

# Resultado caso radiológico para diagnóstico

**Drs. Claudio Cortés A<sup>(1,2)</sup>, Danny Oxsenberg R<sup>(1)</sup>, David Herquiñigo R<sup>(1)</sup>, Mario Abedrapo M<sup>(1)</sup>.**

1. Radiólogo. Universidad de Chile. Santiago, Chile.

2. Radiólogo. Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile.

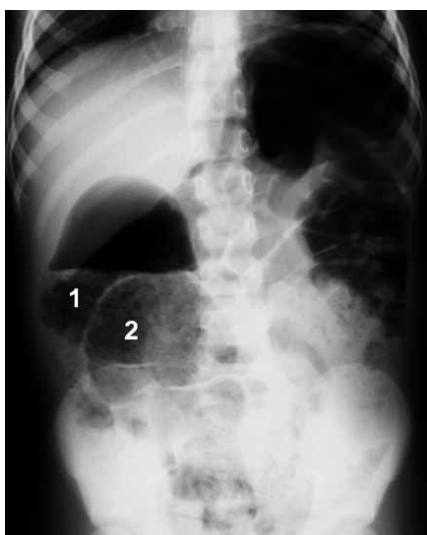
Viene de la página 60.

### Diagnóstico:

Duplicación comunicante de colon sigmoides.

### Resultado

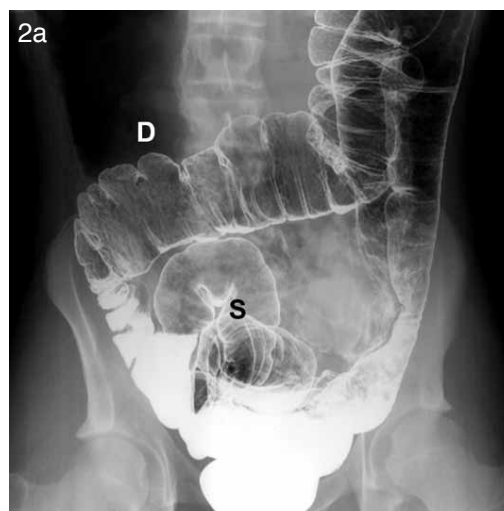
Se realizó una radiografía de abdomen simple en bipedestación, la cual reveló una estructura tubular, con contenido aéreo en cuadrante inferior del abdomen (Figura 1a). Se solicitó un enema baritado de doble contraste (Figura 1b y c), donde se identificó una duplicación colónica comunicante, que se originaba del colon sigmoides. Se prosiguió el estudio con una tomografía computada multicorte con post-proceso de colonoscopia virtual (Figura 2), la cual confirmó estos hallazgos, mostrando el colon descendente duplicado y distendido, originándose en el colon sigmoides a través de un cuello amplio y extendiéndose hasta la región subhepática.



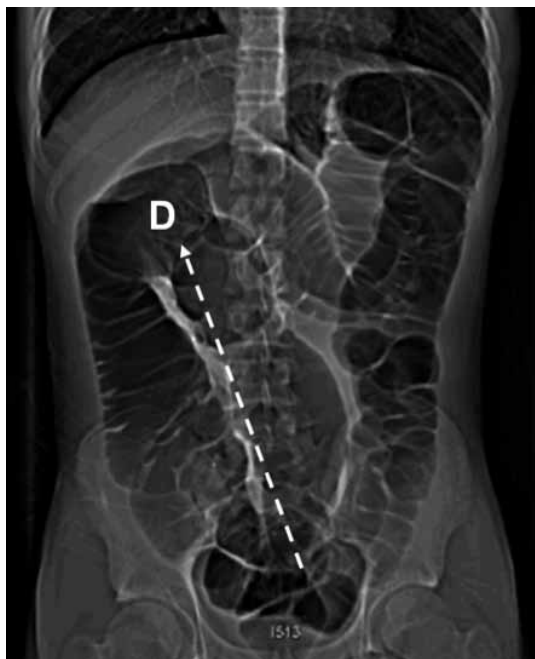
**Figura 1.** Radiografía abdominal simple de pie, revela un doble contorno colónico, distendido (1 y 2).

