

Hallazgos radiológicos en el diagnóstico de la diverticulitis complicada

Sara de la Mano González, Juan Carlos Paniagua Escudero, M
Teresa Garzón Guiteria, Blanca Prieto García, Piedad Arias
Rodríguez, Andrea Verdú Seguí.

Objetivo docente

Describir los hallazgos radiológicos de las complicaciones de la diverticulitis a través de una revisión de casos recogidos en nuestro hospital.

Revisión del tema

Los hallazgos radiológicos de la diverticulitis no complicada incluyen engrosamiento y realce mural con cambios inflamatorios en la grasa mesentérica adyacente.

La severidad de la inflamación, la localización del segmento intestinal afectado y las complicaciones locales y a distancia han de ser determinadas mediante TC.

La clasificación que habitualmente establece los grados de diverticulitis es la de Hinchey modificada:

- Grado Ia: flemón pericólico.
- Grado Ib: absceso pericólico/mesocólico.
- Grado II: absceso pélvico, intraabdominal o retroperitoneal.
- Grado III: peritonitis purulenta generalizada.
- Grado IV: peritonitis fecaloidea. Constituye la forma más grave.

Revisión del tema

La diverticulitis complicada puede implicar tratamiento quirúrgico. Las complicaciones de las diverticulitis incluyen: perforación, flemón y abscesos, trombosis y flebitis, fístulas, obstrucción intestinal y hemorragia.

Perforación

La perforación por diverticulitis colónica es más frecuente en el colon descendente. Los signos directos de perforación comprenden la presencia de aire extraluminal, discontinuidad de la pared del asa intestinal y extravasación del contraste oral. Puede ser una perforación contenida (Fig.1) o no contenida (Fig.3 y Fig.4), intra o retroperitoneal con peritonitis secundaria. También se puede visualizar aire endovascular a nivel de vena porta/mesentérica.

Flemón y abscesos.

El flemón presenta mayor densidad que la grasa mesentérica y realce heterogéneo tras contraste, adyacente a la diverticulitis. El absceso es una colección con realce periférico que puede contener aire. Los abscesos pueden localizarse peri/mesocólicos (Fig.2), pélvicos (Fig.3), retroperitoneales (Fig.7-8) o a distancia, con mayor frecuencia al hígado.

La TC proporciona información sobre el tamaño y localización del absceso y sirve como guía en caso de drenaje percutáneo.

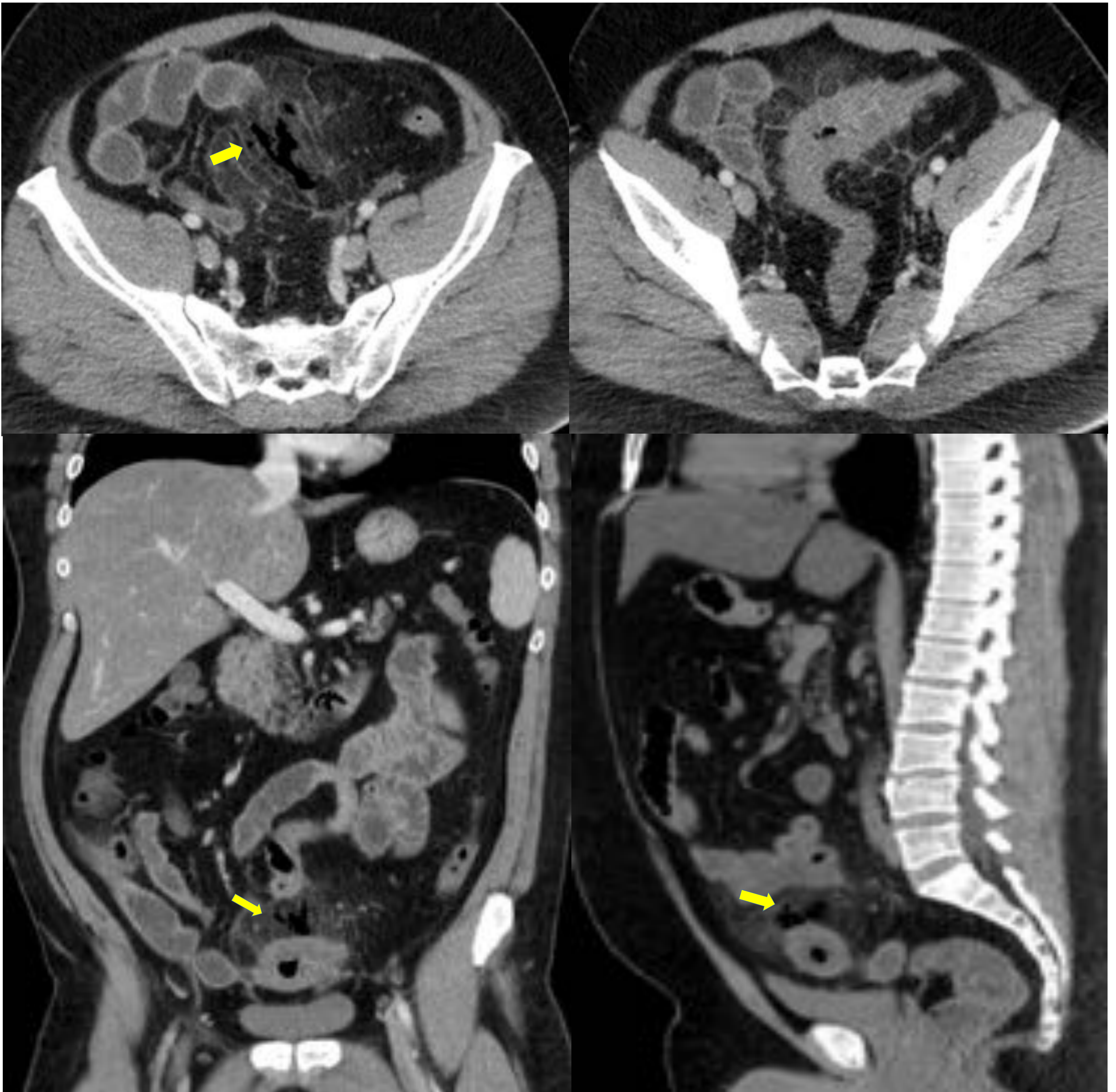


Fig. 1. Perforación localizada como complicación de diverticulitis sigmoidea. Aire extraluminal en mesosigma (flecha), engrosamiento parietal sigmoideo y trabeculación de planos grasos.

