

ACTUALIZACION

Complicaciones de la colopatía diverticular

Coordinador: Dr. Ricardo A. Revetria

Ponentes: Dres. Boris Asiner, Gonzalo Maquieira y Enrique Sojo

En el capítulo de Etiopatogenia se analizan las alteraciones histológicas y funcionales que están en la base de esta enfermedad. Resaltando el papel predisponente que tienen las dietas carenciadas en celulosa. La incidencia creciente de esta enfermedad, particularmente frecuente en pacientes de más de 60 años, y la morbimortalidad determinada por sus complicaciones, así como el advenimiento de nuevos métodos diagnósticos, justifican una actualización del tema a lo largo de esta Mesa Redonda.

En las peritonitis, localizadas o difusas, se enfatiza su alta morbimortalidad derivada del tipo de contaminación, con flora polimicrobiana, sobreviniendo frecuentemente en pacientes entre la 5ª y 6ª década de vida y con repercusión importante en diferentes parénquimas. Insisten los autores en la necesidad de un diagnóstico temprano de esta complicación, que en sus etapas iniciales puede no ser reconocida (60 % de falla diagnóstica preoperatoria), siendo que el pronóstico depende directamente de una operación temprana con reanimación adecuada. Frente a la duda clínica y paraclínica es preferible la laparotomía exploradora, que dejar evolucionar esta complicación.

La estrategia operatoria será la de tratar la peritonitis y resolver el foco causal. El sector afectado debe ser excluido de la cavidad peritoneal, preferentemente por resección.

En el caso de los abscesos también se asiste a posibles dificultades diagnósticas preoperatorias y a su vez a la necesidad de un diagnóstico oportuno, para evitar llegar a las complicaciones de fistulización en vejiga o a la más grave como la peritonitis. También aquí el ideal es poder resolver la complicación y su causa originaria, planteándose las diversas tácticas quirúrgicas que se adecuarán al paciente, a su complicación y a la experiencia del cirujano.

Las fistulas por colopatía diverticular suponen una complicación que, en general, no implica una terapéutica de emergencia como las anteriormente analizadas. Por una encuesta realizada en 50 cirujanos de nuestro medio se deduce la poca experiencia individual en esta complicación, así como el predominio de las fistulas colovesicales sobre las demás. Se ana-

lizan los métodos diagnósticos, las tácticas quirúrgicas adoptadas y los resultados en las fistulas más frecuentes (colovesicales, colocutáneas, colovaginales y coloentéricas) y de las más raras (colouterinas y colouretrales). Estableciendo que la táctica quirúrgica debe estar orientada a la resección del sector patológico del colon más la viscera o sector de viscera vecina comprometida y a veces al trayecto fistuloso.

La aplicación de procedimientos en uno, dos o tres tiempos depende de cada caso en particular; destacándose que toda tentativa para abreviar hospitalización o evitar una colostomía transversa puede terminar en un desastre. Se enfatiza la necesidad de tratar la colopatía diverticular en etapas más tempranas de complicación, evitando así caer en estas etapas evolutivas.

En la complicación hemorrágica los autores reseñan los métodos clásicos de diagnóstico empleados advirtiendo las limitaciones de los mismos. Resaltan la importancia de emplear una metodología diagnóstica que dependerá del tipo de hemorragia: grave o leve (o detenida). Y cuya eficacia estará basada en el empleo del doble contraste de colon, la fibrocolonoscopia y la angiografía selectiva. Con la posibilidad que ésta aporta de cohibir el sangrado mediante el empleo de la infusión de vasoconstrictores. Siguiendo los esquemas diagnósticos propuestos se logra tratar esta complicación conociendo la real etiología del sangrado y su topografía. Permitiendo, en los casos de indicación quirúrgica una resección segmentaria, dirigida y no a ciegas. En las hemorragias masivas se advierte la ventaja de detener la hemorragia con vasoconstrictores, facilitando la preparación del paciente y de su colon para una resección no ya de urgencia, sino de elección. Con la consiguiente mejoría del pronóstico.

La forma tumoral de la colopatía diverticular, una de las formas evolucionadas de esta enfermedad, plantea a veces problemas de diagnóstico diferencial con el cáncer. Aún en la etapa intraoperatoria. Aquí también se advierte la conducta excesivamente conservadora denotada frente a la complicación hemorrágica (el 36 % de los que sangraron tuvieron promedialmente tres reingresos y hubo un 12 % de hemorragias graves, que fueron tratadas en su mayoría médicamente y el 34 % de ellos reingresó por igual complicación). En la hemorragia la aplicación de métodos diagnósticos más confiables hubiese permitido el tratamiento de esta complicación antes de llegar a edades en que se presentó la hemorragia grave (mayores de 70 años). Los antecedentes de los que

Presentado como Mesa Redonda al 30º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, noviembre de 1979.

Jefe de Servicio de Cirugía (Hospital de Salto) M.S.P., Ex Profesor Adjunto, Profesor Agregado y Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica. Fac. de Medicina. Montevideo.

Dirección: Chiazzaro 415, Salto, Uruguay (Dr. R. Revetria).

desembocaron en la complicación tumoral es- ban presentes en el 50 % de ellos y en el 30 % de los casos se remontan a más de cinco años, predominando las proctorragias. La frecuencia de la forma tumoral en la estadística analiza- da (9 %), los períodos de internación que re- quirieron la mitad de ellos (que oscila entre 100 y 163 días), y la mortalidad operatoria (25 %) obligan a revisar la conducta hasta aquí seguida.

Igual situación se plantea ante las formas oclusivas y subocclusivas, que frecuentemente tuvieron también manifestación como seudo tu- mor inflamatorio. Este grupo presentó ante- cedentes profusos (enterorragias, diverticulitis y trastornos diversos del tránsito); y alta fre- cuencia de reingresos (47 a 50 %) en los tra- tados médicamente (reingresaron por rectorra- gias moderadas y graves, suboclusiones, diver- ticulitis y peritonitis).

Todas las cifras mencionadas resultan de una revisión de los 112 casos de Colopatía Diver- ticular que consultaron o ingresaron en nues- tro Hospital universitario entre 1972 y 1978. Es posible que la real incidencia de esta pato- logía en el Uruguay exceda el 8 %. Basado en las características etarias de nuestra pobla- ción y en sus hábitos alimenticios.

En más del 21 % de los casos se constata una evolutividad de los síntomas que precedieron la internación mayor de cinco años. Se realizó tra- tamiento quirúrgico en el 25 % de los casos (16 de urgencia y 12 de coordinación). La cir- uugía permitió tratamiento definitivo de la C.D. en el 46 % de los casos. En tanto que el 28 % quedaron con colostomía definitiva.

De esta casuística surge un alto número de complicaciones graves, que obligaron a cirugía de urgencia, en pacientes añosos o con pato- logía asociada que llevó a un tratamiento no de-

finitivo en más de la mitad de los casos, cuando no a una colostomía definitiva en casi la ter- cera parte de los operados.

La mortalidad postoperatoria fue del 17,8 % (el 25 % de los operados de urgencia y el 8 % en los de coordinación). En una encuesta a cirujanos de nuestro medio se obtuvo una mor- talidad de 33 %.

Contrastan estas cifras con las de casuísticas extranjeras en donde la mortalidad por cirugía de elección se aproxima al 0 %.

En el planteo terapéutico final se insiste en la necesidad de modificar los hábitos gastro- nómicos de la población, habituándolos desde niños a una ingesta adecuada de fibra celuló- sica. Que constituirá una de las vías para dis- minuir la incidencia no sólo de esta enferme- dad sino también del cáncer rectocolónico. Se señala la frecuencia con que los pacientes con C.D. reinciden en complicaciones.

Se analizan las condiciones de selección para indicar cirugía según el Hospital de Massachu- setts y la Clínica Lahey y las tácticas quirúr- gicas a emplear en la cirugía de necesidad o de elección según las complicaciones y las condi- ciones del paciente. Enfatizando que en prin- cipio se está frente a una afección de trata- miento médico, pero que cuando se presenta con complicaciones que le dan características evolutivas especiales, debe plantearse el trata- miento quirúrgico. Como forma de evitar asis- tir a las complicaciones más severas en pacien- tes más añosos y en donde por las mismas condiciones del paciente la cirugía sólo podrá ofre- cer un tratamiento no definitivo o gravado con alta morbimortalidad.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Diverticulosis Colonic.

Etiopatogenia y ubicación del tema

Dr. Ricardo Revetria

En el año 1700 Litre (51) realiza la descrip- ción de las primeras observaciones de este pro- ceso.

Numerosísimos autores se ocupan de esta afección, pero recién desde hace dos décadas, se efectúa un cambio en el enfoque de esta entidad y los investigadores dejan de ocuparse exclusivamente del saco diverticular para de- tenerse en la pared del colon. Si bien Keith en 1910 (56) y Edwards en 1939 (56) descri- bieron lesiones de los músculos de la pared del colon, fueron Celio en 1952 (19) y Morson en 1963 (56) quienes evidenciaron que los cam- bios en las capas circulares y longitudinales con engrosamiento y acortamiento de las ban- detas o tenias, eran las que llevaban a la formación de saculaciones, sobre todo en el colon sigmoideas.

Arfwidsson y Lehman (3) encuentran hiper- trofia celular de las fibras musculares en todas las etapas de la enfermedad diverticular.

Pero Williams, Fleischner y Arfwidsson (37) van más allá aún al establecer correlación en- tre la anomalía muscular y los estudios radio- lógicos del colon, y Leuman en 1919, Spring y Maxer (49) sugiriendo que el síndrome de colon irritable podría ser el precursor de la colopatía diverticular. Posteriormente en el año 1975 Connell (27) lo deja demostrado.

Macbeth y Hawthorne (56) encuentran au- mento del número de células ganglionares en los plexos intramurales de piezas estudiadas.

Hughes (45) en estudio de 200 colones con colopatía diverticular (C.D.) postmortem con- cluyó que el engrosamiento de la capa muscu- lar era la anomalía muscular típica de la di-

verticulosis. Que estos engrosamientos responden a un incremento de los elementos asociados con los movimientos de segmentación del intestino, sobre los que influyen los estados emocionales, la tensión psicológica, el stress y la dieta sin residuos.

El aumento de la iritabilidad del sigmoides (Painter) (60) y el menor calibre de la luz de este segmento produce por la Ley de Laplace una mayor presión intramural, que como lo demostrara Almy (2) sería el mecanismo productor de la diverticulosis.

Es en el sitio de penetración de los vasos cortos y largos de la serosa que se prolongan hasta la mucosa, donde existe debilidad anatómica, y es allí donde se forman los divertículos. También en los apéndices epiploicos (Bockus) (58) la sobrecarga grasosa favorece la separación de las fibras musculares.

Fansher (66) en estudios histológicos sostiene que rara vez hacen hernia por el punto de penetración vascular y Muñoz Monteavaro (58) también opina que salen por puntos débiles de la pared.

Se deben distinguir los divertículos verdaderos y los falsos; estos últimos son hernias de la mucosa cubierta de serosa y son los más frecuentes. Eusebio y Eisenberg (36) en 181 pacientes menores de 40 años encuentran que es más rápidamente progresiva que en adultos y el 66 % requieren resecciones de colon.

