

Oclusión intestinal por enfermedad diverticular del colon (E.D.C.)

Dres. BORIS ASINER, VICTOR RODRIGUEZ DE VECCHI
y CESAR ARMAND UGON *

Si bien, gran parte de la problemática de la E.D.C., ha sido estudiada en grandes áreas de sus complicaciones, no la ha sido en el de la *oclusión*, especialmente en su etiopatogenia. La E.D.C. como causa de oclusión aguda, es poco frecuente. Es habitual la falla diagnóstica, sobre todo referida al problema del carcinoma, como causal o coincidente (5, 9).

El creciente aumento de la E.D.C., unido a que la oclusión, en general, tiene alta morbimortalidad, justifica nuestra presentación y su análisis.

Es frecuente ver, que cuando se plantea la oclusión en conexión con la E.D.C., se la relacione sólo al colon, desconociendo que ella puede ser en el intestino delgado yuxtalestial donde por otra parte es más frecuente. En 230 casos estudiados (base de nuestro libro sobre E.D.C.), (1) comprobamos una frecuencia menor del 2 % (4 casos). Rankin y Brown (12) reúnen 4 casos en 227. Ranson (13) señala el 13 % (en 53 casos) y Ponka (9) da cifras del 10 %.

Presentamos 7 casos, de los cuales sólo en 2, la oclusión aguda estaba determinada por obstáculo en el propio colon asiento del proceso patológico —E.D.C. “complicada”—. Los otros 5 lo fueron en el intestino delgado —yuxtalestial— por vinculación patológica, al sigmoide afectado de E.D.C.

Esta situación es raramente mencionada en los textos (6, 8). Morton (7) en 112 casos de diverticulitis, halló 3 con oclusión intestinal a nivel de intestino delgado, coexistiendo uno con absceso perisigmoideo. El intestino delgado presentó una oclusión mecánica, que obligó al tratamiento de foco oclusivo —libera-

cion— y además al drenaje del foco supurado. En un caso adicionó una colostomía transversa derecha. Sus tres pacientes tenían más de 60 años. Por otra parte el intestino delgado puede también participar en la oclusión, cuando ella asienta —topográficamente— en el sigmoide, y el esfínter ileocecal se comporta como incontinente —“abierto” hacia arriba— en grado y modo variable. Por otra parte la oclusión puede estar presente sin que haya evidencia definida —clínica— de que está cursando una afección en el intestino grueso —E.D.C.—. Sin embargo, en la intervención, la exploración puede permitir reconocer la situación.

Excluimos de esta condición —complicación— oclusión— las manifestaciones subocclusivas —transitorias— que pueden integrar el cuadro clínico de la E.D.C. con enfermedad “evolucionada”, “en empujes”, “crónica”. Aquí no hay oclusión definida (... “detención absoluta del tránsito intestinal para materias y gases, más allá del lapso habitual de evacuación intestinal del paciente, con dolores, distensión abdominal, con o sin vómitos, y coincidente síndrome humoral en curso”...). De este modo creemos que se abaten excesivas cifras citadas por autores y textos, que incluyen estas formas evolutivas como oclusión aguda. La estrategia terapéutica quirúrgica por lo tanto, en relación a lo expuesto requiere excluir aquellos enfermos que pueden tener manifestaciones subocclusivas —transitorias—. Ellos no tienen indicación operatoria en la urgencia. Si bien pueden complicar la E.D.C., e integrar su sintomatología, ceden sin necesidad de operación inmediata. Mayoritariamente ceden en la evolución, con medidas conservadoras de orden médico, pero deben controlarse en ambiente quirúrgico.

* Docente Adscripto. Asistente de Clínica Quirúrgica. Adjunto de Clínica Quirúrgica.

Presentado el 5 de setiembre de 1973.

Oclusión intestinal por E.D.C.