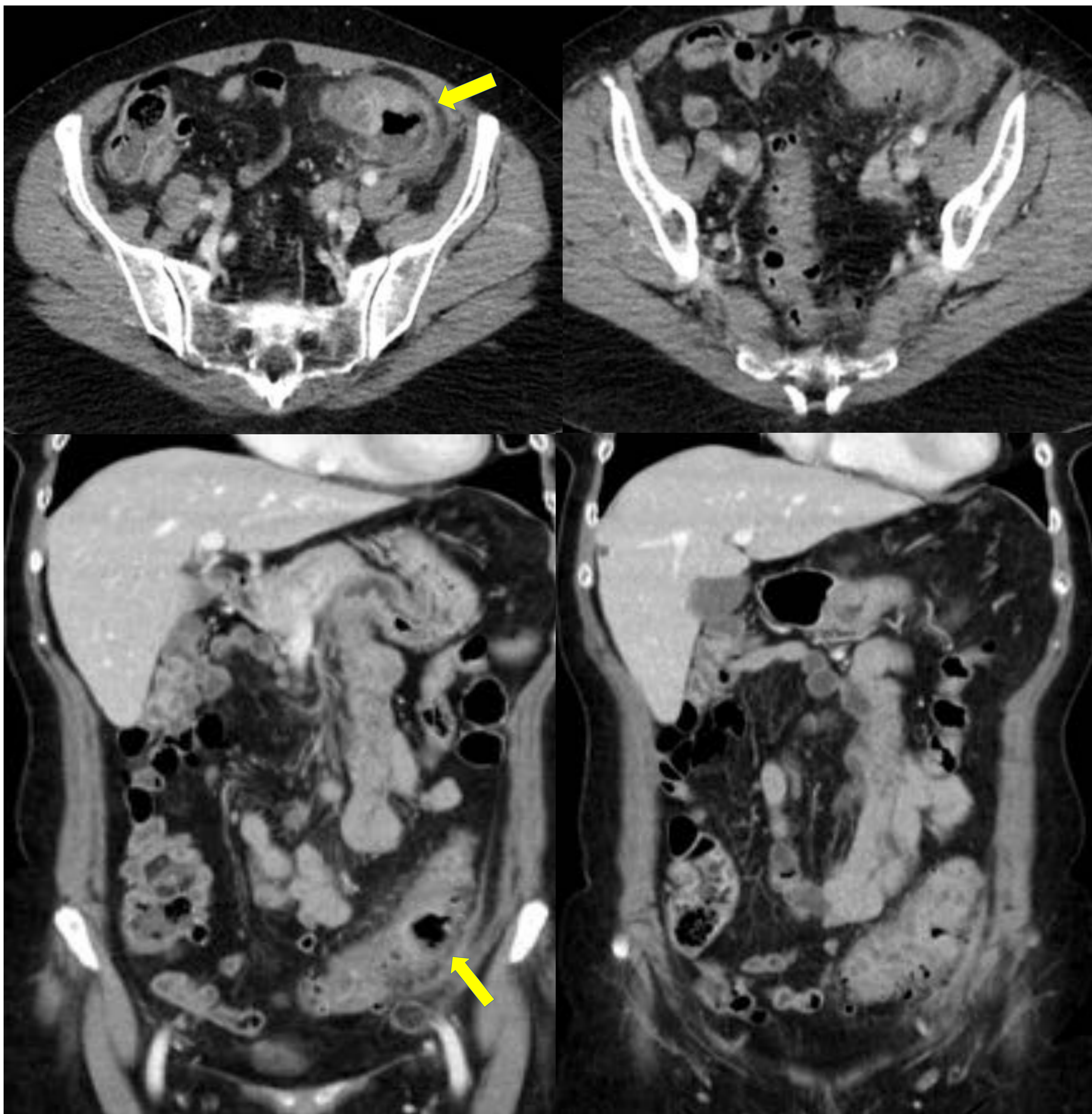


Fig.2. Absceso pericólico (flecha) secundario a diverticulitis aguda sigmoidea.