Dieta y disfunción neuromuscular están en la etiología de esta afección. La dieta de poco residuo que era la indicada hasta hace pocos años, enlentece el tránsito, produce mayor reabsorción de líquidos, reduce el volumen y lleva a la constipación. En ratas y conejos, especies que no padecen constipación, su administración experimental produce divertículos de colon, Carlson Hoeñzel y Hodgson (17).

Parece que en 1927 Sir Moynihan (66) se preguntaba si la dieta con residuos no sería la más lógica de administrar a estos pacientes diverticulares.

Painter y Burkitt (61, 62), aportan antecedentes históricos y epidemiológicos. En África, India y Medio Oriente en comunicaciones personales a estos autores por médicos ingleses que actuaron decenas de años en esos países y en medios rurales o en ambientes de reducido poder económico la afección diverticular es rarísima. Pero estos mismos individuos cuando emigran a los países occidentales con dietas pobres en residuos, adquieren la enfermedad en plazo de años. Robertson (82) estudió las raciones alimenticias de las guarniciones militares de Gran Bretaña desde 1860 a 1970. Cummings (29) hizo un interesantísimo estudio de la constitución de las fibras dietéticas. Eastwood (34) escribe un interesantísimo artículo en 1975.

Queda en evidencia que la C.D. es una disfunción neuromuscular secundaria. Existirían distintas etapas evolutivas del proceso, así se piensa que la anormalidad muscular puede desaparecer al final de la enfermedad dejando solamente los divertículos Morson (57).

Esto último daría razón a las formas clínicas descritas por Chifflet de C.D. hipertónica e hipotónica, como lo señalan Laurence y Donnelly (49).

Desde el punto de vista patológico interesa destacar:

a) El estado de la pared del colon con pared muscular engrosada o adelgazada, con reacción esclerolipomatosa o fibromatosa y con mesenteritis en etapa irreversible, le confiere características muy especiales en el manejo quirúrgico.

b) El divertículo en etapa de diverticulosis o diverticulitis, con o sin perforación o peridiverticulitis, crea una patología extracólica o paracólica con características propias.

El aumento del promedio de vida en Occidente y las dietas en base a alimentos cada vez más refinados predisponen a esta enfermedad que de poco conocida a principios de siglo, pasa a ser una de las más frecuentes enfermedades colónicas del mundo occidental (92), sobre todo en los pacientes de más de 65 años. Welch y col. y Parks (66).

La falta de orientación de pacientes con constipación, que recurren a todos los laxantes y no consultan al médico, o a veces el mismo médico no enfoca adecuadamente el problema. retrasa y agrava su pronóstico. Esto es más lamentable aún pues con el perfeccionamiento de la radiología, con el colon por enema a doble contraste y la arteriografía selectiva de las mesentéricas, y con el advenimiento de la colonoscopia, se cuenta con eficasísimos procedimientos diagnósticos que llevan al tratamiento precoz de esta afección.

CLASIFICACION

Hemos clasificado las complicaciones de la colopatía diverticular en perforativas y no perforativas.

Las complicaciones perforativas comprenden las peritonitis (localizadas o generalizadas), los abscesos y las fistulas.

Las no perforativas abarcan las inflamatorias (diverticulitis), hemorrágicas, oclusivas; tumorales o pseudotumorales y el diagnóstico diferencial con el cáncer.

De las peritonitis y abscesos se ocupará el Dr. Boris Asiner.

El Dr. Gonzalo Maquieira expondrá sobre las fistulas.

Las complicaciones hemorrágicas, oclusivas y la forma tumoral serán objeto de la exposición del Dr. Enrique Sojo.

Asimismo se ha hecho una revisión de todos los casos tratados por colopatía diverticular en el Hospital de Clínicas entre los años 1972 y 1978, que será presentada por este último expositor.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

En: Planteo Terapéutico.

Peritonitis por complicación de la enfermedad diverticular del colon

Dr. Boris Asiner

CONCEPTO - ESTRATEGIA - EXPERIENCIA

Se presenta en la urgencia, inicialmente como un "cuadro agudo, doloroso abdominal, infraumbilical bajo e izquierdo". No siempre de tipo perforativo, pudiendo ser progresivo y "solapado". Resulta de:

1. Perforación de un divertículo, sigmoideo habitualmente. Raramente cecal.
2. Evolución de un proceso séptico iniciado en un divertículo, "micro absceso" con propagación (proceso séptico inflamatorio).
3. Efracción de un macroabsceso —secundario— a la cavidad peritoneal, ruptura.

Desarrollo en el área peritoneal —cavidad— de un proceso séptico, por pasaje del contenido colónico (gas - materias fecales) —polimicrobiano— (aerobios y anaerobios). Resulta una peritonitis localizada o difusa.

Situación de gravedad, con alta morbimortalidad (1, 2, 3, 4, 6, 11, 12).

Frecuencia menor, que la de origen apendicular, gastroduodenal o biliar, etc.

Si se tiene en cuenta que la evolución "natural" de la C.D., de la "Cirugía" es necesaria en un 15 % (aproximadamente), la peritonitis alcanza en ella una cifra (en nuestra estadística) cercana al 66 %.

La gravedad y morbimortalidad está vinculada al:

- a) Tipo de peritonitis (sobre todo fecal) "evolucionada";
- b) Extensión (localizada o difusa);
- c) Condiciones del enfermo —ya que habitualmente se presenta en personas mayores de 35 años, con predominio entre 50 y 60 años —preseniles— son frecuentes las "asociaciones lesionales";
- d) Confrontando al resultado de la exploración quirúrgica —sus comprobaciones y posibilidades de solución. Relacionado al "tiempo de evolución";
- e) "Diagnóstico temprano" —reconocimiento en etapa inicial. El error —desconocimiento—, favorece la propagación de la eptis, que impulsa la peritonitis en evolución y al shock (4, 6) bacteriémico (o man jerarquía los anaerobios gramnegativos —bacteroides, clostridium, etc.— además de los aerobios) y tóxico;
- f) Establece alteraciones múltiples viscerales parenquimatosas en especial la pulmonar (22, 24, 25) que está expresada por "high ou put pulmonary faillure" que junto a otros sec ores viscerales (insuficiencia renal aguda, hepática, cardíaca, etc.) deben ser investigadas y tratadas tempranamente.

Son causales de mortalidad (6, 8). En comprobaciones autópsicas (por nosotros efectuadas) en el área peritoneal, hubo veces que no observamos suficiente causal peritoneal en relación de proporción con la causa basal de la muerte. Esto debe hacer meditar y orientar a tratar tempranamente las insuficiencias parenquimatosas viscerales que puedan ya estar en curso con la peritonitis. Normativamente, no hay una estrategia única. Da la pauta de la controversia existente. Sin embargo, hay orientación creciente a la "resección" en agudo (5, 16, 17, 20, 21, 23, 27, 28). Tratar no sólo la complicación presente —peritonitis— sino resolver la causa originaria, es decir la C.D. o E.D.C. complicada. El tratamiento quirúrgico incluye además dos etapas fundamentales. Una, la "Reanimación" intensa, breve, bien conducida, "no excesiva ni insuficiente", pre, intra y postoperatoria. Otra, la "Oportunidad Operatoria" (1, 3). Valoración del paciente, por la clínica, y parámetros especiales; también aporte del Laboratorio.

No se posterga la operación. Intento de obtener una posible nivelación. Ello es efímero, transitorio, pero puede hacer que la intervención tenga menor riesgo y sea mejor tolerada. Disminuir la morbimortalidad postoperatoria. La "laparotomía exploradora" (como estrategia ha sido frecuente) es una conducta eficaz. Puede lograr la recuperación. Resulta fundamental la integración de un equipo multidisciplinario, no de "monomaníacos".

Siempre bajo la dirección del cirujano. El sigue tratando al enfermo y los demás colaboran dentro de sus posibilidades sectoriales a la recuperación.

La clínica en estos enfermos tiene complejidad signológica (2, 31):

— El dolor abdominal, puede no ser instalación aguda, "perforativo".

— El examen de la condición parietal abdominal, frecuentemente —inicialmente— no muestra contractura. Sólo defensa con dolor a la compresión y decompresión, localizada (zona infraumbilical izquierda F.I.I.) T.R. o V. (pelviano).

— La auscultación abdominal, sólo disminución de ruidos peristálticos. "Silencio abdominal", en casos "evolucionados".

— Los signos generales —estado general alterado, tóxico, fiebre, etc.— no son inicialmente manifiestos. También pueden faltar antecedentes previos, de alteraciones colintestinales y agregados patológicos a las materias fecales.

Lo expuesto incide en el "desconocimiento temprano" —inicial— de la peritonitis. Falla diagnóstica de incidencia mayor además, por el hecho de que estas peritonitis son de menor frecuencia que otras peritonitis (apendiculares, gastroduodenales, biliares, etc.).

Dificultad pues, en establecer la presencia de peritonitis —su origen colónico—, su topografía (sigmoidea, más frecuente que la cecal) y complicación de la C.D. o E.D.C. preoperatoriamente.

En este sentido señalemos que la falla diagnóstica preoperatoria, en la revisión efectuada fue de un 60 %. Sin embargo, por la "laparotomía exploradora", el reconocimiento fue de un 100 %. Se tendrá en cuenta que por la "exploración" sólo bien conducida, correcta y metódica, la mortalidad es escasa (menos al 1 %) frente al desconocimiento diagnóstico (que tiene cifras cercanas al 100 %). Si bien es "normativo", que luego del estudio del paciente, presencia del síndrome peritoneal-peritonitis, investigar su causa previo al acto operatorio, causa específica de la complicación peritoneal por C.D., ello no es habitual en estas situaciones.

Así Valls (29), por revisión de los casos del Hospital Universitario (1956-1963) comprobó que el diagnóstico correcto más temprano fue de 24 horas luego del ingreso. La sola presencia del síndrome peritoneal, es aquí más que en otras situaciones, indicación operatoria con reanimación en curso (intensa, bien conducida), y definida la "oportunidad operatoria".

La operación no es propuesta, sino que se hará en mejores condiciones. Mantiene su indicación y sigue siendo fundamental. Pero es "exploradora".

En estas peritonitis, la alteración presente no debe ser considerada como "limitada" a la cavidad peritoneal. Por el contrario está afectado más o menos rápidamente todo el organismo, hasta sideración final, con alteraciones, insuficiencias viscerales múltiples (sobre todo renal pulmonares, etc. [22, 24, 25]) por la evolución de la sepsis presente. En esta etapa, es difícil la recuperación. Especialmente si el diagnóstico es tardío. No basta pues, un acto operatorio, más o menos bien conducido —aunque es obvio su importancia y manejo, estrategia— donde la resección en agudo del sector involucrado logra mejores índices de recuperación, sino obtener un diagnóstico temprano y reanimación adecuada.