El paciente se sometió a una sigmoidectomía (Figura 3), realizándose una anastomosis colo-rectal término-terminal, la cual fue bien tolerada y sin incidentes quirúrgicos. El estudio de anatomía-patológica reveló una duplicación colónica, con lumen independiente y una colitis erosiva focal no-específica.

En el seguimiento postoperatorio, el paciente no ha vuelto a presentar episodios de dolor abdominal ni distensión y tiene un hábito intestinal normal.



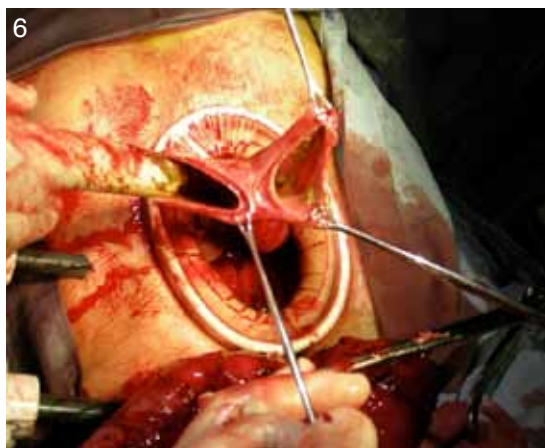
**Figura 2a y 2b.** Enema baritado de doble contraste que demuestra una segunda asa de colon sigmoides (S), en dirección caudo-cranial (flechas).



**Figura 3.** Topograma de tomografía computada previo a realización de colonoscopia virtual, muestra un asa colónica distendida que se extiende desde la pelvis hasta el cuadrante superior derecho.



**Figura 4.** Reconstrucción en volumen de colonoscopia virtual con detalles de la anatomía colónica y el sigmoide duplicado.



**Figuras 5 - 7.** Laparotomía y pieza quirúrgica del colon sigmoide. Figura 5 muestra el asa duplicada, figura 6 revela el lumen duplicado, y la figura 7 presenta la pieza quirúrgica ya resecada.

**Discusión**

La duplicación de colon es una patología congénita infrecuente, que muchas veces es diagnosticada en la infancia y representa entre un 6,8% y un 13% de todas las duplicaciones del tracto gastrointestinal<sup>(1,2)</sup>. Sin embargo, hay casos en que los síntomas son poco definidos e inespecíficos y el diagnóstico puede ser tardío, incluso realizándose en la adolescencia o adultos, muchas veces por complicaciones.

La constipación crónica constituye el síntoma más frecuente<sup>(3)</sup>, pero se han descrito casos de hemorragia digestiva baja masiva<sup>(4,5)</sup>. Aunque la duplicación colónica se considera una patología benigna, puede asociarse a eventos de morbilidad e incluso mortalidad, si no son manejados oportunamente.

Las duplicaciones del tracto digestivo pueden ocurrir en cualquier segmento, desde la lengua al ano. Múltiples teorías intentan explicar su origen. Variantes del desarrollo e hipoxia local durante la ontogénesis son las más mencionadas<sup>(2)</sup>.

La duplicación comunicante se conecta a un segmento del tubo gastrointestinal adyacente por una pared o un lumen. Hay duplicaciones no comunicantes<sup>(6)</sup> y son cuatro veces más frecuentes que las comunicantes, manifestándose en estudios baritados como una compresión extrínseca focal<sup>(7)</sup>. En las comunicantes el medio de contraste ingresa y las opacifica<sup>(8)</sup>.

La tomografía computada permite determinar la relación con el segmento digestivo e identifica posibles fístulas al tracto urinario<sup>(9,10)</sup>, permitiendo una mejor planificación quirúrgica. Las duplicaciones son quísticas o tubulares y las tubulares más frecuentemente se comunican con el segmento intestinal adyacente. En el abdomen las duplicaciones se sitúan en el aspecto mesentérico del tubo digestivo<sup>(6)</sup>.

