

DIVERTICULITIS COLO SIGMOIDEA (*)

Dr. Alejandro Dussaut

Una visión panorámica acerca de los divertículos del tubo digestivo permitirá situar a la afección que tratamos en el casillero correspondiente, excluyendo los divertículos por tracción ajenos al

La disfagia complica los divertículos de lesófago, que como el divertículo de Zenker, su repleción por los alimentos es rápida, desplazando el eje del órgano, coincidiendo con el del segmento suprayacente; el estado general del paciente pronto se compromete y el tema.

Los llamados verdaderos, generalmente congénitos e integrados por todas las capas del órgano, son poco propicios a la inflamación a que están expuestos los falsos divertículos o hernias de la mucosa a través de la muscular que afectan sobretudo a la porción distal del colon.

Someramente nos referiremos a los caracteres anátomo clínicos según la altura del tubo digestivo afectado, para detenernos en la diverticulosis del colon y su complicación inflamatoria.

Los falsos divertículos constituyen una afección que aparece después de los 40 años de edad, con predilección por el sexo masculino, descrita por Crouveilhier en 1849.

La diverticulosis que puede afectar al tubo digestivo en toda su extensión, aunque en distintas proporciones, es una afección asintomática en el colon mientras no son asiento de inflamación o diverticulitis, que como la apendicitis cecal conduce a menudo a comprometer la vida del paciente.

Sobre 24.620 controles radiológicos de la Clínica Mayo los constatan en 1398 personas, 5,67 % y sobre una serie dilatada de autopsias comprueban que en el 14% presentaban signos de inflamación.

Se ha invocado la predisposición hereditaria, la obesidad, la degeneración tisular, los orificios por donde penetran los vasos, las variaciones de la presión intraluminal, como la tos y los vómitos para los del esófago, la contusión y la acumulación de gases para los del colon etc.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 11 de de septiembre de 1963.

diagnóstico diferencial con el cáncer se impone. En la Rev. de Med. y C. Afines del 30 de julio de 1941 consignamos un caso operado con éxito en un trabajo titulado "Divertículo de esófago, modificaciones a la técnica de Goldmann.

Los divertículos del estómago, generalmente verdaderos y diagnosticados por un afortunado examen radiológico, tienen caracteres clínicos inciertos y son tratados a menudo como dispépticos, ulcerosos etc.

Reaparecen los falsos divertículos en el duodeno, con los mismos problemas de diagnósticos que los anteriores, no siendo rara la hemorragia como complicación.

Los falsos divertículos del yeyuno ileon son generalmente hallazgos de autopsia, que sobre 4.631 realizadas por Edwards los encuentra en el 0.86 %, siendo el de Meckel un divertículo congénito verdadero.

El ciego pocas veces es afectado, se los describe como verdaderos, así fue la apariencia de uno que operamos con diagnóstico de apendicitis aguda, que invaginamos y que fuera presentado a la Sesión del 3 de noviembre de 1944 de la Asociación de Médicos del Hospital Alvear de Bs. As.

Son los divertículos del colon y su particular complicación la inflamación lo que aquí nos interesa, destacando la predilección de este segmento por estas formaciones que menudean a medida que nos acercamos al colon sigmoideo, donde se dan las condiciones óptimas para la complicación.

Ball en 1887 menciona la inflamación y cita dos fístulas vésico sigmoideas, pero Grassner crea el término de diverticulitis, describiendo el edema y la fibrosis como causa de la disminución del calibre del órgano, siendo Lewal de New York el primero en el estudio radiológico con contraste.

Numerosos gérmenes se han constatado como origen de la inflamación, los enterococos, los colibacilos, los estafilo y los estreptococos son frecuentes pero se han encontrado el B. disintérico, el B. de Eberth y el B. paratífico.

Los parásitos también se han visto, nosotros hemos presentado un trabajo a la sesión del 3 de noviembre de 1958 de la Soc. Arg. de Cirujanos titulado "Fístula vésico sigmoidea por diverticulitis parasitaria" viendo emerger por el orificio fistuloso a través de la citoscopia, los oxiuros vermiculares, que en el acto operatorio aparece como un nido en la dilatación ampular del trayecto.

El éxtasis de materias fecales, la acumulación de gases con las variaciones de la presión intraluminal, así como la constipación que afecta a tantas personas, explica su predilección por el colon sigmoideo, afectando uno o varios divertículos.

La radiología, estimable recurso, permitiría el diagnóstico del estado prediverticular, señalado por Spriggs y Marxer, cuando todavía los mismos no han franqueado los límites de la pared, mostrando una serie de pequeñas espículas a las que se ha referido Malenchini en las Terceras Jornadas Argentinas de Proctología en 1954.