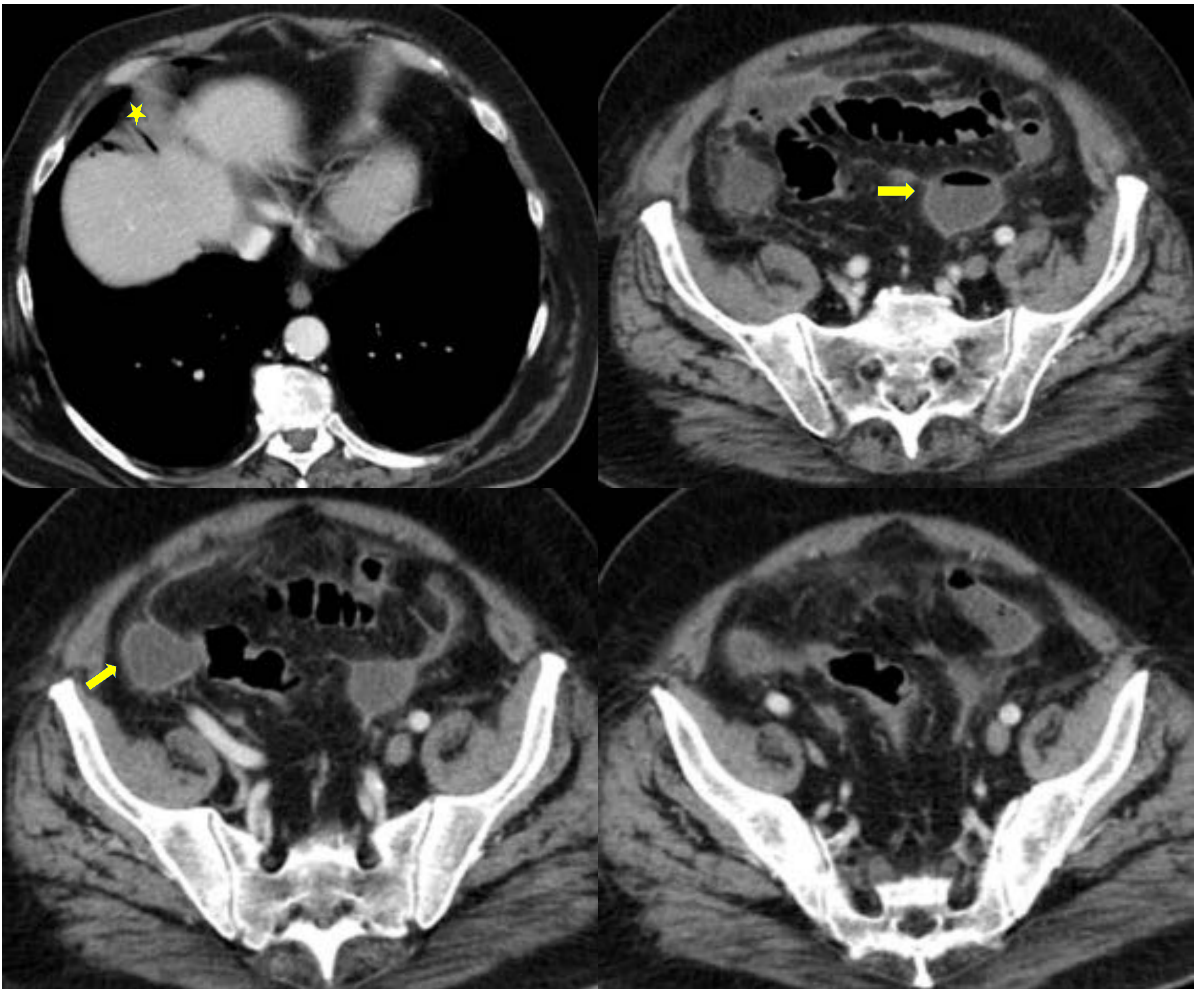


Fig.3. Perforación no contenida con múltiples abscesos (flecha) en región pélvica secundarios a diverticulitis sigmoidea. Aire extraluminal subdiafragmatico derecho (asterisco) y múltiples colecciones con realce periférico en pelvis.