7 CASOS .. { 2 en el propio colon afectado de E.D.C. (sigmoide)
5 en el intestino delgado - yuxtalesional

FIG. 1

Patogénicamente la oclusión en el colon, es el resultado del proceso de estenosis (retráctil, pericolónica) en general "evolucionada", por proceso séptico (iniciado en un microabsceso), topografiado en un divertículo afectado. Evolución a esclerosis, con retracción y "dislocación", con eventual esclero-lipomatosis. Engrosamiento muscular (miocolónico) —hipertonía y espasmo— congestión y edema. Fijación coloparietal (adherencia), visceroparietal. Eventual impactación fecal, que puede completar como adición, las causales invocadas. Habitualmente está involucrado el colon ileopelviano —sigmoide—, en un sector largo, con adherencia visceroparietal a fosa iliaca interna o zona pelviabdominal. De ello resultan frecuentes dificultades en el manejo quirúrgico de esta complicación.

Siempre con mucosa indemne o con lesiones mínimas (edema y congestión).

- Estenosis
 - Esclerolipomatosis (esclero-retráctil pericolónica)
 - Engrosamiento muscular
 - Edema subseroso
 - Adherencia visceroparietal-fijeza
 - Congestión y edema
 - Eventual impactación fecal
- Oclusión de colon (sigmoide) Adición de: 2
- Oclusión en intestino delgado (yuxtalesional) 5
- Adherencia
 - Aglutinación
 - Angulación
 - Bridas

FIG. 2

En su oclusión puede tomar un aspecto "seudotumoral". El proceso es sobre todo yuxtaparietal mejor extraparietal, considerando la indemnidad de la mucosa.

La patología muestra engrosamiento miocolónico y edema subseroso. Ello ha sido señalado como de... "cierta monotonía en su figura a a omopatológica"... El cuadro es diferente al que desarrolla el carcinoma de colon. Desde luego que él sigue siendo causa principal de oclusión, a ese nivel. El 95 % de la oclusión del colon sigmoideo es por carcinoma (11). Este habitualmente compromete un sector breve en "virola", con estenosis anfracsosa y constante lesión de la mucosa. Frecuentemente es una lesión ulcerativa, con bordes perceptibles brotantes y mamelonados,

o pseudopolipoides. La presencia de divertículos (pueden tener contenido que los evidencia) no sirve de apoyo a la diferenciación. El carcinoma puede ser coincidente o asociado. El aspecto puede no ser definitivo. Tampoco la palpación (firmeza, dureza), pueden no aclarar las dudas. De lo expuesto, aun en el acto quirúrgico, puede persistir la incertidumbre (9, 3, 5,). El examen endoluminal, comprobando mucosa sin lesión es orientador, diríamos decididamente presuntivo. El carcinoma toma origen en la misma, que por lo tanto tendrá lesión. Es útil, al hacer la resección del sector patológico, de inmediato, por sección y abertura —cuidando evitar contaminación—, examinar la mucosa, para proceder en consecuencia. Reiteremos sin embargo, que sólo la histopatología puede dar certeza.

Es de sumo valor que esta complicación oclusiva aguda, sea estudiada radiográficamente. Placa simple del abdomen (de pie y acostado) y, además, estudio contrastado del colon por enema. Ya Porcher [citado por Pouzet (10)], señala el valor del estudio radiográfico simple de abdomen en las complicaciones agudas de la E.D.C. Puede permitir reconocer la oclusión, su topografía, y eventualmente por confrontación clínica y de otros parámetros, plantear la causa. En el enema baritado se observará detención —stop— de la columna baritada, con



FIG. 4.—Pieza de resección sigmoidea por oclusión a dicho nivel. Obsérvese la estenosis, y el calibre menor distal, luego la dilatación proximal. Esclerolipomatosis, engrosamiento miocolónico. Mucosa prácticamente sana —indemne—.

