

# Diferentes formas de presentación del divertículo colónico derecho

Autores: Dr. Ortega Germán

Dra. Yarade Emilia

Dra. Serpa Luisina

Dra. Cabrera Gabriela

Dra. Caucota Nadia

Dr. Salvador Diego

*i* Imagen  
*LC* Clara

# Introducción

Las diferentes formas de presentación del divertículo colónico derecho constituyen un verdadero desafío para el especialista. Debido a que se trata de una patología relativamente rara, es necesario conocer sus formas de presentación para poder realizar un diagnóstico correcto. De ello depende que el paciente sea o no sometido a un procedimiento quirúrgico.

# Objetivos

- Conocer las formas de presentación de la patología.
- Diferenciar las características imagenológicas.
- Advertir las complicaciones.

# Revisión del tema

La gran mayoría de las diverticulosis son asintomáticas, siendo más frecuentes los del colon sigmoide e izquierdo (90%), en mayores de 40 años, geográficamente ubicados en el hemisferio occidental, relacionados con la falta de fibra aportada con los alimentos. Y aquellos localizados en colon derecho son menos frecuentes (10%), se desarrollan a cualquier edad, con mayor prevalencia en países del hemisferio oriental, de etiología congénita. Por esta razón pasan desapercibidos al momento del diagnóstico, lo que aumenta el riesgo de complicaciones.

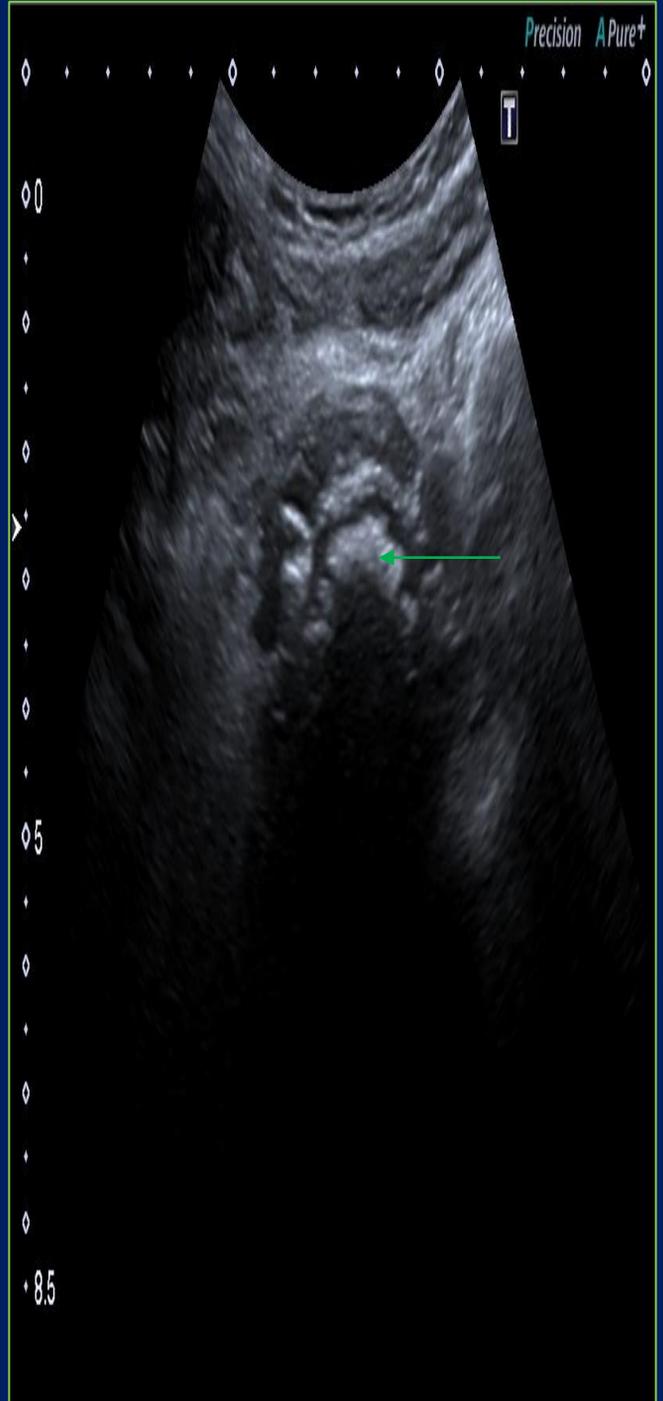
# Estudios imagenológicos para el diagnóstico

- Colon por enema con Bario.
- Colon por enema con contraste hidrosoluble.
- Tomografía Axial Computada (TAC).
- Ecografía abdominal.
- Videocolonoscopía (VCC).
- Colonoscopia virtual.

# Formas de presentación

# Simulando una masa tumoral

Paciente femenino, de 16 años de edad que consulta por dolor abdominal, de 10 días de evolución, localizado en fosa ilíaca derecha, asociado con una masa palpable a dicho nivel.



A nivel pelviano derecho se identifica una formación nodular sólida (flecha amarilla), con áreas calcificadas de 38 mm de diámetro (flecha verde). La misma se encuentra en contacto con el ovario derecho, aunque la estructura ovárica se observa normal. No presenta alteraciones intestinales regionales.



Cortes axial y coronal de tomografía computada de abdomen y pelvis, que muestran una formación nodular a nivel pelviano derecho, que presenta contenido graso, cálcico y burbujas de gas; en íntima relación con ciego, íleon y anexo derecho (flechas amarillas).



Pieza quirúrgica de hemicolectomía derecha donde se pone en evidencia la presencia del divertículo (imagen derecha).