La duplicación colónica puede presentarse con complicaciones como la perforación<sup>(11)</sup> y sangrado<sup>(4,7,10)</sup> y se han descrito transformaciones neoplásicas en los segmentos duplicados<sup>(12)</sup>. Los pacientes con duplicaciones tienen con mayor frecuencia malformaciones congénitas asociadas, como nuestro paciente (monorreno congénito).

Las fístulas con el tracto genitourinario se encuentran en su mayoría asociadas a malformaciones colorrectales, en particular el colon distal y recto,

porque tienen un origen embriológico común.

El manejo de las duplicaciones es quirúrgico y consiste en la resección completa del segmento duplicado, con anastomosis término-terminal y corrección de las malformaciones asociadas detectadas.

En resumen, la duplicación colónica es una entidad de baja prevalencia, poco sintomática que requiere de una alta sospecha clínica y una adecuada aproximación diagnóstica del médico radiólogo.

**Bibliografía**

1. Puligandla PS, Nguyen LT, St-Vil D, Flageole H, Bensoussan AL, Nguyen A, et al. Gastrointestinal Duplications. *J Ped Surg* 2003; 38: 740-744.
2. Macpherson RI. Gastrointestinal tract duplications: clinical, pathologic, etiologic, and radiologic considerations. *Radiographics*. 1993; 13: 1063-1080.
3. Kekez T, Augustin G, Hrstic I, Smud D, Majerovic M, Jelincic Z, et al. Colonic duplication in an adult who presented with chronic constipation attributed to hypothyroidism. *World J Gastroenterol*. 2008; 14: 644-646.
4. Fotiadis C, Genetzakis M, Papandreou I, Misiakos EP, Agapitos E, Zografos GC. Colonic duplication in adults: Report of two cases presenting with rectal bleeding. *World J Gastroenterol*. 2005; 11: 5072-5074.
5. Kim Y, Kim J, Lee KY, Kim NK, Cho CH. Asymptomatic Tubular Duplication of the Transverse Colon in an Adult. *Yonsei Med J*. 2005; 46: 189-191.
6. Bower RJ, Sieber WK, Kiesewetter WB. Alimentary tract duplication in children. *Ann Surg*. 1978; 188: 669-674.
7. Casares M. Duplicación quística del colon. Presentación de un caso. *Radiología*. 2008; 50: 434-435.
8. Berrocal T, Hidalgo P, Gutiérrez J, de Pablo L, Rodríguez-Lemos R. Imagen radiológica de las duplicaciones del tubo digestivo. *Radiología*. 2004; 46: 282-293.
9. Kokoska ER, Steinhardt GF, Tomita SS, Weber TR. Prostatorectal Fistula Associated With Tubular Colorectal Duplication. *J Pediatr Surg*. 1999; 34: 1546.
10. Prasil P, Nguyen LT, Laberge JM. Delayed presentation of a congenital recto-vaginal fistula associated with a recto-sigmoid tubular duplication and spinal cord and vertebral anomalies. *J Pediatr Surg*. 2000; 35: 733-735.
11. Dutheil-Doco A, Ducou Le Pointe H, Larroquet M, Ben Lagha N, Montagne J. A case of perforated cystic duplication of the transverse colon. *Pediatr Radiol*. 1998; 28: 20-22.
12. Inoue Y, Nakamura H. Adenocarcinoma arising in colonic duplication cysts with calcification: CT findings of two cases. *Abdom Imaging*. 1998; 23: 135-137.

**Cortés C.** Duplicación comunicante de colon, causa infrecuente de dolor abdominal crónico. *Rev Chil Radiol* 2011; 17(2): 99-101.

Correspondencia: Dr. Claudio Cortés A. / [claudiocort@gmail.com](mailto:claudiocort@gmail.com)

Trabajo recibido el 07 de abril de 2011, aceptado para publicación el 20 de mayo de 2011.