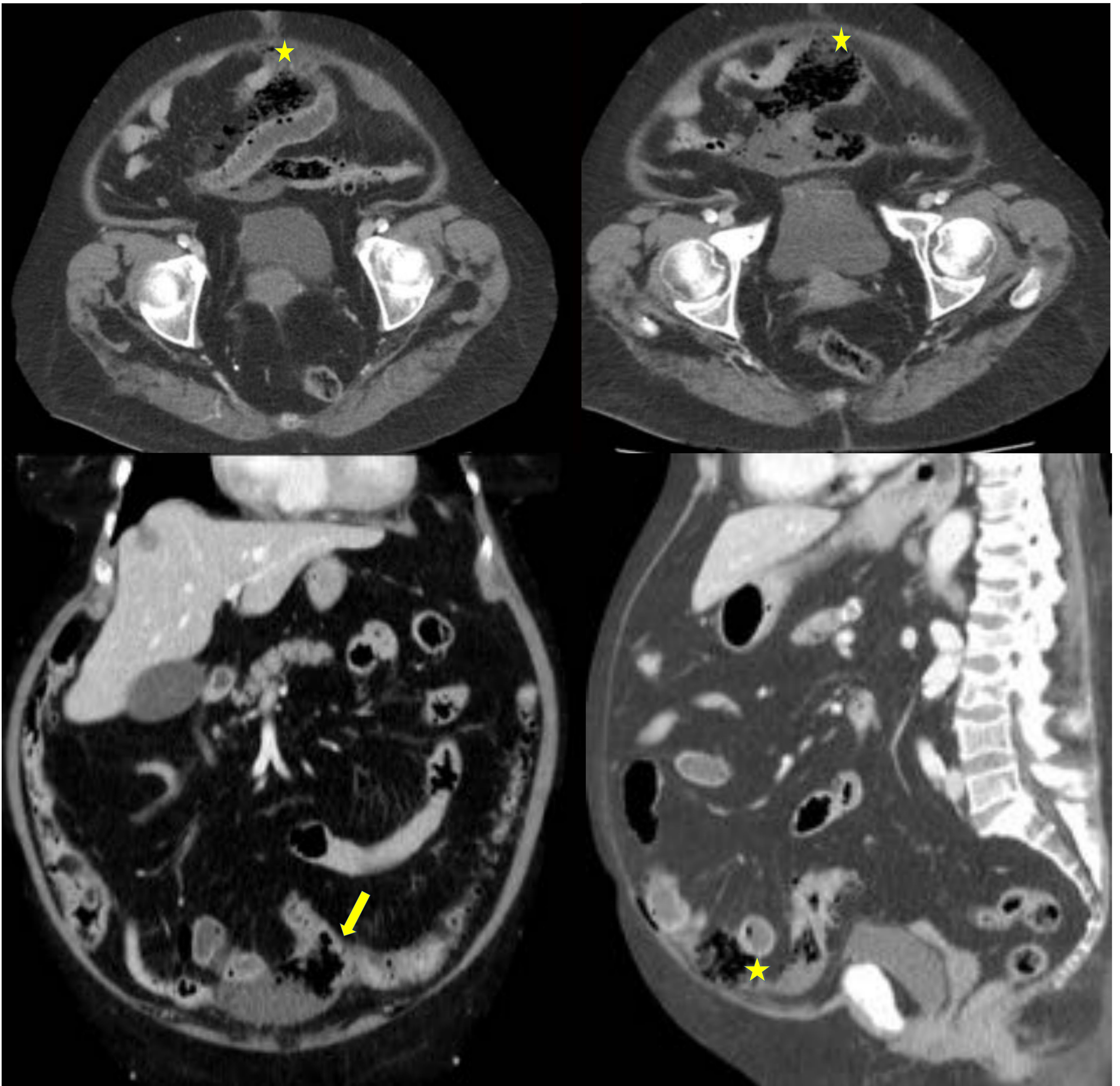


Fig.4. Perforación y peritonitis fecaloidea secundaria a diverticulitis sigmoidea. Solución de continuidad parietal de 2cm en sigma proximal(flecha) que asocia colección con patrón en “miga de pan” en hipogastrio (asterisco).

Revisión del tema

Flebitis/trombosis

La diverticulitis es la causa más frecuente de tromboflebitis séptica de las venas mesentéricas, porta o VCI. Se objetiva defecto de repleción o gas endovascular. En el caso de trombosis portal se pueden visualizar áreas de hipoatenuación en el parénquima hepático como alteraciones de perfusión. La trombosis en VCI puede asociar émbolos sépticos.

Fístula en órganos adyacentes

Las fístulas más habituales son colo-vesical, colo-entérica y colo-uterina. La presencia de gas endovesical y engrosamiento parietal de la vejiga sugiere fístula colovesical (Fig.6).

Obstrucción intestinal

La obstrucción secundaria al proceso inflamatorio suele ser parcial en etapa aguda aunque la fibrosis crónica puede producir obstrucciones severas (Fig.9). Se debe incluir en el diagnóstico diferencial la neoplasia . El engrosamiento concéntrico favorece el diagnóstico de diverticulitis.

Hemorragia

Más frecuente en diverticulitis crónica. Se visualiza contenido hiperdenso endoluminal en TC sin contraste y extravasación activa del contraste en fase arterial (Fig.10).