Estamos convencidos, por nuestra experiencia, que la conducta "intervencionista" —exploradora— constituye un paso aconsejable. Resulta de certeza en casos de dudas. Permitirá el reconocimiento de la complicación y su causa, evitará la evolución de la sepsis, así como la adición de fallas viscerales múltiples (25, 32) que pueden ser irreversibles.

La estrategia puede ser relativamente sencilla, diversos procedimientos, aunque la resección obtiene mejores resultados. Es imprescindible un buen manejo del postoperatorio, por un equipo multidisciplinario. Es pues "mejor ir a ver, que esperar ver...". Por cierto que el "tratamiento no comienza con la incisión ni termina con el cierre". Se tendrá en cuenta que se actúa, sobre un colon no preparado sin "septicidad" disminuida ni "vacuidad" y con peritonitis en curso. Por ello el manejo debe ser cuidadoso.

Al hacer resección, sobre todo sin anastomosis primaria, debe efectuarse bien las colosto-

mías. También si se realizara la operación de Hartmann.

Un aporte importante al diagnóstico, es la radiología (13, 14), con placas simples, de pie y acostado. Pueden mostrar el aerocolia y aerolilia (no en "continuidad", sino en "contiguada"), izquierdo y bajo. Además neumoperitoneo. Presente sólo en un 35 % de nuestros casos. Hemos efectuado colon por enema en circunstancias especiales. El colon por enema hecho en "ambiente quirúrgico", con sala de operaciones pronta para la intervención inmediata, a baja presión, hubo casos en que lo hemos efectuado. Presencia del cirujano. Si se verifica un escape extraluminal de barita, es detenido de inmediato. Punción abdominal diagnóstica (contando con laboratorio). Tiene valor, si es positiva. Sobre todo si se observan gérmenes intestinales. Así pues la laparotomía puede ser indicación de certeza, del origen colónico de la complicación.

Si se realiza "cirugía escalonada", por la estadía hospitalaria larga, hay problemas socio-económicos.

Por lo tanto, frente a la "laparotomía exploradora", pierden valor todas las discusiones "teóricas". Los casos dudosos se alinean en la operación. La eficacia del cirujano será siempre mayor, y menor la morbimortalidad. Operar en "etapa temprana", hace posible la recuperación (10, 12, 18, 21). Más aún, "la ablación del foco infeccioso en complicación, C.D. o E.D.C. complicada con peritonitis cumple el mejor tratamiento antinfecioso".

La tendencia actual, es realizar un enfoque más activo de la complicación en la estrategia operatoria. Tratar no sólo la peritonitis, sino además resolver el foco originario (foco causal). Solucionar el problema en conjunto (5, 7, 16, 17, 20, 27, 28). Analizado lo hecho, pueden esquematizarse como posibilidades:

- Sutura de la perforación (no aconsejado).
- Desviación fecal con colestomía proximal yuxtalesional o transversa derecha, y drenaje del foco y Douglas, con tratamiento de la peritonitis.
- Exteriorización con colostomía simple con o sin drenajes, con o sin desviación fecal proximal (exteriorización del sigmoide perforado). No siempre posible por ser pericolidiverticulitis y alteraciones del meso (meso corto, esclerolipomatosis).
- Operación de Hartmann, un cabo a la piel (colostomía proximal) y cierre del distal (con hilos negros, para su identificación posterior, si se intenta reconstruir secundariamente el tránsito intestinal).
- Resección "primaria" (sigmoidea) con o sin anastomosis. La resección no equivale a anastomosis inmediata. Al no hacer anastomosis, no hay "fugas" postoperatorias ni la morbimortalidad que de ella se deriva. Si se hace anastomosis es aconsejable la desviación fecal por colostomía proximal.

Autores de experiencia expresan que la "resección" del sector sigmoideo en complicación, debe ser efectuada en la urgencia, en agudo. Así Gregg (15) expresa: "Ello es necesario

para la recuperación". Madeen (18), que "es obligatoria, ya que «lo sostenido» que el paciente está tan grave, que sólo los procedimientos mínimos pueden recuperarlo", debe ser sustituido por lo de que "sólo la resección puede obtener la recuperación". Crile (6) señala que "la responsabilidad del cirujano en la urgencia, es erradicar la enfermedad".

Ryan (26, 27) expresa que: "el colon perforado debe ser excluido de la cavidad peritoneal...". Nuestra experiencia confirma resultados mejores y son coincidentes con lo expresado. Sin embargo, esta tendencia más activa, solucionar el problema en conjunto, es decir la complicación y su causa originaria, por resección primaria como estrategia, debe ser juiciosamente meditada (19, 21, 26, 30, 32). No es de aplicación universal, indiscriminada, si el cirujano no tiene experiencia. No sustituye otras tácticas si hay razones que se le oponen. Es una tendencia a efectuar, apoyada en autores de experiencia y a la que nos suscribimos (20).

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS PERITONITIS POR COLOPATIA DIVERTICULAR

Resultados - Estrategia - Conceptos

36	24
<i>De urgencia</i>	<i>Peritonitis</i>
(64 %)	(66 %)

En 56 oper.
por E.D.C.
o C.D.
(1950 - 1978)

R: Recuperación.
F: Fallece.

<u>Estrategia operatoria</u>	<u>Evolución</u>
Exteriorización	2 R2
— Ostomía + Drenaje	8 R5
Hartmann	2 F3
— Resección	12 R2

8 sin anast. (cabos a piel)
R7
F1

3 + Ost
4 con anast. R4
1 — Ost.

Operados 24

R = 20 = 83 %
F = 4 = 16 %

16 % F 83 % Morbilidad

Sepsis	2
"High Out Put Respiratory Failure"	1
Trom. Embol. Pulm.	1
Infec. Herida Op.	3
Evisceración	2
Infec. Urinaria	2
Neumopatía	1
Absceso. Douglas	1
Fuga Anas. "s/Clin."	6
Eventración	2

Se recuperó con tratamiento médico. Se reconoció por el colon por enema de contralateral postoperatorio

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALTEMEIER WA. Intraabdominal sepsis. *Advances Surg. U.S.* 1974.
2. ASINER B. Enfermedad Diverticular del Colon. Montevideo. Magallanes, 1971.
3. BARNETT WC. Shock in peritonitis. *Surg Clin North Am*, 42: 1101, 1962.
4. BYRON RV. Primary Resection of the colon for perforate diverticulum. *J Surg*, 112: 273, 1966.
5. CLOVES HR. Circulating factors in the etiology of pulmonary insufficiency and right heart failure accompanying sever sepsis. (Peritonitis). *Ann Surg*, 171: 663, 1970.
6. CRYLE C. Danger of conservative surgery in abdominal emergencies. *Surgery*, 35: 122, 1954.
7. CHIFFLET A. Complicaciones de la Colopatía Diverticular. *Congreso Internacional de Proctología*, 29, 1: 39, 1963.
8. DAWSON JL. Diverticulitis Coli complicated by difuse peritonitis. *Br J Surg*, 52: 354, 1965.
9. DELANNY E. Perforation apparemment apontanée du colon sigmoide ou ulcere aigu perforé du sigm. *Méd Acad Chir*, 82: 33, 1956.
10. DEL CAMPO, J. C. Abdomen Agudo. Montevideo. Científica del S.M.U., 1940.
11. DETIRE Ph. Les perforations en peritonée libre des sigmoidities. *Presse Méd*, 63: 1309, 1955.
12. EDELMAN G, HENRY E. Discussion sur les peritonities aigus general par perforation du colon sigmoide. *Chirurgie*, 194: 100, 1971.
13. FRIMANN DAHL J. Roentgen examination in acute abdominal disease. Ch. Thomas Spring, 1960, v. 3.
14. GERBER A. Experience with primary resection for acute obstruction of large intestin. *Ann Surg*, 44: 151, 1961.
15. GREGG RO. The place of the emergency resection in the management of obstruction and perforating lesions of the colon. *Surgery*, 37: 754, 1955.
16. HOUDARD GI, OBADIA A. Les perforations espontanées du gros intestin. *Ann Chir*, 14: 49, 1960.
17. LATASTE J. Les perforations espontanées du cecum. *J Chir*, 74: 468, 1957.
18. MADEEN J. Primary resection and anastomosis in the treatment of perforated lesions of the colon with abscess or diffusing peritonitis. *Surg Gynecol Obstet*, 113: 646, 1961.
19. MESHERRY CH. Surgery of large bowel for emergents conditions. *Arch Surg*, 53: 749, 1969.
20. MOORE BF. Post traumatic pulm. insufficiency. Philadelphia. Saunders, 1969.
21. PANTOPPIDAN H. Respiratory Failure in shock septic. Boston. Brown, 1971.
22. PANTOPPIDAN H. Acute respirat. failure in Surgical patient. *Adv Surg*, 4: 163, 1969.
23. PERDOMO R, ARMAND UGON C. Exteriorización sigmoidea de la perforación diverticular. *Cir Uruguay*, 46: 217, 1976.
24. ROUX M. Les perforations du colon sigm. en peritonée libre. *J Chir*, 60: 1, 1944.
25. ROXBURG HM, DAWSON JL. Emergency resection in treat, of diverticular disease of the colon, complicated by peritonitis. *Br Med J*, 3: 465, 1968.
26. RYAN P. Emergency resection and Anastomosis for perforated sigmoid diverticulitis. *Br J Surg*, 45: 611, 1958.
27. RYAN P. The effect of surrounding infection upon the healing of colonic wounds, experimental studies and clinical experiences. *Dis Col Rect*, 124: 51, 1970.
28. SMILY DF. Perforated sigmoid diverticulitis with spreading peritonitis. *Am J Surg*, 111: 431, 1966.
29. VALLS A. Peritonitis por perforación diverticular colónica. *Congreso Internacional de Proctología*, 39, 1: 113, 1963.
30. VARYRE P et DELBECO. Peritonitis aigués generalisées par perforation du colon sigmoide chez l'adulte. *Chirurgie*, 100: 655, 1974.
31. WATKINS GL y col. Surgical treatment of acute perforative sigmoid diverticular. *Surgery*, 69: 215, 1971.
32. WINDSBERG E. Single stage decompression and resection. *Surgery*, 46: 305, 1959.

Abscesos por complicación de la colopatía diverticular

Dr. Boris Asiner

Resultan del proceso séptico originado por complicación de un divertículo sobre todo el área sigmoidea. Desarrollo de supuración, proceso inflamatorio piógeno, localizado —limitado—. Contenido de gérmenes aerobios y anaerobios —polimicrobiano— con predominio de anaerobios Gram negativos.

Patogénicamente evolución iniciada en un divertículo en el que un cuerpo extraño intradiverticular (coprolito, resto celulósico) causa, erosión mucosa y ulceración. Instalación progresiva de un proceso inflamatorio inespecífico, supurado. Inicialmente microabsceso que evoluciona a macroabsceso yuxta o perisigmoideo. Dirección según la orientación del divertículo originario (Berman y col.). Inicial reacción inflamatoria del tejido pericolónico y meso. Engrosamiento fibroadiposo, pericolodiverticulitis, mesenteritis. Fijación parietal y acortamiento colosigmoideo.

