



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 199/28 - DIVERTICULITIS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DEL CÁNCER DE COLON

E. Espinola Coll<sup>a</sup>, B. García Gollonet<sup>b</sup>, A. Bernal Hinojosa<sup>c</sup>, J. Cano García<sup>d</sup> y E. Gallego Castillo<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año; <sup>e</sup>Médico de Familia. CS Coín. Málaga. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año. CS San Andrés Torcal. Málaga. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año. CS Carranque. Málaga.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 52 años de edad. No alergias medicamentosas. Acude por dolor abdominal y fiebre de una semana de evolución acompañado de estreñimiento. Ante la persistencia de síntomas y la exploración física, se deriva a Urgencias, se diagnostica de diverticulitis aguda y es ingresado para tratamiento médico con antibióticos. Al cabo de los meses, acude de nuevo a consulta, refiere desde el ingreso tiene clínica de dispepsia, digestiones pesadas, sensación de plenitud abdominal. Previamente 1 o 2 deposiciones diaria, ahora heces son más escasas, rectorragia. Solicitamos *Helicobacter pylori*, sangre oculta en heces, colonoscopia y derivamos a consultas externas de digestivo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente, orientado. Auscultación cardiorrespiratoria: Tones rítmicos sin soplos. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en fosa iliaca izquierda, sin masas ni megalías. Hemoglobina 14,3 g/dl, leucocitos  $21,5 \times 10^9$ /neutrófilos 68,5% Tiempo de protrombina 68%, amilasa 31 U/L. Lactato deshidrogenasa 260 U/L. Aspartato transaminasa 20 U/L. Proteína C reactiva 446 mg/L. TAC urgencias: hígado de tamaño normal, sin dilatación de la vía biliar intrahepática. LOEs subcentimétricas una en segmento II y en segmento VIII, en relación con quistes hepáticos simples, Engrosamiento mural, divertículos, así como rarefacción de la grasa circundante, Craneal al asa patológica, se visualiza una colección de  $4,4 \times 2,6 \times 3,3$  cm. Colonoscopia urgente: en recto, a 10 cm de margen anal se extirpa con asa, polipo de aspecto adenomatoso, menor de 1 cm (adenoma tubular con focos de displasia de bajo grado) Se objetiva estenosis puntiforme de la luz, con mucosa adyacente mamelonada, excrecente, con sangrado espontáneo. Colonoscopia virtual: a 25 cm de margen anal, en colon sigmoide se objetiva lesión de 5 cm, con disminución de la luz de un 75%, de aspecto mamelonado en relación a proceso neoformativo a dicho nivel. TAC abdomen-pelvis: segmento de 4 cm de longitud, con engrosamiento mural circunferencial, de bordes mamelonados, que estenosa la luz de forma significativa. No se objetiva dilatación pre-estenótica. Se aprecian hasta 3 adenopatías locoregionales subcentimétricas. En segmento IV hepático se observa LOE de  $2,5 \times 1,5$  cm, hipodensa, sólida, de bordes mal definidos, compatible con metástasis. Otra LOE hipodensa, bien definida, en ligamento falciforme, Vena porta aumentada de tamaño de 16 mm.

**Juicio clínico:** Neoplasia de sigma con metástasis hepática.

**Diagnóstico diferencial:** Diverticulitis aguda, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, colitis isquémica.

**Comentario final:** El cáncer colorrectal es una de las neoplasias más prevalentes en nuestro medio. El espectro clínico de la diverticulitis es muy amplio y es muy difícil diferenciar desde el punto de vista de la

imagen entre el cáncer de colon y la diverticulitis aguda. Una vez resuelto y ante la persistencia de la clínica, se han de realizar nuevas pruebas de imagen.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Chintapalli KN, Esola CC, Chopra S, Ghia- tas AA, Dodd GD. Pericolic mesenteric lymph nodes: an aid in distinguishing di- verticulitis from cancer of the colon. AJR. 1997;169:1253-5.
2. Xiong L, Chintapalli KN, Dodd GD 3rd, et al. Frequency and CT pattern of bowel wall thickening proximal to cancer of the colon. AJR. 2004;182:905-9.