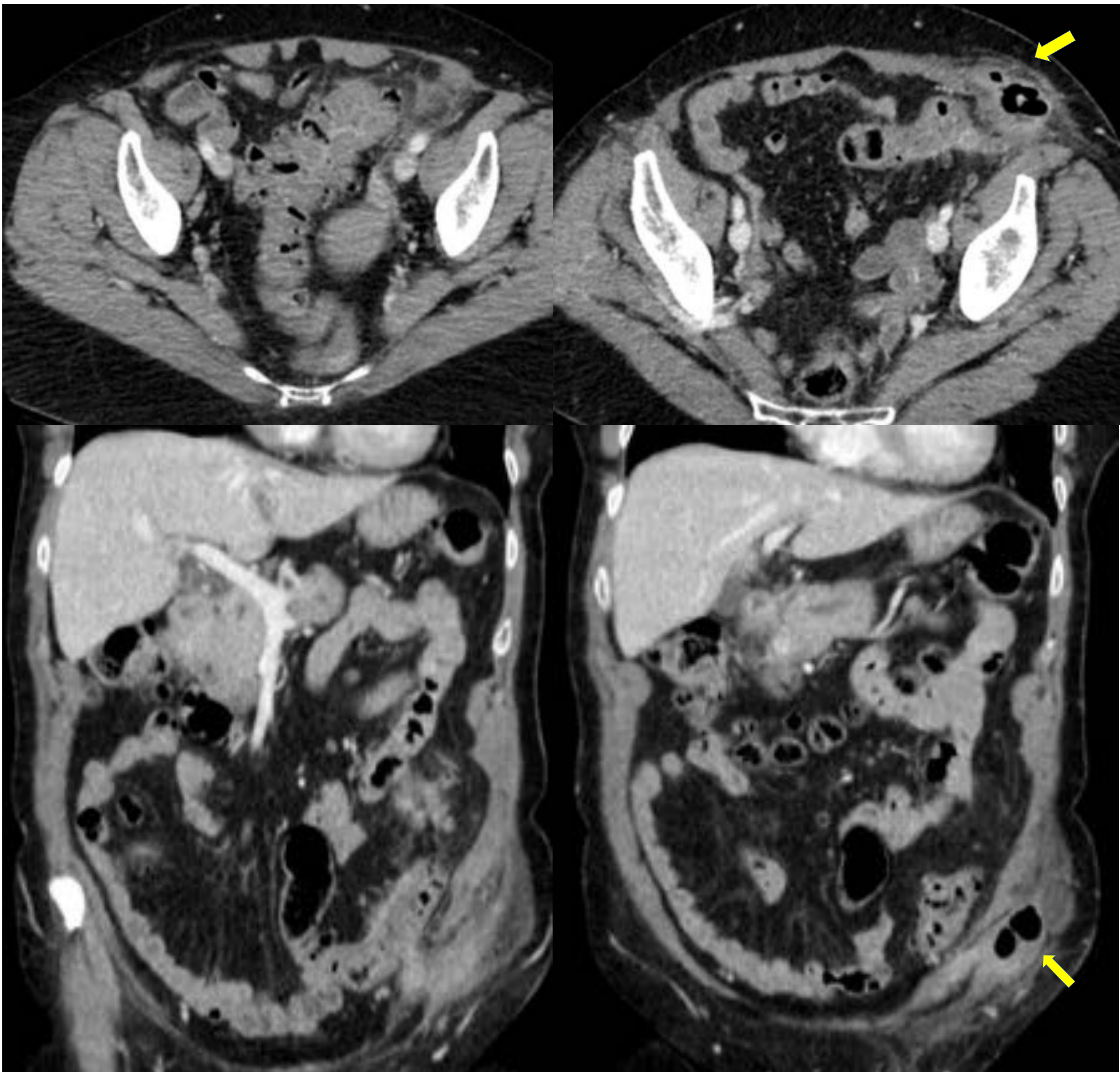


Fig.5. Absceso en pared abdominal anterior izquierda secundario a fístula colocutánea por diverticulitis en sigma proximal. Colección con nivel hidroaéreo (flechas) lateral a musculo recto anterior izquierdo, próxima al engrosamiento parietal sigmoideo.

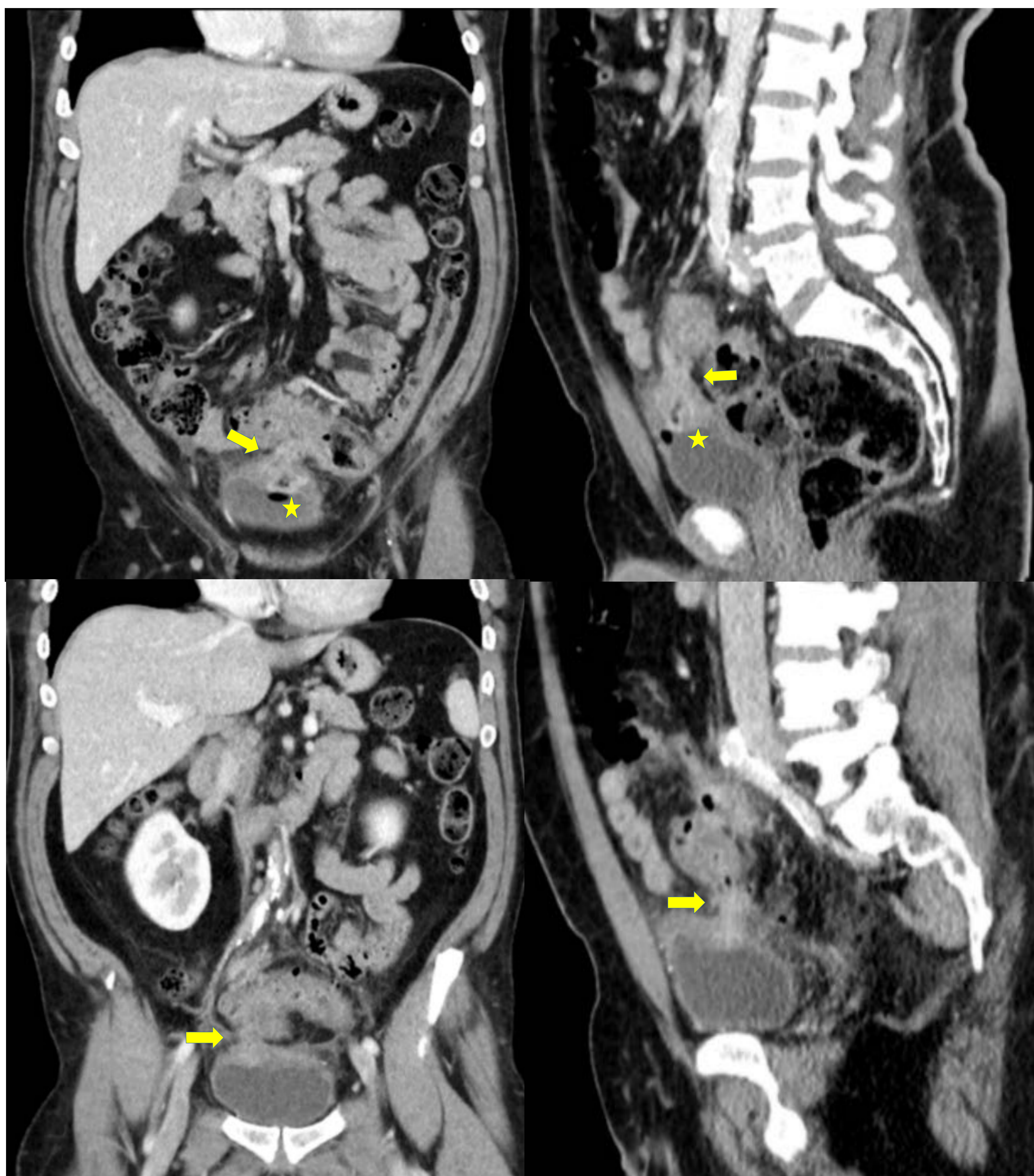


Fig.6. Diverticulitis sigmoidea complicada con fistulas colovesicales. Engrosamiento circunferencial del tercio medio del sigma con dos trayectos fistulosos (flechas) hacia vejiga con presencia de realce y engrosamiento parietal cúpula vesical y gas endovesical (asterisco).