El sector afectado por alteración inflamatoria es parietal pero extramucoso. Edema y congestión, se adiciona al engrosamiento microlónico presente por la enfermedad diverticular. La topografía del proceso —abscedación— puede ser topográficamente parietal —pero extramucosa— dejándola indemne. Diferencia esencial con el carcinoma de similar localización que presenta lesión mucosa. (El carcinoma toma origen en ella). En el carcinoma hay ulceración con bordes brotantes, sangrantes; infectada. Estenosis irregular, corta, breve, con terminación abrupta. Ausencia de divertículos (la presencia de ambas lesiones —“asociación”— es baja, 6%). La lesión por E.D.C. es más larga en el sigmoide. No hemos comprobado —con frecuencia— que el contenido del absceso presente comunicación con el sigmoide afectado por la C.D. Una peritonitis localizada, por lesión séptica de un divertículo de sigmoideo, puede evolucionar a limitación secundaria, con desarrollo de absceso. En relación a la inmunidad biológica y defensas orgánicas. Además, por disposición anatómica —limitativa— (ej. látero - cólica externa). Virulencia de los gérmenes, agresividad menor. Circunstancia no frecuente.

Habitualmente los abscesos son únicos. Orientación y desarrollo en la dirección del divertículo originario. Pueden tener ubicación:

I. Parieto - colónica externa izquierda, intraperitoneal, aislados en dicha logía. Perceptible a la palpación en F.I.I.

II. Retroperitoneal —secundario— subperitoneal. Evolución hacia atrás con signología sobre todo posterior, lumbar, y/o por encima y detrás de la cresta iliaca. Dolor y signos inflamatorios locales, donde la patología renal es más frecuente.

III. Intramural —mesocolónico— yuxta-sigmoidea (divertículo hacia el meso). Puede producir estenosis en el sector sigmoideo. No existen alteraciones de la mucosa (colon por enema - fibrocolonoscopia). Puede observarse

estenosis, que está en relación al foco séptico. No es reconocido este absceso previamente a la operación. La laparotomía permite observar la tumefacción de aspecto inflamatorio mesial yuxtasiigmoideo.

IV. Intraparietal. Habitualmente absceso pequeño de 2 a 3 cm. comprobado al resear el sigmoide patológico con C.D. El corte parietal muestra lesión excavada, supurada, intramural y el engrosamiento microlónico con divertículos y mucosa indemne.

Engrosamiento macroscópico, tumefacción, pericolodiverticulitis y fibrolipomatosis. Identificación del proceso al seccionar la pieza para su estudio. La signología clínica de estos abscesos por complicación séptica de la C.D. sigmoidea, está en relación a la lesión y evolución séptica del divertículo original. Por ser intraperitoneal, la denominación de epiema es más correcta. La repercusión general es variable, así como la presencia de estado febril (temperatura “oscilante”); no son constantes. Es frecuente la presencia de leucocitosis, velocidad de sedimentación elevada.

La palpación de una tumefacción (absceso) no es constante. Cuando está en la F.I.I. pelvis o pelviabdominal, la palpación combinada con el tacto pelviano (T.R. o T.V.) puede evidenciarlo. En los casos que tratemos, fuera de las circunstancias señaladas, hubo dificultades en reconocerlos. También en diferenciarlas con el pseudo-tumor inflamatorio de origen diverticular o aún con el carcinoma de esa topografía. Actualmente es de ayuda el sonograma —tomografía con ángulo chico— que puede ser concluyente.

Una buena clínica, confrontada con la radiología simple del abdomen y tomografía —sonografía—, así como del colon por enema, estudio de la mucosa y endoscopia, aportan datos útiles. El dolor ha sido uno de los signos más frecuentes. Poco intenso, de instalación progresiva en relación al proceso y su proyección parietal, abdominal. Bajo vientre, hipogastrio, lumbar o pelviano (signos urinarios). En los antecedentes pueden existir alteraciones colointestinales en el tránsito (diarreas, estreñimiento) a veces agregados patológicos a lo defecado. En la radioscopia es posible comprobar, en el desarrollo del colon por enema, por palpación, aumento de la sensibilidad en el área colosigmoidea. En los casos de abscesos “intermediarios” en fistulas sigmoidovesicales (de 14 enfermos operados, 5 tenían abscesos intermediarios), existía signología urinaria —vesical—. En la mayoría había fistulización con neumatúria y fecaluria, coincidiendo con la fistulización al ser operados. El estudio del colon por enema puso de manifiesto la presencia de la C.D. sigmoidea. Pero no hubo en todos definición, en cuanto a la presencia del absceso intermediario, aunque su posible existencia fue planteada. La exploración laparotómica completa, metódica

y ordenada permitió su hallazgo. Debe efectuarse siempre al amiento y bloqueo del foco teniendo el aspirador, listo para la evacuación del proceso supurado.

Siempre se efectuará la investigación bacteriológica y ensibilidad e identificación.

El desarrollo de estos abscesos, no fue de pre en acción como cuadro agudo, ni de instalación repentina. La mayoría toleraban esta complicación y eran oligosintomáticos. En las circunstancias señaladas, consultaron al urólogo por pseudocistitis o neumatúria y fecaluria. El colon por enema, completando el estudio urinario, puso de manifiesto la existencia de la colopatía.

En los abscesos intramurales —intramesocolónicos— las manifestaciones presentes fueron de tipo oclusivo —intermitentes— (subocclusivos). Dolores tipo cólico, materias asentadas y sensación de distensión en F.I.I. y flanco.

El colon por enema mostró estenosis sigmoide larga, extensa, regular, con mucosa indemne y presencia de divertículos, sin lesión mucosa.

En los casos en que se hizo el estudio bacteriológico los gérmenes hallados eran de origen intestinal, predominando los anaerobios (Gram negativos, bacteroides fragilis y los escherichia coli, estrepto [aerobios]). Es decir polimicrobianos, flora mixta. La antibioterapia incluyó en su aspecto a ambos, con uso de 2 antibióticos. Habitualmente pocas fueron las veces que se hizo reconocimiento positivo preoperatorio del absceso.

Frecuentemente ha sido la laparotomía exploradora por posible complicación de C.D., que permitió verificar la presencia del absceso, aunque en los casos de topografía parietocólica pelviana o lumbar, fue planteado.

El diagnóstico tiene pues serias dificultades. Cuando el absceso no es resuelto oportunamente, presencia no reconocida y laparotomía exploradora no es realizada, puede desarrollar graves complicaciones:

1) Perforación —ruptura o efracción— al peritoneo. Peritonitis secundaria de difícil recuperación. Hemos visto una enferma que estuvo 4 días internada en Sala de Medicina por supuesto problema médico (sin diagnóstico definido). Desarrolló en sala un cuadro agudo abdominal con peritonitis grave. La autopsia mostró que la causa era un absceso yuxtásigmoideo cubierto secundariamente. La radiografía simple de abdomen antes de la autopsia mostró ó signos de peritonitis difusa y neumoperitoneo de los días previos.

2) La sepsis —bacteriana y toxemia— con evolución adicional de deficiencias parenquimatosas —visceral— múltiples, es otra complicación frecuente e irreversible. Enfermos considerados por shock séptico (insuficiencia renal aguda, insuficiencia pulmonar, cardíaca, hepática, etc.).

3) La fistulización, frecuencia mayor en abscesos intermedios sigmoidevesicales, debe ser conocida como posible —preoperatoriamente—. Al operar las fístulas sigmoide - esica-

les. Origen en colopatía sigmoidea complicada. No siempre es posible visualizar la fístula por colon por enema, aunque sí la salida extraluminal de barita orientada hacia la vejiga.

El tratamiento de los abscesos es incuestionablemente quirúrgico. Al haber supuración toma toda su vigencia la evacuación por vía más directa y el drenaje: "...ubi pus ubi vacua..."; donde hay pus hay que evacuarlo.

El advenimiento de los antibióticos, si bien tiene utilidad no sustituye la estrategia señalada y deben ser incluidos en la terapéutica. Es posible (requiere experiencia en cirugía de colon) —aconsejable— resolver la causa originaria, además de la complicación. Resección de la colopatía diverticular sigmoidea complicada. La obliteración del foco visceral séptico, cumple el mejor tratamiento antiinfeccioso. La desviación fecal, colostomía proximal, por sí sola no constituye una táctica resolutive. La resección no equivale a anastomosis primaria. Los cabos pueden ser abocados a la piel, para posterior solución, cuando sea posible. La operación de Hartmann es otra posibilidad a tener en cuenta. La anastomosis primaria y solución de la fístula sigmoideovesical luego de la resección del sigmoide, con previa o concomitante colostomía proximal, ha sido la conducta seguida por nosotros en los casos de fístulas sigmoideovesical y absceso intermedio.

Es obvio obtener muestra para estudio bacteriológico. El cierre posterior de la colostomía de desviación fecal es sabido que requiere un contralor previo del colon por enema, que muestre permeabilidad y buenas condiciones en la anastomosis colorrectal. Frecuentemente hemos descendido el ángulo izquierdo del colon para que la anastomosis no tenga tensión. Por lo expuesto, la estrategia debe ser meditada en cada circunstancia.

Tal como lo señala Goligher, la colostomía no previene la fuga de anastomosis, pero sí la importancia y gravedad de su incidencia en el enfermo.

La desinfección intestinal es útil, pero la vacuidad debe obtenerse (enema) dieta líquida preoperatoria. Uso en el preoperatorio inmediato de antibióticos, uno o más, con acción sobre los gérmenes intestinales (anaerobios sobre todo, y aerobios). Es preciso definir la "oportunidad operatoria" en base a la evaluación de las condiciones del enfermo y la complicación presente.

Reanimación adecuada controlada. Nuestra casuística y experiencia personal comprende 11 casos operados sin mortalidad. En el Departamento de Anatomía Patológica hemos efectuado el estudio autopsico de enfermos fallecidos por esta causal.

2 - yuxta o perisigmoideos parietocólicos externos izquierdos.

Abscesos 11

- 1 - retroperitoneal.
- 1 - pelviano.
- 1 - mesocolónico.
- 1 - intramural.
- 5 - "intermedios" —en casos de fístulas sigmoide - vesicales.