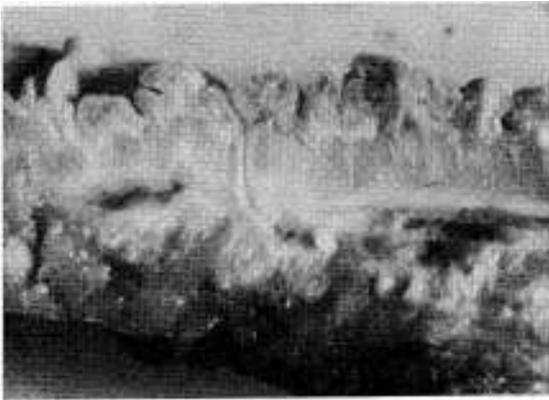


FIG. 5.—Corte parietal a mayor aumento. Obsérvese engrosamiento de la capa muscular: divertículo atravesándola, llegando a la subserosa. Esclerolipomatosis y microabscesos a la derecha e izquierda del divertículo señalado.

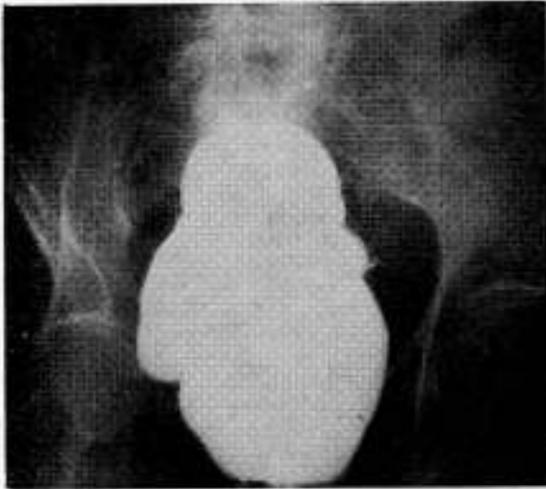


FIG. 6.— Obsérvese en ella, la detención del enema baritado, rectosigmoidea y la enorme presión y distensión aplicada, sin lograr franquear el obstáculo.

formación progresiva, regular, no abrupta, no irregular, ni anfractuosa.

Eventualmente se podrá observar divertículos. Habitualmente la lesión involucra un sector largo, extenso, cuando es posible verlo por mucosografía. Por otra parte la mucosa no está interrumpida. Sin embargo reiteremos que el carcinoma no será descartado. La indemidad mucosa es un argumento válido que orienta a la E.D.C. El cuadro oclusivo generalmente se presenta en personas mayores de 50 años, en quienes la enfermedad ya ha "evolucionado". Es posible plantear su ubicación en el colon izquierdo sigmoideo (baja). Cuando es una oclusión con colon "abierto" —con esfínter ileocecal incontinente— hay margen para iniciar un tratamiento preoperatorio. Completar el estudio clinicoradiológico y aun endoscópico. Es aconsejable como tendencia, descartar la presencia del carcinoma. Vimos que

la complicación oclusiva puede ser transitoria, y ceder con la terapéutica instituida, o aun coincidiendo con ella. De los casos asistidos, sólo 2 pacientes fueron operados por oclusión persistente, en la urgencia. El síndrome humoral será valorado para la reanimación (aquí no tiene el nivel que adquiere en la oclusión del intestino delgado). La indicación operatoria —exploradora— puede serlo por duda diagnóstica, más que por propio cuadro oclusivo al no poder excluir el carcinoma de colon. Serán válidos los antecedentes cuando existen, de disturbios colintestinales, del tránsito, alteración del hábito de evacuación —dolores cólicos abdominales bajos, flatulencia—.

Cuando no ha habido emisión de sangre por el ano (agregados patológicos en la defecación: sangre, mucus, pus) puede ser un argumento en apoyo a la E.D.C.

Puede haber un estado febril, con leucocitosis y eritrosedimentación aumentada. También disturbios miccionales, que se inscriben aquí por posible complicación y eventual participación vesical.

La oclusión mecánica del intestino delgado por E.D.C. complicada (16), habitualmente está topografiada en el intestino delgado bajo —íleon yuxtalesional—. Es el resultado de un proceso adherencial viscerovisceral, ileosigmoideo con ansas aglutinadas, adherentes, anguladas y acodadas. Presencia desde simple exudado fibrinoso hasta bridas. Requiere ser reconocido tempranamente lo que puede evitar, que la oclusión evolucione a perforación y peritonitis.