# Anatomopatología

- Examen macroscópico: resección cecal que mide 10 cm de longitud con íleon de 8 cm; lesión submucosa diverticular con contenido fecaloide que mide 8 x9 x7 cm con mucosa plasa; el resto de la mucosa sin alteraciones .
- Examen microscópico: en los cortes histológicos se observa a nivel de la lesión diverticular revestimiento mucoso conservado colónico con moderado infiltrado inflamatorio crónico linfocitario con pared muscular propia . contenido de material fecoaloide. el resto del la mucosa intestinal colónica e ileal sin alteraciones

# Simulando una apendicitis

Paciente masculino, 30 años de edad, que consulta por dolor de comienzo súbito, intenso, localizado en flanco y fosa ilíaca derecha, acompañado de fiebre y malestar general.



Cortes coronales de tomografía de abdomen y pelvis, donde se observa inflamación focal del colon ascendente, asociado a cambios inflamatorios de la grasa mesentérica (flecha verde) y una imagen redondeada de 10 milímetros (flecha amarilla).



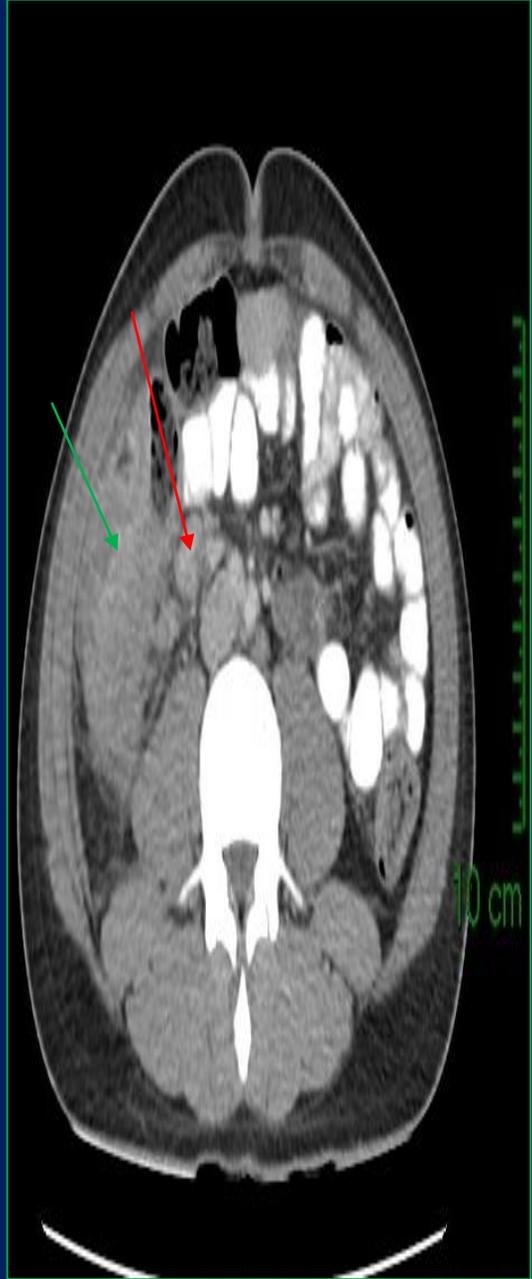
El paciente tuvo una mejoría clínica luego de la administración de antiinflamatorios y antibióticos.

# Simulando una tuberculosis intestinal

Paciente oriundo de Bolivia, que consulta por dolor abdominal crónico, de aproximadamente 30 días de evolución, pérdida de peso y astenia generalizada; con antecedentes de tuberculosis pulmonar.



Cortes axiales tomográficos de abdomen que muestran engrosamiento circunferencial irregular a nivel del ciego (flecha amarilla), asociado a un esmerilado de la grasa intraperitoneal adyacente (flecha verde) y presencia de estructuras ganglionares centimétricas (flecha roja).



El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico para divertículo de colon, descartando tuberculosis intestinal.

# Complicaciones

- Inflamación (diverticulitis).
- Perforación.
- Hemorragia.

# Diagnósticos diferenciales

- Apendicitis aguda.
- Adenitis mesentérica.
- Enfermedad de Crohn.
- Carcinoma cecal.
- Úlcera péptica perforada.
- Tiflitis autoinmune.
- Pielonefritis.
- Tumores.
- Tuberculosis intestinal.
- Embarazo ectópico.
- Torsión quiste ovárico.

# Conclusión

Es importante tener en cuenta esta patología y sus diferentes formas de presentación cuando se evalúan pacientes con dolor en fosa ilíaca derecha, para no pasarla por alto y disminuir el riesgo de complicaciones asociadas a ella.

# Bibliografia

- Tursi A., Diverticulosis today: unfashionable and still under-researched. *Therapeutic Advances in Gastroenterology*. 2016; 9(2): 213–228.
- Telem D, Buch K, Nguyen S, Chin E, Weber K, Divino C. Current Recommendations an Diagnosis and Management of Right-Sided diverticulitis. 2009;359-485.
- Lembcke B, J; Frankfurt / M; Strobel D, Erlangen; Dirks K, Winnenden; Ultrasound Obtains Pole Position for Clinical Imaging in Acute Diverticulitis. *DEGUM-Mitteilungen*. 2015; 30, 191-195.
- 4.Hall J, Hammerich K, Roberts P. New paradigms in the management of diverticular disease. 2010;47:680-735.

Gracias por su  
atención

Correo electrónico:  
[german140587@gmail.com](mailto:german140587@gmail.com)