No hemos tenido mortalidad operatoria aunque sí morbilidad, sobre todo infección y supuración de herida operatoria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALTEMEIER WR. Intraabdominal abscess. *Am J Surg*, 125: 70, 1973.
2. ASINER B. Enfermedad Diverticular del Colon. Montevideo. Magallanes, 1971.
3. ASINER B. Indicaciones Quirúrgicas de la E.D.C. o C.D. *Congreso Internacional de Proctología*, 3º, 1: 139, 1963.
4. ASINER B. Diverticulitis Colónica y sus complicaciones. *Día Méd Uruguayo*, 285: 1489, 1957.
5. ASINER B, SCHENONE H. Fístulas Sigmoido Vesicales por complicación de la E.D.C. *Cir Uruguay*, 43: 253, 1973.
6. BERMAN L. A critical reapraisal of Sigmoid Peridiverticulitis. *Surg Gynecol Obstet*, 121: 27, 1968.
7. BYRON RV. Primary Resection of the Colon for perforate Diverticulum. *Am J Surg*, 112: 273, 1966.
8. CENDAN, ALFONZO JE. Comunicación Personal. 1958.
COLCOCK B. Surgical management of Diverticulitis. *Surg Gynecol Obstet*, 102: 721, 1956.
CRILE C Jr. Danger of Conservative Surgery in Abdomen Emergencies. *Surgery*, 35: 122, 1954.
11. CHIFFLET A. Complicaciones en la Colopatía Diverticular. *Congreso Internacional de Proctología*, 3º, 1963, v. 1.
12. DELGADO B. Abscesos perisigmoideos de origen diverticular. *Congreso Internacional de Proctología*, 3º, 1963, v. 1.
13. HINKEY EJ. Treat. of Perforated Divert. of the Colon. *Adv Surg*, 12: 85, 1978.
14. KOCOUR EJ. Diverticulosis of the colon. Its incidence in 7000 consecutive autopsies with reference to its complications. *Am J Surg*, 37: 433, 1937.
15. MADDEN J. Primary Resection and Anastomosis in the treat. of Perforated Lesions of the Colon with abscess or Diffusing Peritonitis. *Surg Gynecol Obstet*, 113: 646, 1961.
16. MAYO CW, BLINT CP. The surgical management or the complications of Diverticulitis of the large intestine. Analysis of 202 cases. *Surg Clin North Am*, 30: 1005, 1950.
17. NICHOLS RL. Peritonitis and Intraabdominal abscess. *Rev Infect Dis*, 1: 302, 1974.
18. NOBLES ER Jr. Bacteroides infections. *Ann Surg*, 177: 601, 1973.
19. REDFERN WT. Intraabdominal abscess. *Arch Surg*, 85: 278, 1962.
20. RODKEY CV, WELCH CC. Colonic Divert. Disease. Surgical Treatment. *Surg Clin North Am*, 54: 655, 1974.
21. ROXBURGH RA. *Br Med J*, 111: 465, 1968.
22. RYAN P. Emergency resection and Anastomosis for Perforated sigmoid. Diverticulitis. *Br J Surg*, 45: 611, 1958.
23. SWENSON RM and col. The bacteriology of intra-abdominal infections. *Arch Surg*, 109: 398, 1974.

Fístulas en la enfermedad diverticular del colon

Dres. Gonzalo Maqueira y Horacio Pitamiglio

INTRODUCCION

La complicación fistulosa de la Enfermedad Diverticular del Colon, puede afectar cualquier órgano pelviano o la piel (fístulas externas o internas).

No constituyen, en general, indicación de una terapéutica de emergencia, como ocurre con otras complicaciones de la enfermedad diverticular, lo cual permite elaborar medítadamente el plan de tratamiento para cada caso en particular.

Esta serie se compone de 35 observaciones, reunidas en una encuesta realizada a 50 cirujanos de nuestro medio.

Los resultados de la encuesta permiten separar 3 grupos:

18 cirujanos que aportaron las 35 observaciones.

21 que no habían tenido experiencia con complicaciones fistulosas en la enfermedad diverticular del colon.

11 que si bien habían tenido experiencia, no aportaron sus casos por motivos diversos, o éstos no estaban lo suficientemente documentados como para incluirlos.

Sólo podemos tener en cuenta información de los 39 cirujanos que integran los dos primeros grupos.

La primera conclusión que puede extraerse de la misma, es que la experiencia reunida en

forma personal por cada cirujano es muy escasa. El máximo de enfermos con fístulas en la enfermedad diverticular del colon, tratadas por un solo cirujano alcanzó a 6, con promedio de 1 a 2 y una amplia mayoría que no tenía ningún caso operado.

La finalidad de esta serie es analizar las observaciones haciendo consideraciones sobre el mecanismo del diagnóstico y sobre la terapéutica utilizada, sin pretender entrar en consideraciones de orden estadístico.

Las 35 observaciones comprenden:

Fístulas colovesicales	19
Fístulas colocutáneas	9
Fístulas colovaginales	3
Fístulas coloentéricas	2
Fístulas colouterinas	1
Fístulas coloureterales	1

De las 35 observaciones, 22 son del sexo masculino (62,85 %) y 13 del sexo femenino (37,15 %).

Las edades oscilaron entre 42 y 90 años, con una edad promedial de 63 años.

FISTULAS COLOVESICALES

Las fístulas colovesicales son las de mayor incidencia en la colopatía diverticular. En esta serie se repite la predominancia señalada en la literatura (9), correspondiendo 19 casos de

F.C.V. frente a 16 observaciones de otros tipos de fistulas, lo que hace un porcentaje de 54,28 %.

Casi todos los pacientes presentaron previamente a que se descubriera o manifestara la fistula alteraciones urinarias (polaquiuria, hematuria, disuria, cistitis).

En el 30 % se ignoraba que eran portadores de una colopatía diverticular.

Predomina el sexo masculino, en una proporción de 3 a 1 (14 hombres - 5 mujeres). En otras publicaciones esta relación llega a 4 a 1 y 5 a 1 (2, 30).

Esto se explica por estar la vejiga, en la mujer, protegida por el útero ligamentos anchos. En el hombre una fistula anterior sólo puede involucrar vejiga mientras que en la mujer puede comprometer vejiga, útero o vagina. La incidencia mayor de complicaciones vesicales en la mujer histerectomizada, confirma este hecho.

En cuanto a la edad, la incidencia mayor se cumple entre los 50 y 70 años, contando el de más edad 90 años y el de menor 42 años.

El proceso de formación de la fistula ha sido referido en varias publicaciones (1, 13, 36). Está vinculada en la mayoría de los casos a la construcción de una perisigmoiditis que adhiere secundariamente a la vejiga y en su proceso inflamatorio invade y perfora la pared. También puede la fistulización seguir a la formación de un absceso que busca su drenaje hacia la cavidad vesical.

Habitualmente la topografía de la fistula se hace a nivel de la cúpula vesical, en general a izquierda, encima del triángulo. El sector intestinal responsable, en la mayoría de los casos, es el sigmoides o rectosigmoides. El proceso adherencial entre ambas vísceras ha sido variable, desde un proceso inflamatorio que engloba toda la pelvis pasando por una perisigmoiditis más o menos limitada, hasta un proceso circunscripto a un foco de poca extensión (12). Es decir, que si bien en la mayoría de los casos se encuentra un complejo inflamatorio pelviano que dificulta las maniobras

operatorias o las hace imposibles, en algunas oportunidades éste es de poca jerarquía, facilitando la cirugía de resección.

— Clínicamente hay una etapa inicial que anuncia la fi a dada fundamentalmente por in oma urinario inespecíficos, que cuando ocur en en un enfermo portador de una E.D.C., deben hacer pensar en la posibilidad de la complicación (3, 10 15 23).

La neumatúria y fecalúria fueron el síntoma predominante en los casos analizados, estando presentes en 17 (89 %) de las 19 observaciones, haciendo el diagnóstico de la fistulización. Si bien la neumatúria y la fecalúria pueden considerarse prácticamente patognomónicas de una F.C.V. es necesario recordar que la neumatúria puede también ocurrir en pacientes diabéticos debido a la fermentación de la glucosa urinaria y también, bajo determinadas condiciones, el gas puede ser producido por ciertos microorganismos (35).

No se anotó ningún caso de pérdida de orina por el recto, aunque es un hecho posible cuando existe obstrucción del sector urinario bajo.

— El estudio radiológico de colon por enema fue realizado en 16 casos (no existe constancia del examen en los restantes).

Demostró la existencia de una fistula solamente en 4 pacientes. El pasaje del bario a vejiga o la fuga del mismo por fuera del sigmoides debe hacerse mediante radioscopia, sobre todo con amplificador de imagen realizando enfoques en varias incidencias (fig. 1).

El examen es útil para confirmar la existencia de la E.D.C. y valorar su extensión, así como también para despistar la posibilidad de un neoplasma como responsable de la fistulización (7, 14, 33).

— En este último aspecto también es útil la fibrocolonoscopia y la rectosigmoidoscopia. Esta última realizada en 6 casos de F.C.V. en ninguno puso en evidencia la fistula y tampoco señaló elementos que hicieran el diagnóstico de E.D.C.

— La cistoscopia es valiosa para descubrir la fistula o los signos indirectos de la misma. Se realizó en 11 casos: en 2 se visualizó la fistula, en 3 se anotan modificaciones en un área localizada de la mucosa vesical (edema bulloso, enrojecimiento) que se correspondía con la zona de implantación del proceso sigmoideo (35). En 6 observaciones la cistoscopia no agregó elementos de diagnóstico útiles, salvo el permitir concluir que no era un neoplasma de vejiga el responsable del proceso. En una observación se apreció un cálculo vesical concomitante con la fistula por E.D.C. Según Pennington (28) en una serie de 96 casos, con la cistoscopia descubre la fistula o signos indirectos de la misma en el 70 % de los pacientes estudiados (este autor llega a repetir en algún caso, hasta 5 veces el examen).

— La cistografía, realizada en 9 casos, en 8 no reveló ningún elemento útil para el daig-



FIG. 1.— Fistula colovesical. La flecha señala el trayecto fistuloso entre vejiga y colon (obs. del Dr. Hernán Parodi).

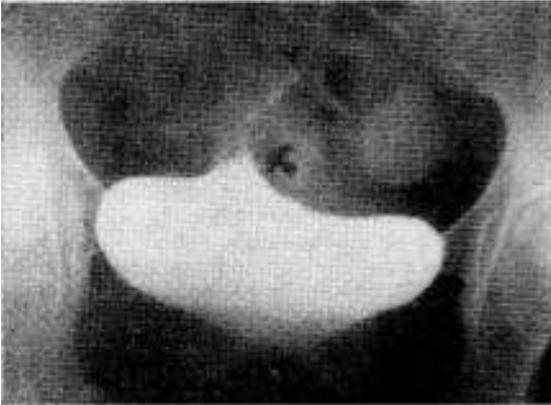


FIG. 2.— Cistografía: la flecha señala el escape del contraste a través de la fístula colovesical. Puede verse el colon que comienza a llenarse con el contraste.

nóstico no visualizándose el trayecto de la fístula; en 1 fue muy demostrativo del trayecto fistuloso, como puede apreciarse en la fig. 2.

— La urografía fue realizada en 12 casos; si bien no muestra el trayecto fistuloso, permite en pacientes que seguramente deben ser operados, conocer la topografía ureteral y valorar la funcionalidad renal.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la F.C.V. es quirúrgico.

— En esta serie, solamente en un paciente con malas condiciones generales (vascular, diabético, con una prótesis infectada y fistulizada de cadera) no se realizó cirugía. Se consideró que no habiendo obstrucción urinaria era preferible adoptar una actitud expectante mientras se solucionaban otros problemas. Tampoco se hizo colostomía. Este enfermo sobrevivió 2 años no haciendo ninguna complicación por su fístula C.V.

— En otro caso, un paciente de 90 años, se optó por efectuar solamente una colostomía transversa. Poco después cerró la F.C.V. viviendo 2 años sin síntomas atribuibles a la misma.

Casos similares a esta observación en que la colostomía apaga el proceso hasta el cierre de la misma, son citados en la literatura (35).