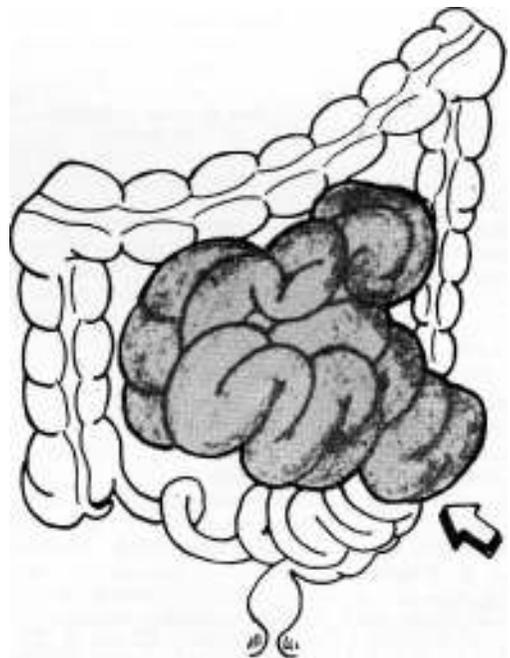


FIG. 7.—Oclusión por enfermedad E.D.C. en intestino delgado por participación yuxtalesional. Obsérvese en el esquema la oclusión a nivel del intestino delgado, baja con ansas chatas distales, vinculación del proceso al sector colosigmoideo.



Fig. 8.—Radiografía simple de abdomen de pie 1 y 2 acostado que corresponde a la paciente operada de oclusión del intestino delgado mecánica desarrollada por adherencia-vinculación a un proceso de E.D.C., "complicada", sigmoidea.

En estos casos la intervención resulta urgente, previa reanimación correspondiente.

Otra situación que puede presentarse, es en pacientes con E.D.C. colónica y abscedación perisigmoidea, con proceso séptico activo, supurado con pericolidiverticulitis y consecuente desarrollo de irritación peritoneal. Aquí la situación es diferente conceptualmente, puesto que hay presencia de un cuadro peritoneal. Hay dolor a la palpación y dolor a la compresión y descompresión. No será tomada como oclusión. A la auscultación silencio abdominal, y en general no hay detención completa de tránsito intestinal. La radiografía simple de abdomen, puede mostrar ansas intestinales dilatadas —aerofilia "en continuidad"—, y algún exudado entre ellas. Ciertamente el diagnóstico puede ser difícil. Es preciso valorar adecuadamente los signos clínicos y radiológicos. El cuadro puede ceder con tratamiento médico; intubación nasogastrointestinal con succión, y sobre todo antibióticos. Puede ser necesario el drenaje del foco. El paciente será cuidadosamente controlado en ambiente quirúrgico. Señalemos que por otra parte puede evolucionar a una oclusión mecánica, que se desarrolla en el intestino delgado yuxtalesional. Luego del análisis clinicoradiológico y aun endoscópico la conducta puede variar de acuerdo a:

—Cuando se está en presencia de una oclusión en el colon ileopelviano —sigmoideo—, se optará en general por una colostomía transversa derecha [usamos la de Wangenstein (17)]. Resulta útil para posterior estudio y preparación de colon con vistas a resección, por cirugía "escalonada"

—Puede hacerse resección según procedimiento de Hartmann. Cuando hay duda etiológica se la realizará con criterio oncológico. Posibilidad en relación a las condiciones del paciente y ambiente (incluidos cirujano y anestesista).

—En oclusión del intestino delgado por E.D.C. complicada, el procedimiento estará de acuerdo al balance lesional. Liberación de bridas; eventualmente puede ser necesaria resección del sector del intestino delgado comprometido.

En general en estas circunstancias, no hemos tenido que actuar sobre el colon, asiento del proceso patológico de la E.D.C., ni hemos hecho colostomía.

Puede estar indicado cuando hay absceso perisigmoideo, el drenaje correspondiente.

CASUÍSTICA

Oclusión intestinal desarrollada en el colon afectado de E.D.C. sigmoidea.