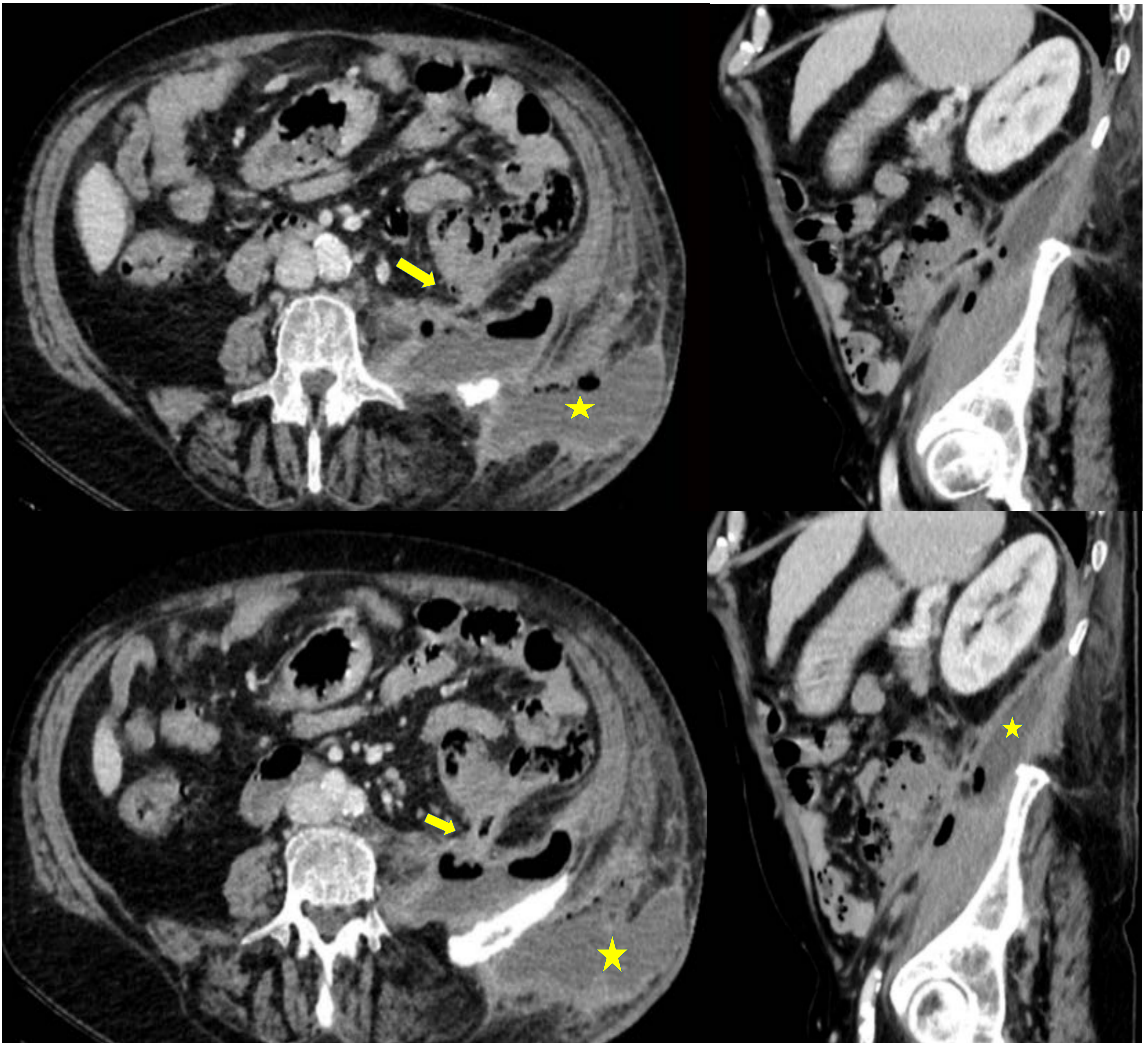


Fig.7. Extensa colección abscesificada retroperitoneal (flecha) secundaria a diverticulitis sigmoidea con fistulización a pared abdominal posterior con absceso subcutáneo (asterisco).