Un hecho práctico a destacar es el inverso: en pacientes en que la colostomía llevó al cierre de la fístula, creyéndose el problema solucionado en forma definitiva y efectuándose entonces el cierre de la colostomía, volvieron a "reagudizar" el proceso diverticular y se reconstituyó la fístula.

La conducta de efectuar el cierre de una colostomía sin tratar el foco intestinal responsable es riesgosa.

Lo correcto, siempre que sea posible, es la resección del intestino enfermo, más el trayecto fistuloso y vesical afectado.

Esta operación puede hacerse en un tiempo (resección y anastomosis sin colostomía) o bien en forma escalonada, a dos tiempos (primero: resección y anastomosis más colostomía; segundo: cierre de la colostomía) o en tres tiempos (primero: colostomía; segundo: resección y anastomosis; tercero: cierre de la colostomía).

A veces el primer tiempo operatorio comprende el drenaje de una colección supurada pelviana más la colostomía.

En un paciente con colon bien preparado y mínimo proceso inflamatorio agudo y sin obstrucción, puede aceptarse el procedimiento en un tiempo, que es defendido por muchos autores (5, 24).

Fuera de estos casos los procedimientos escalonados son los indicados por ofrecer menor riesgo (8, 18).

— En las restantes 17 observaciones se llevó a cabo el siguiente plan terapéutico: A) En dos observaciones se realizó resección primaria y anastomosis sin colostomía (en uno se dejó una sonda de cecostomía). Ambos tenían un proceso muy limitado y apagado desde el punto de vista inflamatorio, evolucionando bien.

B) En 5 casos, se hizo resección del complejo visceral pero no se hizo anastomosis de colon:

- En 3 casos se resolvió por abocamiento del cabo superior a la piel y cierre del inferior tipo Hartmann. Sólo en 1 se volvió a restablecer el tránsito intestinal por anastomosis secundaria de colon. Otro de los enfermos de este grupo, operado de urgencia en malas condiciones generales, con una sepsis grave, fallece en insuficiencia renal en el postoperatorio inmediato.
- En 2 casos, se abocaron ambos cabos a la piel. En estos dos pacientes, se restituyó el tránsito del colon por anastomosis secundaria.

C) En 10 observaciones, la operación fue planeada en forma escalonada, a 3 tiempos:



FIG. 3.— Cistografía: el contraste inyectado en vejiga rellena de colon. Pueden apreciarse los divertículos.

- En dos casos la primera etapa de la colostomía acompañó al drenaje de un absceso pelviano y todavía no se pasó a la segunda etapa de resección visceral.
- En ocho casos se realizó la operación en 3 tiempos, siendo la evolución buena.

En este grupo el plazo entre la primera operación y la segunda, fue variable, entre 20 días y 6 meses.

Es aconsejable extender los plazos entre la colostomía y la etapa de resección hasta tener la seguridad de que se conjuró el problema inflamatorio.

Dice Colcock (7) que incluso un proceso inflamatorio intenso suele ceder completamente después de una colostomía transversa, aunque se necesiten, a veces, 6 a 7 meses para ello, aunque otros autores, por el contrario, establecen que la colostomía no pone al abrigo de otros empujes inflamatorios (5).

Es discutible si durante ese plazo de espera deben realizarse lavados del colon destransitado usando antisépticos o antibióticos.

Cuando se decide el tratamiento visceral, a nivel del sigmoide la resección debe ser todo lo ampliamente necesaria para comprender el sector enfermo, dejando buenos cabos para la anastomosis, es decir, cabos intestinales que no sean indurados ni edematosos, sin elementos inflamatorios, con buena vitalidad y sin tensión en las suturas. Ninguna colostomía ni el uso de antibióticos asegura el resultado de una anastomosis que no se haya hecho en buenas condiciones.

La resección a nivel de vejiga comprende el sector involucrado por el proceso seguida del cierre de la brecha, en dos planos, asegurando el drenaje de la vejiga mediante sonda uretral o más excepcionalmente por una sonda suprapúbica. A veces no es necesario reseccionar vejiga realizándose simplemente el cierre de un orificio pequeño que incluso en oportunidades es muy difícil de localizar. En este último caso, puede ponerse en evidencia inyectando a través de una sonda suero en la vejiga y buscando el escape por el orificio de la fístula.

El tercer tiempo o cierre de la colostomía, se efectuó, en la serie que analizamos, en plazos promediales de un mes.

Es aconsejable, antes de efectuar el cierre, que no debe ser apresurado, asegurarse de que no hay un proceso inflamatorio pelviano en curso y de que las condiciones de la anastomosis son buenas, lo que puede controlarse con estudios radiológicos contrastados de colon realizados a baja presión o bien mediante endoscopia muy cuidadosa.

La cirugía en 3 tiempos, que en general se ve como más segura y cuenta con la preferencia en nuestro medio, tiene un riesgo que surge de equivocar el diagnóstico entre una C.D. que necesita tiempo entre la primera y segunda etapa quirúrgica y un neoplasma de colon que exige una rápida solución.

El neoplasma siempre debe pesquisarse por todos los medios posibles y en caso de dudas

apresurar la etapa de resección, aunque no se realice la anastomosis en ese momento (17).

En suma: del análisis de estas 19 observaciones, surge que las F.C.V. son las que con mayor frecuencia complican a la C.D., predominando ampliamente en el sexo masculino, con una incidencia mayor entre 50 y 70 años.

La fístula debe sospecharse en todo paciente portador de una E.D. de colon que inicia síntomas urinarios, aunque en el 30 % de los casos se ignora la existencia de la E.D.C. y el enfermo debuta con la complicación.

La neumaturia y fecaluria hacen el diagnóstico en la mayoría de los casos (89 %).

Los exámenes de diagnóstico (endoscópicos de colon y aparato urinario, cistografía, colon por enema) no sólo buscan con mayor o menor grado de posibilidad mostrar la fístula o signos indirectos de la misma, sino también demostrar el grado de extensión de la E.D. y despistar un posible neoplasma de colon o de vejiga.

El tratamiento quirúrgico fue en esta serie muy variado, a veces incluso sin una base defendible por la conducta elegida.

El plan de tratamiento en general, se efectúa con operaciones en un tiempo o escalonadas en 2 ó 3 tiempos.

En pacientes con colon bien preparado, mínimo proceso inflamatorio agudo, sin oclusión intestinal, puede aceptarse la operación en un tiempo, aunque una amplia mayoría de los cirujanos, en nuestro medio, prefieren las operaciones escalonadas en dos y sobre todo, en tres tiempos.

Lo ideal es buscar el profilaxis de estas complicaciones de la E.D., lo cual se lograría con la selección correcta y más precoz para la cirugía de este tipo de enfermos, antes de que llegue a la etapa de complicación.

En 19 observaciones solamente se produjo una muerte por un cuadro de sepsis, lo que hace una mortalidad de 5,26 %.

FISTULAS COLOCUTANEAS

En 9 observaciones de la serie de 35, la fístula fue del tipo entero-cutánea (25,7 %). En grandes series de operados por E.D.C. la F.E.C. tiene una incidencia del 3,5 al 8 % sobre el total de operados (18).

La forma de presentarse la F.E.C. establece dos subgrupos:

- Uno integrado por dos observaciones donde el mecanismo de producción de la fístula fue "espontáneo", es decir siguiendo el propio proceso inflamatorio de la C.D. (77, 19, 34).
- Otro, integrado por 7 observaciones, en las que la F.C.C. se constituyó después de maniobras quirúrgicas, es decir, fístulas "secundarias a cirugía" por C.D.

Fístulas colocutáneas "espontáneas"

La forma de presentarse en la clínicas ambas observaciones fue muy similar.

— Un paciente consultó por una tumoración de tipo inflamatorio, localizada en fosa iliaca izquierda. Se ignoraba que era portador de una C.D. Se practicó drenaje de la tumoración por incisión sobre la misma, dando salida a un pus muy fétido; secundariamente se estableció por el mismo sitio del drenaje la salida de materias fecales.

El colon por enema demostró la existencia de la E.D.C., no identificando la fistula. La fistulografía mostró, además del trayecto fistuloso su origen en el colon con divertículos.

Como terapéutica se practicó colostomía transversa, cerrando el trayecto fistuloso. Secundariamente se practicó resección del sector de colon comprometido y posteriormente cierre de la colostomía.

— El otro caso, con caracteres muy similares, presentaba la tumoración en fosa lumbar izquierda, fluctuante, con aspecto de un absceso de origen renal.

Fue drenado constituyéndose la F.C.C. que también cerró después de practicarse una colostomía transversa. Ulteriormente se efectuó la resección del colon patológico y luego el cierre de la colostomía.

En nuestro medio, Chifflet (22) insistía en una forma de fistula cutánea escrotal que podía seguir a un proceso de sigmoiditis abscedada cuando el sigmoide enfermo ocupaba un saco herniario. En la literatura se describen fistulas escrotales independientes de la existencia de una hernia e incluso acompañadas de otras fistulas a nivel perineal (22).

También han sido descritas fistulas externas consecutivas a una diverticulitis y peridiverticulitis abscedadas exteriorizadas en la región glútea izquierda, habiendo seguido la colección purulenta el camino del retroperitoneo (34).

En todos estos casos rige el mismo principio de tratamiento: resecar el foco intestinal causante del proceso como única forma de lograr una curación segura, dado que el cierre espontáneo, aun bajo una colostomía, es una posibilidad remota.

Fistulas colocutáneas "secundarias a cirugía"

En 7 observaciones la F.C.C. siguió a una maniobra quirúrgica en el tratamiento de la E.D.C. o de una de sus complicaciones.

— Dos observaciones corresponden a enfermos tratados en agudo para resolver el drenaje de un absceso pelviano.

En ambos casos se trató el complejo visceral por "emparedamiento" con mechas de gasa, sin colostomía. Secundariamente se establece por la herida operatoria la fistula que da salida a materias fecales.

Uno de los casos fue resuelto efectuando una colostomía transversa y tres meses después, la resección del sigmoide y anastomosis; ulteriormente se cerró la colostomía.

En la otra observación se practicó como tratamiento una colostomía transversa que llevó al cierre de la fistula cutánea. El aspecto ra-



FIG. 4.—Fistula colocutánea secundaria a resección de sigmoide por enfermedad diverticular. Se visualiza la fistula en su sector yuxtaintestinal y algún divertículo.

diológico del colon animó al cirujano a realizar el cierre de la colostomía sin resecar el sector colónico comprometido. Se reprodujo la fistula en el mismo sitio, obligando a efectuar la resección visceral.

— Cinco observaciones corresponden a fistulas que siguen a la cirugía de resección del sigmoide.

En todos ellos el trayecto fistuloso se localizó a nivel de la incisión operatoria y se constituyó en el postoperatorio inmediato, o a las pocas semanas de la operación (en uno de ellos después del drenaje de una abundante colección purulenta).

Las operaciones previamente realizadas fueron:

- Resección de sigmoide y colostomía en el mismo acto operatorio: 3.
- Resección en un tiempo (sin colostomía): 2.