66 años. Cuadro doloroso de abdomen de 36 horas de evolución. Detención del tránsito intestinal. Tacto rectal: ampolla vacía, distendida. Antecedentes de sufrimiento intestinal. Empujes, desde hace 8 meses. No emisión de sangre.

Alteración del hábito de evacuación.

Radiografía simple de abdomen: oclusión "baja" de colon, con esfínter ileocecal incontinente. Colon por enema: detención de la barita en unión rectosigmoidea; ausencia de lesiones definidas.

Hace 10 días, visto por gastroenterólogo que comprobó síndrome de lucha y estenosis cólica "baja". Observó algunas imágenes diverticulares. Hasta 22 cm. no comprobó lesiones. Fibrocolonoscopia: mostró mucosa congestiva y edematizada, sin lesiones hasta 71 cm. No cedió con tratamiento instituido.

Operación (Dr. Asiner). — Oclusión a nivel sigmoideo, abierta, involucrando un sector extenso. Intensas adherencias visceroparietales; fijeza. No adenopatías; no metástasis. "Douglas" libre. Se realiza colostomía transversa, derecha.

Segundo tiempo: colectomía segmentaria.

Tercer tiempo: cierre de colostomía.

Evolución buena, sin incidencias.

A) Magro: Sector sigmoideo de 25 cm. por 7 cm. Abierta muestra zona de estenosis ubicada a 5 cm. de uno de los cabos, constituida por tejido fibroso duro y retráctil. Presencia de formaciones diverticulares. Hipertrofia de la capa muscular engrosada y de la grasa (Lipomatosis).

B) Corte longitudinal: La pieza muestra el espesor parietal aumentado de diámetro, con pequeño absceso inflamatorio. Engrosamiento muscular lipomatosis del meso y esclerosis. Obsérvese la mucosa indemne, sana.

Algunos divertículos subserosos con descamación del epitelio y contenido purulento. (Dr. De los Santos). Diverticulitis sigmoidea con peridiverticulitis; microabsceso diverticular, fibrosis retráctil y estenosis. Sin elementos neoplásicos.

78 años: Síndrome doloroso abdominal de tipo oclusivo. Escasos vómitos. Detención del tránsito para materias y gases.

Distensión abdominal; peristalsis audible.

No antecedentes de sufrimiento intestinal.

No emisión de sangre por el ano.

Radiografía simple de abdomen muestra: oclusión mecánica de colon izquierdo "abierto". El colon por enema detención sigmoideorectal de la columna baritada.

Reanimación y contralor evolutivo. A las 48 horas del inicio, persiste cuadro oclusivo.

Operación (Dr. Asiner). — Laparatomía comprueba oclusión baja de colon-sigmoidea abierta con participación ileal. Proceso de aspecto inflamatorio, con extensas adherencias visceroparietales. No metástasis. Se efectúa resección sigmoideocolónica tipo Hartmann. Evolución sin incidencias.

Magro: Sector sigmoidocolónico engrosado, con diámetro proximal aumentado y distal estrechado. Clara-

mente hay un sector de estenosis intermedio. Lesiones de pericolidiverticulitis fibrosis retráctil, esclero lipomatosis, engrosamiento miccolónico y edema subseroso. A su nivel la mucosa está sana indemne. Hay un proceso inflamatorio yuxtaparietal en la zona de estenosis. La longitud del sector reseca de unos 14 cm.

Micro: Diverticulitis sigmoidea con peridiverticulitis. Estenosis fibroretráctil, edema subseroso. Engrosamiento miccolónico. Mucosa sin lesión. Esclerolipomatosis.

B) Oclusión intestinal por E.D.C. desarrollada en el intestino delgado yuxtatalesional.

Edad: 67 años. Cuadro doloroso abdominal. Tipo oclusivo 72 horas de evolución. Vómitos. No emisión de materias ni gases desde hace 36 horas. Deshidratación 1/3. Temperatura 37,5; 37,9; pulso 112.

Abdomen distendido; no reptación. Dolor en fosa iliaca izquierda y zona paraumbilical izquierda.

Ruidos hidroaéreos intensos, a la auscultación.

Tacto rectal: Douglas indoloro. Ampolla vacía.