Señalando en cambio que la inflamación hace a veces infranqueable la sustancia opaca, con más suerte en algunos casos donde se ve deformación de la cavidad, pero al diagnóstico se está autorizado por la existencia de otros divertículos aunque no participen de la inflamación.

En la modesta clasificación que propongo se puede advertir todas las situaciones a que puede conducir la inflamación diverticular, deteniendome un tanto en la sigmoiditis de este origen, cuya participación en el proceso es casi invariable.

Catarral, supurada, empiemática, flegmonosa, gangrenosa etc.

Plastrón, pelviperitonitis, peritonitis generalizada.

Divts. aguda

Perforativas

Abceso y abertura en gran cavidad.
Abceso meso cólico.

Abc. evac. por vejiga, útero, vagina intestino etc.

Colitis segmentaria, sigmoiditis diverticular.

Gangrena isquémica por trombosis.

Torsión o vólvulo del divertículo.

Diverticulitis hemorrágica.

Sigmoiditis estenosante.

Siguiendo el orden de la clasificación que antecede y en relación con el primer grupo, podemos afirmar que su sintomatología se superpone con la de la apendicitis aguda donde, la inducción diagnóstica sólo puede surgir por la localización del dolor, lo que la ha hecho designar apendicitis a la izquierda.

El plastrón diverticular no se diferencia en nada con los de otro origen, su ubicación puede servir de inducción diagnóstica, constituyendo las formas pelviperitoneales el 7% de los pacientes de Telling y Gruner, que hacen creer en infiltraciones neoplásicas, tanto más si hay pequeñas pérdidas vaginales de sangre, habiendo nosotros observado dos casos cuya pérdida lamentamos.

Las formas peritoneales d'embleé, sin pasado ostensible, apenas se puede intentar el diagnóstico presuntivo, la laparotomía hace el resto. Otro tanto podemos decir de los abscesos, así sean abiertos en gran cavidad que plantean la intervención quirúrgica subestimando el origen.

Nos detendremos en cambio en la sigmoiditis diverticular que a diferencia de la apendicitis que excepcionalmente compromete el ciego, esta siempre está presente en mayor o menor grado, variando entre la simple espasticidad funcional hasta las lesiones irreversibles a que conduce el edema y la fibrosis a que alude Graser.

En estos pacientes el interrogatorio puede proporcionarnos varios antecedentes, revelando episodios de distinta duración, caracterizados por dolor, temperatura, despenos diarreicos, a veces con sangre, constipación, plenitud etc. que con el examen clínico inducen con muchas posibilidades el diagnóstico, aunque éste sólo se confirma con la enema contrastada, aunque contraindicado en las pouses agudas y en los perforados.

No me he de detener en las imágenes prediverticulares que son patrimonio de los radiólogos y de los clínicos, sino a las imágenes que proporciona el intestino, que induce a menudo a buscar en otras incidencias los divertículos que pueden ser su origen y que sino son numerosos pasan inadvertidos.

Si como he dicho, a menudo el divertículo afectado no se vé, la existencia de otros en la proximidad o a distancia, autoriza a sentar el diagnóstico de sigmoiditis diverticular frente a simples modificaciones de la mucosa o de entero espasmos, con mayor razón frente a alteraciones morfológicas.

A la imagen de colitis espática le sucede en etapas más avanzadas de su evolución, la clásica imagen en empalizada o en acordeón o en pila de monedas, signo inequívoco de sigmoiditis, aunque uno sólo de los divertículos sea el responsable.

Esta imagen es la consecuencia de un proceso inflamatorio de cierta jerarquía, pero que alterna según los casos con modificaciones de la arquitectura de la víscera impresas por el edema, la fibrosis y el estrechamiento de la luz intestinal.

La imagen en acordeón es la resultante de dos componentes: a) La pericolicitis inflamatoria, y b) La hipertonia muscular de las bandeletas longitudinales que pliegan las paredes del intestino.

Estos elementos de diagnóstico hacen a la naturaleza del tumor inflamatorio que visualice la radiología.

La frecuencia con que la radiología se superpone con la de los tumores malignos y aún la sintomatología clínica, obliga a su diagnóstico diferencial desde aquel punto de vista, para lo cual resulta útil el esquema de Schatki's.

1º En la diverticulitis el segmento afectado es más extenso, en el cáncer más breve, aunque esto no sea absoluto.