La causa de la fistulización correspondió a una falla de sutura de la línea anastomótica (fig. 4).

En tres observaciones queda evidente que la realización de una colostomía no asegura contra las complicaciones de una anastomosis. La seguridad debe buscarse en las condiciones de los cabos intestinales a anastomosar, que de-

ben estar sometidos a estrictas exigencias para evitar esta complicación. Realizando cirugía de elección, con el colon bien preparado y evitando anastomosar cuando hay actividad inflamatoria en la pelvis o en el intestino, puede reducirse el riesgo.

Los cabos intestinales no deben ser edematosos ni engrosados. Deben ser blandos, de pared fina y flexible, es decir sin componente inflamatorio activo.

A veces el intestino que parece ofrecer, por la resistencia de sus paredes, una mayor seguridad para una sutura, es el peor, pues esa resistencia está dada por el propio proceso patológico.

En las cinco observaciones de falla de sutura no existen datos referentes a las condiciones en que se realizó la anastomosis que permitan extraer otras conclusiones que no sean las de orden general señaladas por muchos autores (8, 24, 30).

Las fistulas que siguieron a la resección del sigmoides con colostomía transversa realizada en el mismo acto operatorio fueron tratadas de la siguiente manera:

— En un caso se efectuó nueva resección de sigmoides y anastomosis, siguiendo tiempo después con el cierre de la colostomía.

Evoluciona bien.

— En otro se realizó nueva resección de sigmoides (muy difícil técnicamente por el complejo adherencial inflamatorio de la pelvis) efectuándose colostomía del cabo proximal y cierre tipo Hartmann del cabo distal. En un segundo tiempo se cerró la colostomía transversa sin intentar rehacer la anastomosis sigmoidea.

Este caso es evidencia de que en una primera operación de resección se juega todo en el tratamiento de la enfermedad diverticular y que un fracaso puede llevar el precio de una colostomía iliaca definitiva.

— En el caso restante se practicó un procedimiento nada ortodoxo. Se reseco la fistula y se efectuó el cierre del orificio a nivel del colon sin realizar nueva resección por las enormes dificultades creadas por el proceso plástico existente. Con este procedimiento cerró la fistula cutánea y al cabo de 4 meses se hizo el cierre de la colostomía, evolucionando bien.

Las dos observaciones que fistulizaron después de resección primaria fueron tratadas:

— El primero por colostomía transversa, cerrando la fistula cutánea. Después de estudio radiológico de colon con bario, que no mostró obstáculo en la anastomosis, se efectuó el cierre de la colostomía evolucionando bien.

— En el segundo, que presentaba una fistula fecaloidea de poco gasto, con tránsito intestinal conservado y sin ningún trastorno abdominal ni del estado general, se adoptó una actitud expectante y la fistula evolucionó a la curación.

Este es un hecho a tener en cuenta, pues no habiendo obstáculo al tránsito intestinal, la posibilidad de evolución hacia la curación espontánea es reconocida por muchos cirujanos.

FISTULAS COLOENTERICAS

En dos observaciones se comprobaron fistulas de colon al intestino delgado. Ninguna de ellas fue sospechada en el preoperatorio.

— Un paciente de 65 años es operado (Doctor Latourrette) por una oclusión de delgado, encontrándose un conglomerado de asas ileales adheridas a sigmoides. Se hizo una resección de delgado con el sector de colon comprometido, habiéndose planteado el diagnóstico operatorio de neoplasma de colon. La restauración del tránsito intestinal se resolvió por anastomosis término-terminal a nivel del delgado y del colon.

En la pieza operatoria se comprobó la existencia de una fistula ileo-colónica y la E.D. como causa del proceso.

— La segunda observación es un paciente de 57 años, que presentó una tumoración abdominal de fosa iliaca izquierda e hipogastrio, dolorosa, con aspecto inflamatorio. Se practica laparotomía exploradora (Dr. Ríos Bruno), encontrándose una masa que comprende intestino delgado adherido a sigmoides. Se reseca delgado y el sector de colon comprometido, anastomosándose el intestino delgado por sutura cabo a cabo y abocándose ambos extremos colónicos a piel. En la pieza operatoria se comprueba al existencia de una fistula colo-ileal en una E.D.C.

Secundariamente se hizo el cierre de colon por anastomosis cabo a cabo.

Las F.C.E. serían el 10 % de las producidas en la colopatía diverticular (9).

En general la fistula compromete el delgado a nivel del ileon pero también puede hacerlo a nivel del yeyuno (32).

Como en las observaciones de esta serie clínicamente puede no haber nada que indique la existencia de la fistula de delgado y ella se encuentra en la operación, en la pieza operatoria o lo menos frecuente, por medio de un estudio de colon por enema.

Dice Colcock (9) que debe sospecharse en cualquier paciente con diverticulitis que sigue una evolución séptica a pesar de haberse practicado una colostomía proximal. La fistula coloentérica "shuntea" a la colostomía y la vuelve inoperante pudiendo además convertirse en un factor de exfoliación hidroelectrolítica.

FISTULAS COLOVAGINALES

Las F.C.V. tienen mayor incidencia en pacientes a las que se practicó histerectomía total o subtotal (10) pero se presentan también en mujeres que tienen un aparato genital normal y en muchas publicaciones incluso predominan en este grupo (2, 15).

Clinicamente el síntoma fundamental es el flujo vaginal purulento o fecaloideo, precedido o no de sangre y a veces con pérdida de gases por vagina. El examen genital con espéculo puede revelar el orificio fistuloso. El examen pelviano encuentra a veces una tumoración que corresponde al proceso inflamatorio.

Los exámenes de colon por enema y la fistulografía transvaginal pueden revelar la fistula y su conexión con colon, así como la naturaleza diverticular de la enfermedad de fondo (fig. 5).

Una fistula colovaginal puede plantear situaciones de urgencia: es la que se asocia a una F.C.E. de delgado (9).

Si el gasto de la fistula de delgado es grande, el drenaje de líquidos por vagina puede ser muy importante y conducir a una severa pérdida hidroelectrolítica, así como a lesiones de escoriación de periné.

En este tipo de fistula múltiple la colostomía sola no resuelve el problema, pues la fistula de delgado a colon "shuntea" la colostomía y se mantiene el drenaje y el tránsito a través de la zona inflamatoria. En este caso el plan quirúrgico debe atender en primer término a la solución de la fistula del intestino delgado.

En las F.C.V. el plan de tratamiento para el colon variará, desde la resección en un tiempo hasta la cirugía escalonada a dos o tres tiempos, dependiendo mucho de las condiciones locales del proceso inflamatorio.

El polo vaginal en general se resuelve, cerrando el orificio fistuloso o bien utilizándolo como drenaje del foco pelviano.

En esta serie se encuentran 3 observaciones de F.C.V.

Obs. 1.— 70 años, virgen, con una historia de flujo vaginal importante que no se examinó correctamente por oposición de la enferma. Se mantuvo un plazo prolongado hasta que el corrimento vaginal se hizo fecaloideo. El examen genital reveló el orificio fistuloso en el fondo vaginal posterior. Se realizó una fistulografía introduciendo una sonda fina por el orificio vaginal y se rellenó el colon con divertículos.



Fig. 5.—Fistula colovaginal: la introducción del contraste por una sonda rectal provoca el reflujo a vagina.

El colon por enema también pone en evidencia que todo el proceso es consecuencia de una E.D.C.

El tratamiento se realizó en 3 tiempos: colostomía transversa; a los 4 meses resección por sigmoides y cierre de la F.V.; a los 3 meses cierre de colostomía, curando la enferma.

Obs. 2.— 53 años, operada de una leucoplasia vulvar. En el postoperatorio alejado comienza con pérdida de gases y materias por la vagina. El examen genital revela un orificio fistuloso en el fondo de saco vaginal posterior. No tiene antecedentes de historia digestiva previa ni se hicieron estudios de colon.

Se interviene por vía vaginal, efectuándose el cierre del orificio fistuloso.

Recidiva de la fistula casi de inmediato.

Se completa el estudio, mostrando el colon por enema una colopatía diverticular con un trayecto fistuloso a nivel de la unión rectosigmoidea.

Se realizó una colostomía y se espera actualmente que se cumplan los plazos de desfuncionalización del tránsito para proceder al tratamiento visceral.

Este caso es uno más que pone en evidencia que el cierre simple de la fistula colovaginal, si no se hace el tratamiento de la E.D. que le dio origen (con resección del sector patológico de colon) no alcanza para resolver el problema.

Obs. 3.— Paciente de 56 años a la cual se le practica una primera operación genital (anexectomía derecha por hidrosálpinx) seguida un año después de una histerectomía subtotal por fibromiomatosis uterina.

Al año de esta última operación, pérdida de gases y materias por vagina. Al examen genital no se logra visualizar la fistula. La rectosigmoidoscopia no ofrece particularidades y el colon por enema, si bien no muestra trayecto, revela que la paciente es portadora de una E.D.C.

Se opera, comprobándose la existencia de una sigmoiditis diverticular, con perisigmoiditis, adherida al cuello uterino residual y a vagina. Se efectúa resección del sigmoides patológico, restaurándose el tránsito por anastomosis cabo a cabo, dejando una colostomía transversa de seguridad (operación en 2 tiempos).

En el postoperatorio inmediato, teniendo una colostomía que funciona bien, se produce la recidiva de la F.C.V., la cual es comprobada por colon por enema que muestra el trayecto.

Se da de alta con la colostomía, reingresando al año para nueva operación.

En la reoperación se efectúa cierre de la brecha vaginal y sigmoidea, con resección del trayecto fistuloso efectuándose interposición serosa con ciego.

Aparentemente evoluciona bien, siendo los controles efectuados satisfactorios por lo cual se cierra la colostomía. Apenas cerrada ésta reaparece la fistula, por lo cual se reabre el colon transverso.

Se reinterviene practicándose una nueva resección sigmoidea con anastomosis término-terminal.

Actualmente los estudios radiológicos de colon por enema y la rectosigmoidoscopia muestran una zona de estenosis distal, próxima a la sutura y la paciente mantiene un flujo vaginal fétido, aunque no es demostrable al fistula vaginal.

Se plantea una nueva operación.

En esta paciente, pese a tener una enfermedad benigna y a las múltiples operaciones, no se ha podido aún resolver su problema.

Si bien en las F.C.V., con el tratamiento realizado en primer término (resección del intestino patológico, cuello uterino y fondo vaginal, más colostomía) se suele alcanzar el éxito, la observación 3 es demostrativa de la problemática que plantea la E.D.C. fistulizada en cualquier órgano, poniendo a prueba la habilidad del cirujano y comprometiendo a la paciente en operaciones sucesivas que pueden terminar en una colostomía definitiva.

Este caso pone también en evidencia de que la colostomía, si bien puede atenuar las complicaciones a nivel del foco inflamatorio pelviano, no pone al abrigo de las mismas. Con una colostomía funcionante, con el colon de tránsito, se produjo la recidiva de la F.C.V.

En el momento actual se programa a la enferma para otra operación, en la seguridad de que ninguna solución puede llegar si no se resuelve el problema del colon estenosado.