Radiografía simple de abdomen: íleo bajo izquierdo de tipo mecánico. Sin gases en el colon.

Tratamiento: Reanimación. Intubación y succión nasogástrica.

Antibióticos.

Operación: Oclusión de intestino delgado "bajo", con ansas aglutinadas y adheridas a sigmoiditis.

Ansas distales chatas. Liberación. Peritonización de un sector de ansa delgada. Progresión de la sonda hacia el foco. Recuperación sin incidentes. Colon por contralor radiológico, E.D.C. sigmoidea.

Edad: 57 años. Síndrome oclusivo: 48 horas de evolución. Dolores periumbilicales y de hipogastrio. Vómitos. Detención del tránsito. No antecedentes de intervenciones previas. No hernias. Apirético. Dolores intermitentes en crisis.

Deshidratado. Distendido. Peristalsis audible. Tacto rectal. Ampolla vacía.

Radiografía simple de abdomen (de pie y acostado) íleo mecánico en intestino delgado.

Reanimación. Rehidratación. Intubación nasogástrica y succión. Operación: Oclusión baja de intestino delgado por adherencia y bridas, vinculada a pericolidiverticulitis sigmoidea. Liberación.

Recuperación sin incidencias.

Contralor del colon por enema E.D.C. sigmoidea.

Edad: 49 años. Ingresó por dolores periumbilicales y abdominales, izquierdos, 48 horas de evolución. Vómitos. Detención del tránsito intestinal. Abdomen distendido timpánico con ruidos audibles. Radiografía simple de abdomen. Oclusión mecánica de intestino delgado bajo. Escasos gases en colon.

Reanimación. Intubación y succión. Cateterización venosa para E.D.C. y reposición.

Operación: Conglomerado de ansas adheridas a sigmoiditis diverticular. Ansas distales chatas. Liberación.

Se observa la recuperación, a la vista del tránsito hacia el sector distal. Recuperación.

Edad: 58 años. Síndrome oclusivo; evolución de 60 horas. Dolores cólicos y vómitos. Detención del tránsito desde hace 24 horas. Distensión abdominal. Se auscultan ruidos intestinales, coincidiendo con crisis dolorosas.

Tacto rectal: ampolla vacía. Puntos herniarios s/p. No refiere antecedentes de disturbios intestinales.

Reanimación. Intubación. Cateterismo venoso.

Operación: Oclusión en intestino delgado por adherencias a sigmoide bajo con E.D.C. Se le efectuó ileotomía descompresiva con aspiración. Evolución buena.

Edad: 68 años. Oclusión datando de 4 días de evolución. Se completó hace 48 horas. No antecedentes de disturbios intestinales ni operaciones previas. Vómitos. Distensión abdominal. Deshidratación.

Radiografía simple de abdomen: Oclusión mecánica de intestino delgado. Tacto rectal s/p. Apirético.

Reanimación. Reposición por cateterismo venoso. Intubación nasogástrica y succión.

Operación: Oclusión de intestino delgado bajo, por adherencia a E.D.C. sigmoidea. Liberación. Recuperación.

COMENTARIO

Sobre una experiencia de más de 20 años, analizamos el problema de la oclusión intestinal por complicación de la E.D.C. o C.D. Reunimos siete casos. Ello muestra que su frecuencia es escasa; corresponde un 4 % de las complicaciones de la Enfermedad Diverticular del Colon.

Sólo 2 se desarrollaron en el colon sigmoideo con C.D. y 5 tuvieron lugar en el intestino delgado yuxtatalesional.

Como causal, la E.D.C. no fue planteada mayoritariamente en el preoperatorio, siendo reconocida durante la intervención.

El estudio del paciente requiere el complemento de la radiología (simple de abdomen de pie y acostado) y del colon por enema (baritado). También la endoscopia rectosigmoidoscopia y si es posible la colonoscopia.