2º En la diverticulitis la mucosa está intacta, en el cáncer está destruida.

3º La imagen en empalizada o en acordeón es característica de la diverticulitis de más o menos extensión.

4º Los espasmos son más frecuentes en la diverticulitis que en el cáncer, aunque tampoco esto es absoluto.

5º La presencia de divertículos en la vecindad o a distancia autoriza a pensar en este origen, aunque la asociación es frecuente.

6º Los límites irregulares de la diverticulitis contrasta con los límites netos de cáncer.

La recto sigmoidoscopia es de relativa utilidad por que a menudo el instrumento no los alcanza, con frecuencia no se identifican, aunque puede constatar eritema de la mucosa, mucus, sangre, etc. así como angulaciones de lintestino o entero espasmos, pero puede ser de utilidad para la biopsia.

El lavado rectal, sobretodo en los colostomizados, puede permitir descubrir, por la técnica de Papanicolau, células neoplásicas, en cuyo caso como la biopsia, de decisivo valor.

La gangrena isquémica por trombosis puede afectar un divertículo, como a cualquier otro órgano, es excepcional y travail de la laparotomía.

Puede decirse otro tanto de la torsión o vólvulo de estas formaciones, explicable si se tiene en cuenta su movilidad, como el caso que recientemente presenta a esta sociedad el distinguido colega uruguayo doctor Guaymiran Ríos.

La diverticulitis hemorrágica constituye el 2,9 % de la serie de Rodkey y Welch, que aunque menos frecuente entre nosotros, debe tenerse en cuenta, como el caso Covaro y Romero presentado a la sesión del 30 de mayo de 1962 de la Soc. de Cirugía de Bs. As. que obligó a practicar una sigmoidectomía de urgencia en una enferma con profundo anemia.

Las formas estenosantes agregan a la imagen clásica de la sigmoiditis la disminución del calibre de la viscera, cuyo diagnóstico diferencial con el cáncer se impone. De ello me he ocupado en un trabajo titulado "Sigmoiditis estenosante. Aspectos del diagnóstico" presentado en la sesión del 30 de mayo de 1945 de la Asoc. de Médicos del Hosp. Alvear.

Las fístulas internas, que merecerían un capítulo especial, constituyen una importante complicación y son las vésico sigmoideas las más frecuentes, despistadas por la fecaluria y la neumatúria, hay abundante bibliografía, habiendo citado ya el caso que publicamos de origen parasitario.

La diverticulitis en genral es tributario del tratamiento médico, aún en los casos de compromiso intestinal avanzado, que logran la curación o que no llegan por lo menos a justificar la cirugía.

El régimen dietético pobre en celulosa, es básico en el tratamiento de estos pacientes, aconsejando las frutas peladas y pocas verduras, lubricantes intestinales, enemas calientes con aceites minerales, antiespasmódicos, reposo y calor local.

Por vía oral se aconsejan los compuestos químicos como las sulfas, el Talilsulfatiazol entre otros y antibióticos como la Neomicina, la Umatina etc.; por vía parenteral la Penicilina y la Estreptomicina son las más empleadas.

Al tratamiento quirúrgico se llega por imperio de las circunstancias en las formas peritoneales obstructivas, hemorrágicas etc. pero a el también recurrimos cuando el tratamiento médico es infructuoso aún con el intestino desfuncionalizado, pero con persistencia de la imagen radiológica.

La colostomía la consideramos complemento ineludible en los agudos donde debe uno limitarse a salvar la vida del enfermo, a pesar de haber prescindido de ella al principio habiendo lamentado la pérdida de algún enfermo, reservando en estos casos la ectomía si es necesaria, para un segundo tiempo.

Ya en 1907 Mayo fija tres conceptos que aún tienen vigencia:

- 1) En caso de absceso, primero drenar y luego resecar.
- 2) En caso de obstrucción, primero colostomía y luego resección.
- 3) En caso de tumor con síntomas persistentes, resección antes de la aparición de las complicaciones, fístulas, absesos etc.

Hoy se han precisado mejor la indicaciones, que Welch puntualiza oportunamente, decidiendo la operación:

- 1) Por hemorragia.
- 2) Por obstrucción intestinal.
- 3) Por imagen sospechosa de neo.
- 4) Por que no cura con tratamiento médico.
- 5) Por que continúan los síntomas a pesar de la colostomía.
- 6) Por que el lavado rectal muestra células carcinomatosas.

Sentado al principio de la colostomía, la realizamos aún en las resecciones en un tiempo, de las cuales no somos muy partidarios, la desfuncionalización previa permite asepticar el colon distal y asegurar el éxito de las suturas. Este recurso puede hacer innecesaria aún la segunda operación pues sirve de vehículo a un eficaz tratamiento.