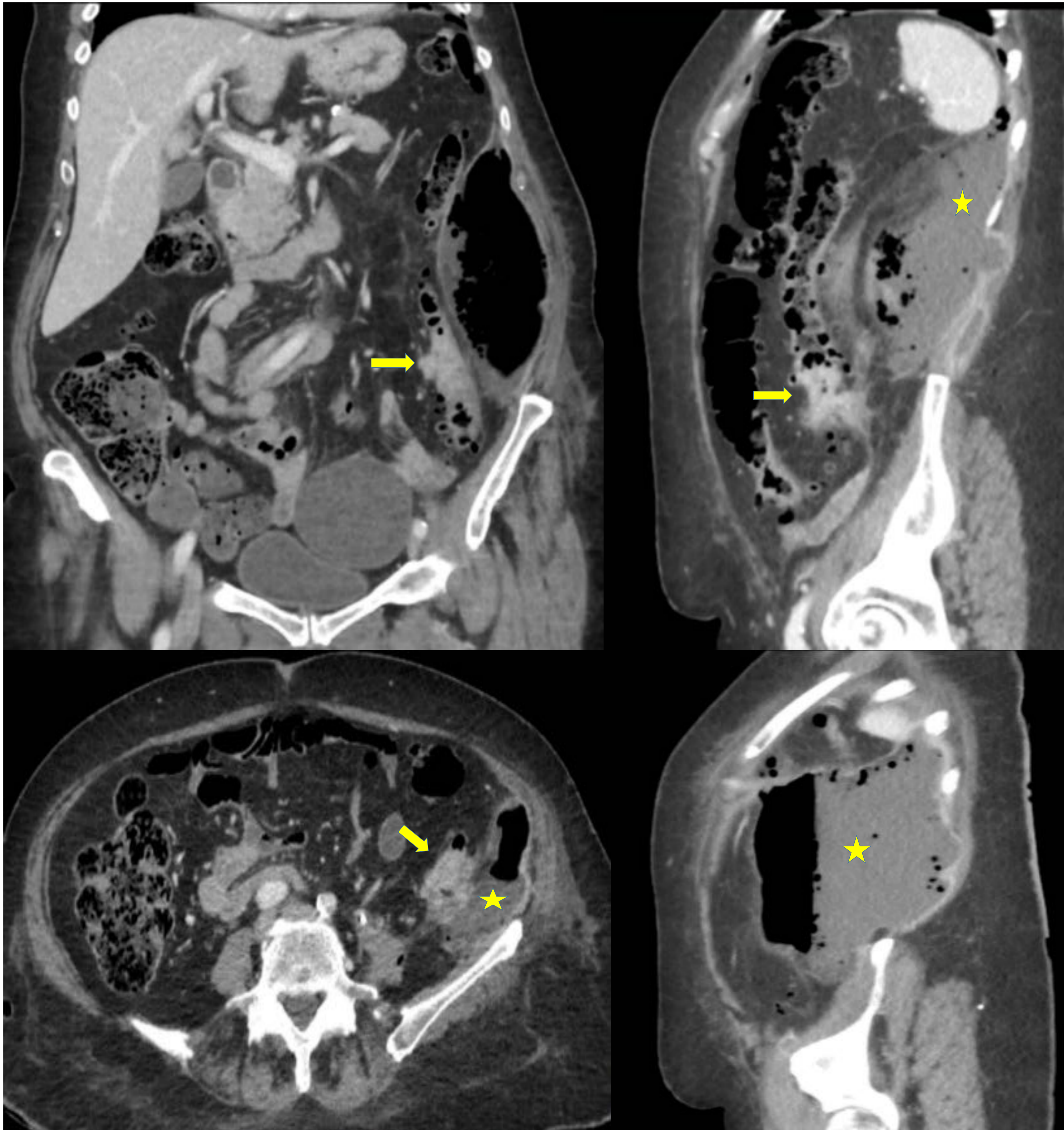


Fig 8. Engrosamiento y realce parietal en colon descendente (flecha) con gran absceso en gotiera paracolica izquierda (asterisco). La endoscopia reveló la presencia de una neoplasia colónica.