La complicación, cuando tiene lugar en el colon con E.D.C. sigmoideo, resulta de la producción de estenosis, del proceso pericolidiverticular escleroretráctil, fijación parietal—pericolidiverticulitis— dislocación morfológica, engrosamiento miccolónico, espasmo, congestión, edema y eventual impactación fecal. El proceso no involucra la mucosa que resulta indemne, sana. Se tendrá siempre presente que en esta topografía colosigmoidea, el carcinoma del colon tiene frecuencia mayoritaria (más del 95 % como causa de oclusión).

Como estrategia operatoria lo aconsejable es la colostomía transversa derecha de "destransitación". Por indicación analizada, puede ser necesaria una operación tipo Hartmann. Cuando la complicación tiene lugar a nivel del intestino delgado yuxtatalesional, es importante la reanimación rehidratación-intubación nasogastrointestinal, con succión, etc. La laparatomía puede resolver el abtáculo al tránsito intestinal (sección de bridas, y liberación de ansas, acodadas, anguladas, aglutinadas y adheridas; eventualmente drenaje de absceso).

La resección segmentaria de intestino puede ser de "necesidad".

La E.D.C. será resuelta en su oportunidad.

RESUMEN

Presentamos nuestra experiencia sobre oclusión intestinal por E.D.C. Como complicación es rara, menor del 2 %. Debe ser bien valorado, el cuadro clínico radiológico.

Excluimos los casos de E.D.C., en los que existen manifestaciones suboclusivas o de oclusión intermitente—transitorias—, que puede integrar la sintomatología de la propia enfermedad. También las estenosis sin oclusión definida.

Pueden observarse en casos evolucionados crónicos. La oclusión puede desarrollarse en el colon sigmoideo —2 casos— y con mayor frecuencia —5 casos— en el intestino delgado yuxtalesional. La complicación se diferencia del ileoperitoneal, que puede presentarse como resultado de una pericolidiverticulitis aguda con participación peritoneal, donde pueden haber imágenes de aereoilocolia, aunque están en contigüidad. Existe dolor palpatorio, dolor a la decompresión. A la auscultación hay silencio abdominal y no hay detención completa del tránsito. Siempre se manejará en el diagnóstico la posibilidad del carcinoma del colon como causal o coincidente.

Se analiza el manejo táctico y posibilidades operatorias.

RÉSUMÉ

Nous faisons état de notre experience en matière d'Occlusion Intestinale par Affection Diverticulaire du Côlon. C'est une complication rare, de fréquence inférieure à 2 %. Son tableau clinico-radiologique doit être parfaitement évalué. Nous ne tiendrons pas compte des cas d'Affection Diverticulaire du Côlon où peuvent se présenter des manifestations sub-occlusives ou d'occlusion intermittente —transitoires— qui peuvent être comprises dans la symptomatologie de la maladie elle-même. De même que les sténoses sans occlusion caractérisée, qu'on peut observer dans certains cas évolutifs chroniques. L' occlusion peut se localiser dans le côlon sigmoïde (2 cas) et plus fréquemment (5 cas) dans l'intestin grêle juxtalésionnel. On distinguera la différence entre la complication elle-même et l'iléus péritonéal, qui peut se présenter comme le résultat d'une péricolite, malgré leur contigüité. Il y a douleur à la palpation et à la décompression, silence abdominal à l'auscultation et il n'y a pas arrêt complet du transit. On tiendra toujours compte, dans le diagnostic, de la possibilité d'un carcinome du côlon, causal ou coïncident.

Nous analysons la tactique à suivre et les possibilités opératoires.

SUMMARY

Intestinal occlusion due to diverticular disease of colon is a rare complication (less than 2 % of cases). Clinical and radiological aspects should be carefully considered. Those cases in which subocclusive manifestations or intermittent (transitory) occlusion are found as part of symptomatology, should be excluded; the same applies to stenosis without clearly defined occlusion. Cases of chronic evolution may occur. Occlusion may originate in sigmoid colon —2 such patients within our case material— or more frequently in juxtalésional small intestine — 5 cases. This condition should be differentiated from ileal occlusion which may appear as a result of acute pericolidiverticulitis with involvement of peritoneum and possibility of aereoilocolia images, which appear contiguous. Palpation evidences pain and so does decompression. Auscultation indicates abdominal silence and transit does not totally cease. The possibility of colonic carcinoma should always be born in mind either as pause or coincidence. The author analyzes tactical management and surgical possibilities.

