. doi: 10.1007/s11605-011-1462-5. Epub 2011 Mar 15. PMID: 21404077; PMCID: PMC3116123.
10. Baquero-Serrano M. A, López-Martínez L. A, Lubinus-Badillo F. G, Higuera-Escalante E. A, , Rey-Grass C. A. Divertículo colónico gigante: Dos nuevos casos en la literatura. *MedUNAB [Internet].* 2017;20(2):235-243.
11. Steenvoorde P, Vogelaar FJ, Oskam J, Tollenaar RA. Giant colonic diverticula. Review of diagnostic and therapeutic options. *Dig Surg* 2004; 21: 1-6; discussion 6 [PMID: 14631129 DOI: 10.1159/000074833]
12. Syllaios A, Daskalopoulou D, Bourganos N, Papakonstantinou A, Triantafyllou E, Koutras A, Georgiou C. Giant colonic diverticulum-a rare cause of acute abdomen. *J Surg Case Rep.* 2018 Feb 7;2018(2):rjy009. doi: 10.1093/jscr/rjy009. PMID: 29435218; PMCID: PMC5801602.
13. Toiber-Levy M, Golffier-Rosete C, Martínez-Munive A, Baquera J, Stoppen ME, D'Hyver C, Quijano-Orvañanos F. Giant sigmoid diverticulum: case report and review of the literature. *Gastroenterol Clin Biol* 2008; 32: 581-584 [PMID: 18353583 DOI: 10.1016/j.gcb.2008.01.020]
14. Sassani P, Singh H, Gerety D, et al. Giant Colonic Diverticulum: Endoscopic, Imaging, and Histopathologic Findings. *The Permanente Journal.* 2008; 12 (1).
15. Singh AK, Raman S, Brooks C, et al. Giant Colonic Diverticulum: Percutaneous Computed Tomography-Guided Treatment. *Journal of Computed Assisted Tomography.* 2008; 32 (2): 204–206