A su vez, limitamos la resección al segmento afectado sin preocuparnos de los divertículos restantes, que a veces se implantan en todo el marco colónico, no pudiendo prejuzgar sobre su suerte.

La exteriorización de lsegmento afectado que algunos proponen, contraindicada en las infiltraciones del meso, alargan y complican el post operatorio, lo que reservamos para las formas hemorrágicas con ligadura de los vasos del meso en las hemorragias masivas.

Dr. Alberto Vallis: Voy a felicitar al Dr. Dussaut por la presentación de este trabajo. Nosotros nos hemos ocupado conjuntamente con el Dr. Asiner de algunos aspectos de las hemorragias masivas de origen colónico, de origen diverticular, juntamos casos, y en ese aspecto presentamos casos, los métodos de tratamiento que se habían hecho, las resecciones, el ideal de la resección si no puede localizar la zona de la hemorragia, pero en otros casos, uno tiene que recurrir a la defuncionalización con una colostomía y algunas veces sirve. Una persona puede tener una divertículos colónicos y tener hemorragias rectales, rectorragias y la hemorragia no venir de esos divertículos, venir de otro lado. La colocación de un ano transverso puede servir como defuncionamiento y además como ubicador de si la hemorragia proviene de allí o de otro lado. Una vez que hicimos eso nos encontramos que tenía una diverticulitis, tenía divertículos en el sigmoide, pero sangraba del colon derecho. Pudimos topografiar bien que sangraba del colon derecho y como pudimos pasar una sonda de Cantor hasta las últimas asas ileales y no venía sangre por la sonda de Cantor. De modo que pudimos topografiar perfectamente bien y realizamos una hemocolectomía derecha al enfermo. Nos ocupamos también, y estamos estudiando el problema, de las perforaciones de los divertículos de colon. Al respecto nosotros tenemos casos de perforación en cavidad peritoneal libre con neumoperitoneo. Perforación en un tiempo; tenemos un enfermo que lo vimos particularmente y que fue operado por otro cirujano, porque era de una Mutualista, fuimos llamados en consulta para ver si se operaba. Se hizo indicación operatoria. Tenía un neumoperitoneo, había hecho un cuadro tipo perforativo, primero con dolor en fosa ilíaca izquierda, con antecedentes. Empezó con malestar en fosa ilíaca izquierda y después tuvo el cuadro perforativo. Y le apareció el neumoperitoneo. Este enfermo fue operado, se le comprobó en la operación un divertículo de sigmoide, una peritonitis generalizada y se le hizo un ano transverso. No se pudo exteriorizar. Alguna vez, cuando está exteriorizado el colon sigmoide porque si no contamina los planos retroperitoneales. En otras situaciones no es lo que se perfora. La perforación no se hace en un tiempo sino en dos tiempos. Se produce la perforación, se produce un absceso limitado y ese absceso limitado por asas delgadas y epiploon, se perfora en forma secundaria. Tenemos un caso así que se operó, se comprobó que tenía una peritonitis y se comprobó que había adentro del colosigmoide como una perforación. Alguna vez puede ocurrir que la perforación se haga ya en una zona ya normalmente tabicada la cavidad peritoneal, como es la logia mesenterocólica izquierda. Tenemos un enfermo que hacía como un mes que tenía un cuadro que fue catalogado de tifoidea, venía de Rocha, lo vimos en forma particular en el Sanatorio Italiano. Ese enfermo hizo un absceso peritoneal que se abrió por la fosa lumbar y tenía una placa que se veía una gran colección con un nivel hidroaéreo en el hemivientre izquierdo. Lo evacuamos por la fosa lumbar con anestesia local, pudimos meter la mano entre la pared posterior del abdomen y las asas delgadas adelante a la izquierda de la raíz del mesenterio, en la logia mesentérico cólica izquierda. La mano la pudimos deslizar perfectamente bien hasta el Douglas que estaba ocupado por el absceso. Consideramos nosotros que en ese momento, como el resto del peritoneo estaba libre, no debíamos hacer, ya que habíamos hecho una operación de tipo contaminado, la colostomía en ese momento, que se realizó 3 días después, la colostomía de defuncionamiento. Es decir que, desde el punto de vista de los ángulos que hemos visto es un problema muy interesante el problema de la diverticulitis, y adquiere cada día mayor jerarquía. Y por ese hecho vuelvo a felicitar al Dr. Dussaut.