BIBLIOGRAFIA

1. ASINER, B. Diverticulitis colónica y sus complicaciones. Estudio clínico y orientación terapéutica.

Día Méd. Urug. XXIV Nº 285: 1489, 1957.

ASINER, B. Indicaciones quirúrgicas en las diverticulitis colónicas. *II Congreso Latinoamericano de Proctología. III Congreso Internacional de Proctología. I Congreso Uruguayo de Proctología.* V. I. 139: XII, 1963.

ASINER, B. y SCHENONE, H. Fistulas sigmoideo-vesicales por complicación de la E.D.C. *Cir. Urug.*, 42: 353, 1971.

ASINER, B. y RODRIGUE DE VECCHI, V. La hemorragia en la E.D.C. *I Congreso Uruguayo de Proctología.* V. I: 155, 12/63. *II Congreso Latinoamericano de Proctología. III Congreso Internacional de Proctología.*

ASINER, B. Peritonitis por complicación de la E.D.C. Táctica operatoria y resultados. *Cir. Urug.*, 41: 252, 1971.

ASINER, B. Enfermedad diverticular del colon. *Imp. Magallanes*, 1972. Montevideo.

2. RODON, G. and LAPUZ, B. Acute small bowell obstruction with sigmoid diverticulitis and its managements. *Surgery*, 44: 631, 1958.

3. COLCOCK, B. Surgical management of diverticulitis. *Surg. Gyn. Obst.*, 102: 721, 1956.

4. DARRELL CAMPBELL, A. Carcinoma or diverticulitis in obstructive sigmoid lesions. Recognition and treatmen. *Ann. Surg.*, 154: 203, 1961.

5. DEL CAMPO, J. C. Estudio radiológico del vientre agudo. *Abdomen agudo Edit. Sindicato Médico del Uruguay.* Montevideo, 1939.

6. LITTLEFIELD, J. B. Surgical Complic. of diverticulitis and diverticulosis of the sigmoid colon. *Ann. Surg.*, 23: 272, 1957.

7. MAYO, C. W. and BRUNT, C. P. The surgical management of the complications of diverticulitis of the large intestine. Análisis of 202 cases. *Surg. Clin. of N.A.*, 30: 1005, 1950.

8. MORTON, J. J. (Jr.). Diverticulitis of the colon. *Ann. Surg.*, 125: 725, 1946.

9. PONKA, J. L. and BRUSH, E. Differential diagnosis of carcinoma of the sigmoid and diverticulitis. *J.A.M.A.*, 172: 515-9, 1960.

10. POUZET, F. Les occlusions primitives de grele dans les sigmoïditis aigües. *Lyon Chir.*, 51: 601, 1956.

11. QUENU, J. y Col. Clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin. Occlusion Intestinale. Paris. 1953. *G. Doin y Cia.*

12. RANKIN & BROWN. Diverticulitis of the colon. *Surg. Gyn. Obst.*, 60: 12, 1954.

13. RANSON. Diverticulitis of the colon. *Gastroenterology*, 26: 12, 1954.

14. SEDWICK, C. E. The surgical treatment of diverticulitis and its complications. *Surg. Clin. N. Amer.*, 31: 783, 1951.

15. SMITHWICK, R. H. Surgical treatment of diverticulitis of the sigmoid. *Am. Journ. Surg.*, 99: 192, 1960.

16. VARELA SOTO, R. Las complicaciones en el intestino delgado de la colopatía diverticular. *II Congreso Latinoamericano de Proctología. I Congreso Uruguayo de Proctología.* T. I: 64, XII/63.

17. WANGENSTEEN, O. Intestinal obstruction 2 nd. Ed. Springfield-III. C. Thomas, 1947.

—New operative techniques in management of bowe obstruction. *Surg. Gyn. Obst.*, XII, 1942.

—Complete fecal diversion achieved by a simple loop colostomy. *S.G.O.*, 84: 409, 1947.