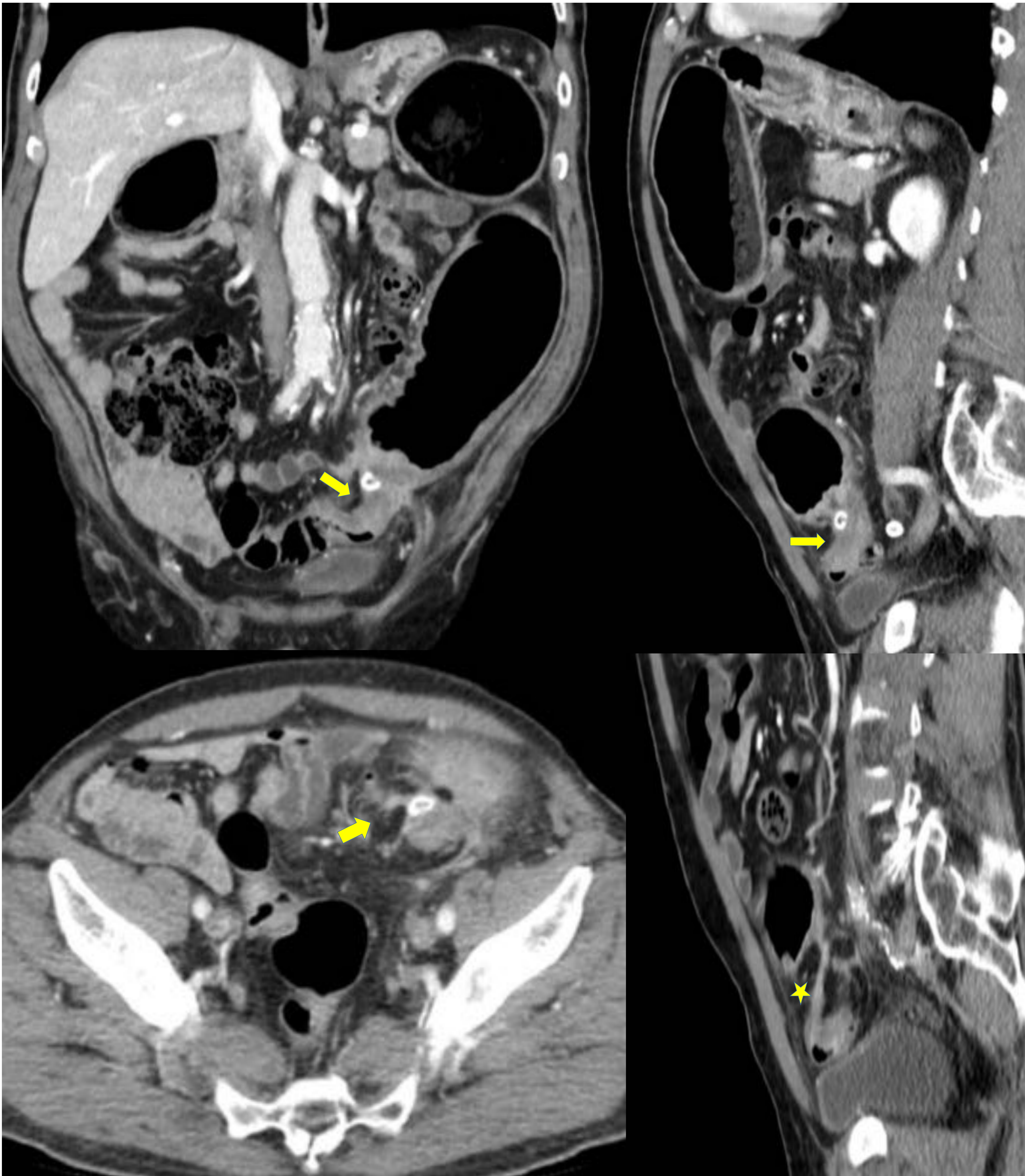


Fig.9. Obstrucción intestinal secundaria a diverticulitis crónica sigmoidea con fistula colocólica asociada. Engrosamiento mural y estenosis (flechas) en sigma proximal que condiciona marcada dilatación del colon.

Imagen diverticular calcificada en región de estenosis.

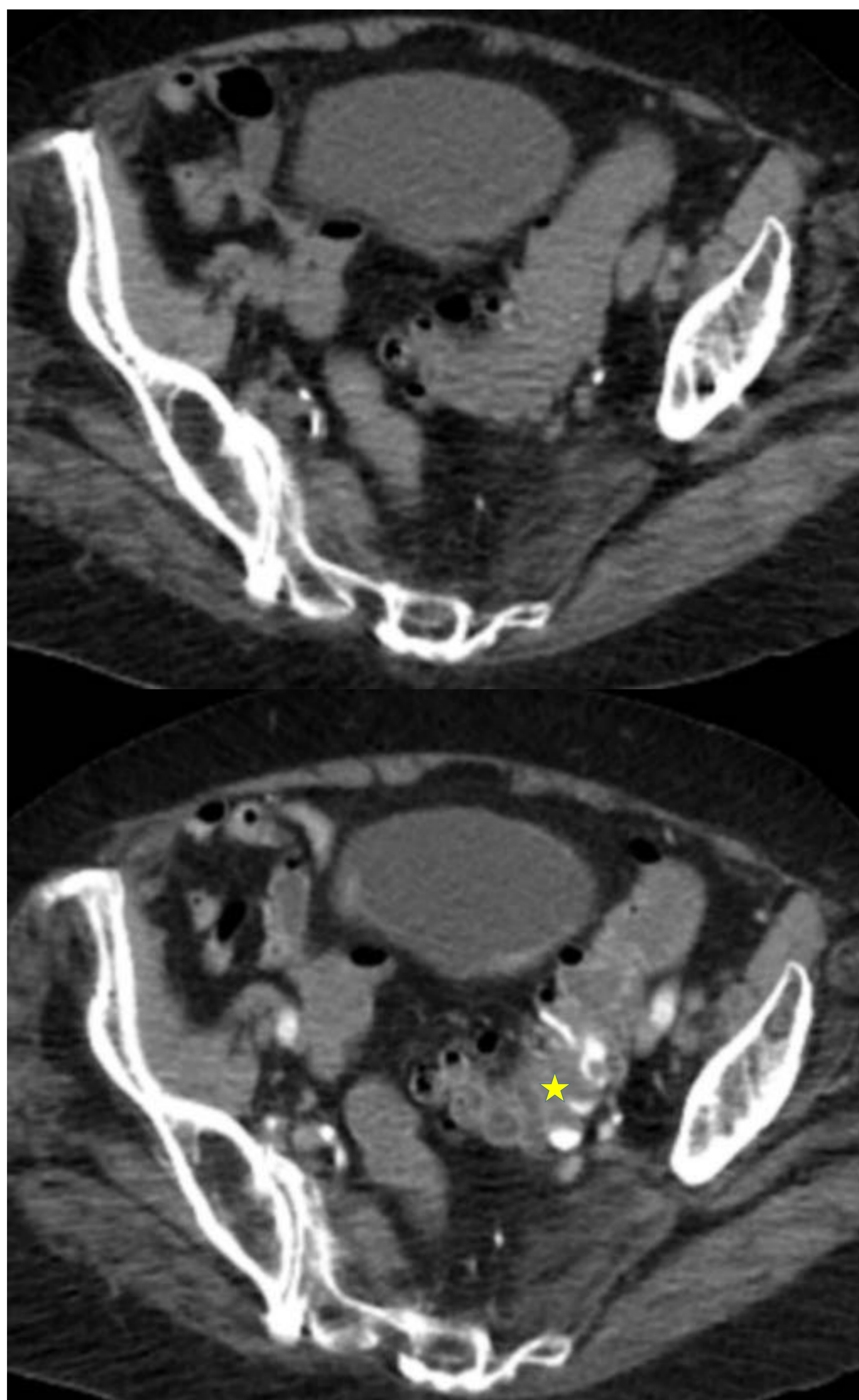


Fig.10. Hemorragia diverticular sigmoidea.
Engrosamiento parietal sigmoideo con extravasación
de contraste endoluminal a nivel diverticular
(asterisco).

Conclusiones

- El diagnóstico mediante TC de diverticulitis como causa subyacente de una complicación severa puede ser difícil si es la forma de presentación de dicha patología.
- Perforación, flemón y absceso, flebitis/trombosis, fístula, obstrucción intestinal y hemorragia son complicaciones que deben ser diagnosticadas y tratadas en la mayor brevedad posible.