FISTULAS RARAS

Cualquier órgano puede ser incluido por el proceso inflamatorio diverticular y ser polo de una fistula.

Dentro del grupo de fistulas raras, se considera un caso de fistula coloureteral y otro de fistula colouterina.

Fístulas colouterinas

Son muy pocas las referencias en la literatura (6, 20, 31). En general, la pared uterina ofrece una barrera al proceso de la inflamación y el útero, con más frecuencia, forma parte de la pared de un absceso diverticular.

Se han descrito: fistulas al fondo uterino, fistulas uterinas asociadas a fistulas vesicales, fistulas al muñón cervical residual y después de histerectomías subtotales.

En general, estas fistulas debutan clínicamente con una historia de flujo vaginal crónico que puede ser purulento, hemorrágico y/o fecaloideo, al final.

Al examen se encuentra, a veces, el útero aumentado de tamaño o simplemente una cervicitis; el legrado uterino puede mostrar solamente tejido de granulación sin otros elementos de patología endometrial.

El estudio radiológico de colon por enema no muestra, en general, el trayecto fistuloso que, en algunos casos, se puede hacer evidente por histerosalpingografía.

Si bien puede sospecharse el diagnóstico en una paciente portadora de una E.D.C., en general, lo inespecífico de la clínica junto a la rareza del caso, lo hacen muy difícil. Esto lleva a que, en la mayoría de los casos, el diagnóstico sea hecho en el acto operatorio.

En la observación de esta serie, perteneciente al Dr. Matteucci, el comienzo se hizo como un cuadro suboclusivo. Se encuentra una tumoración que engloba fondo uterino y colon sigmoides. Se realiza la resección de la masa tumoral con el diagnóstico de posible neoplasma de colon invadiendo el útero. Se efectúa his-

terectomía subtotal y sigmoidectomía, abocando el cabo proximal del sigmoides a la piel y cerrando el cabo distal tipo Hartmann.

La anatomía patológica revela una fistula sigmoidouterina por E.D.C.

Dice Clay (6) que en el acto quirúrgico puede ser imposible, aún para un cirujano experimentado, catalogar a la masa formada por colon y útero como de únicamente inflamatoria (como ocurrió en este caso), por lo cual está de acuerdo en practicar la resección en block del sigmoides y del útero en todos los casos.

Fistulas coloureterales

La fistula coloureteral es excepcional (9, 21). Esta observación, de los Dres. Ormaechea y Díaz Castro, corresponde a una F.C.U. "espontánea" en un enfermo de 55 años, portador de una E.D.C. en la cual se comprobó, en el momento de la operación, un trayecto muy nítido que comunicaba sigmoides con uréter izquierdo. Se practicó la resección del sector de uréter comprometido e implantación a vejiga del cabo superior del mismo; resección y anastomosis de sigmoides con colostomía transversa, que se cerró en un segundo tiempo.

La evolución fue buena. La F.C.U. "espontánea", es decir sin operación previa, con un trayecto tan nítido como en este caso, es una rareza.

En la literatura hay referencias a F.C.U. secundarias a intervenciones por E.D.C., que en la presente serie no encontramos, aunque hubo (durante la operación de una fistula colovesical) una lesión de uréter que se reimplantó en vejiga, terminando ulteriormente en nefrectomía por hidronefrosis.

Igualmente, en la literatura hay referencias a fistulas colocolónicas, colotubarias, coloperineales y coloperianales (estas últimas deben hacer sospechar el Crohn), que no se presentaron en esta casuística (9).

DISCUSION

La enfermedad diverticular de colon en nuestro medio, se opera en etapa de complicaciones.

Cuando se plantea el tratamiento de una complicación, debe plantearse de inmediato la forma de prevenirla.

El ajuste del tratamiento quirúrgico de la E. D. de C. en etapas más precoces, bien delimitadas en el momento actual, bajaría el índice de las complicaciones y también de la morbimortalidad de la enfermedad (18).

Cuando se constituye como complicación una fistula, el tratamiento ideal es la resección del sector patológico de colon más la viscera vecina comprometida y a veces el trayecto fistuloso.

El plan terapéutico puede hacerse en operaciones de uno, dos o tres tiempos, procedimientos defendidos cada uno de ellos ampliamente en la literatura sobre el tema, pero cuya complicación dependerá fundamentalmente del caso clínico en particular.

Cuando la reacción inflamatoria que rodea la fistula colovisceral no es extensa y las condiciones del intestino son aceptables, puede comprenderse una resección primaria en un tiempo.

Si por el contrario hay un proceso inflamatorio, puede efectuarse la resección visceral primaria, pero sin realizar la anastomosis intestinal en ese tiempo operatorio. Pueden abocarse los cabos intestinales en doble colostomía o bien cerrar el cabo inferior y abocar el proximal a la piel, o bien efectuarse una colostomía, que si bien no siempre apaga el proceso inflamatorio, en la mayoría de los casos lo mejora, siempre que se espere el plazo adecuado (7).

Dice West Clifton que "el cirujano debe elegir con entera libertad el procedimiento que considere más adecuado. Toda tentativa para abreviar hospitalización o evitar una colostomía transversa puede terminar en un desastre".

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ASINER B, SCHENONE H. Fístulas sigmoidovesicales por complicación de la enfermedad diverticular colónica. *Cir Uruguay*, 42: 253, 1972.
- BONAVITA L. Las complicaciones urológicas de la diverticulitis sigmoidea. *Congreso Internacional de Proctología*, 3º, 1963.
- BONNECARRERE E, BOSCH DEL MARCO LM. Fistula sigmoidovesical. *Bol Soc Cir Uruguay*, 30: 220, 1959.
- BYRNE J, HENNESSY V. Diverticulitis del colon. *Clin Quir Norte Am*, 1972, p. 991.
- CASTRO A. Colonic Diverticular Disease: One Stage Resection for Colovesical Fistula. *Dis Col Rect*, 18: 563, 1975.
- CLAY R, TIERNEY N. One-Stage en Block Resection for Colonic Uterine Fistula Caused by Diverticulitis. *J.A.M.A.*, 207: 555, 1969.
- COLCOCK B. Infección pelviana resultante de la diverticulitis. *Clin Quir Norte Am*, (oct.): 1003, 1970.
- COLCOCK B. Tratamiento quirúrgico de la diverticulitis complicada. *Clin Quir Norte Am*, (jun.): 543, 1968.
- COLCOCK B, STAHMANN F. Fistulas Complicating Diverticular Disease of the Sigmoid Colon. *Ann Surg*, 175: 838, 1972.
- COLCOCK B. Indicaciones quirúrgicas en la diverticulitis. *Clin Quir Norte Am*, (jun.): 785, 1964.
- COLUCCIO A. Complicaciones raras de la diverticulitis colónica. *Congreso Latinoamericano de Proctología*, 2º, 2: 471, 1963.
- CHIFFLET A. Complicaciones de la colopatía diverticular. *Conareso Internacional de Proctología*, 3º, 1: 39, 1963.
- DELGADO B. Abscesos perisigmoideos de origen diverticular. *Conareso Internacional de Proctología*, 3º, 1: 53, 1963.
- DE PAULA A. Enfermedad diverticular del colon (Su estudio radiológico). *Conareso Internacional de Proctología*, 3º, 1: 30, 1963.
- HAFNER CH, PONKA J, BRUSH B. Genitourinary Manifestations of Diverticulitis of the Colon. (A Study of 500 Cases). *J.A.M.A.*, 179: 76, 1962.
- HERRINGTON JL y col. Colon Resection with Primary Anastomosis Performed as an Emergency and as a Non Planned Operation. *Ann Surg*, 165: 711, 1967.
- HILLEMEND P, MULLER JM, DELAVIERRE PH, VAYRE P. Cancer colique et diverticulite du gros intestin. *Sem Hop*, 52: 245, 1976.
- HOLLENDER LF, MEYER CH, CALDEROLI H, JAMART J, ALEXION D. La traitement chirurgical des sigmoiditis diverticulaires compliquees. (A propos de 138 observations). *J Chir*, 115: 205, 1978.
- JARPA S, MELKONIAN E. Tratamiento quirúrgico de la Enfermedad Diverticular del colon. *Congreso Latinoamericano de Proctología*, 2º, 2: 540, 1963.
- JOHNSTON MH, STUBBS GM. Sigmoidouterine Fistula Complicating diverticulitis. Report of a Case. *Ann Surg*, 141: 138, 1955.
- KRISHNA A, DHAR N, PLETMAN R, HERNANDEZ I. Spontaneous closure of Ureterocolic Fistula Secondary to Diverticulitis. *J Urol*, 118: 476, 1977.
- LAURENCE A. Enfermedad diverticular colónica y sus complicaciones. (Discusión en Mesa Redonda). *Congreso Latinoamericano de Proctología*, 2º, 2: 431, 1963.
- LOCKHART J, MIQUEO M, CARRERAS I, MEROLA L. Fístulas intestino vesicales. *Bol Soc Cir Uruguay*, 29: 402, 1958.
- MADDEN JL. Treatment of Perforate Lesions of the Colon by Primary Resection and Anastomosis. *Dis Col Rect*, 9: 413, 1966.
- MAYO Ch, BLUNT Ch. The Surgical Management of the Complications of Diverticulitis of the Large Intestine. (Analysis of 202 Cases). *Surg Clin North Am*, 30: 1005, 1950.
- PAINTER N. Miller's Bran in Management of Colonic Diverticular Disease (Symposium). *Dis Col Rect*, 18: 549, 1975.
- PARKS TG, CONNELL AM. The Outcome in 455 Patients Admitted for Treatment of Diverticular Disease of the Colon. *Br J Surg*, 57: 775, 1970.
- PENNINGTON J, PLUMB R. Diagnosis and Treatment of Inflammatory Vesicoenteric Fistula. *J Urol*, 92: 679, 1964.
- PRADINES J. Tratamiento quirúrgico de la enfermedad diverticular del colon. *Congreso Internacional de Proctología*, 3º, 1: 88, 1963.
- RODKEY GRANT, WELCH Cl. Tratamiento quirúrgico de la diverticulitis del colon. Un estudio de 338 casos. *Clin Quir Norte Am*, (jun.): 651, 1974.
- SMALLEY M, LORUSSO V. Sigmoido Uterine Fistula Complicating Diverticulitis. Report of a Case. *J.A.M.A.*, 165: 827, 1957.
- VARELA SOTO R. Las complicaciones en el intestino delgado de la enfermedad diverticular colónica. *Congreso Internacional de Proctología*, 3º, 1: 64, 1963.
- VAYRE P, MULLER JM, JOST JL, HILLEMEND P. Reflexions sur le traitement chirurgical de la sigmoidite diverticulaire. (A propos de 62 observations). *Sem Hop*, 52: 2459, 1976.
- VIDAL LOBO F, FONTANA JJ. Fístulas cutáneas por diverticulitis colónica. *Congreso Latinoamericano de Proctología*, 2º, 2: 501, 1963.
- WARD J, LAVENGOOD R, NAY H, DRAPER J. Diagnosis and treatment of Colovesical Fistulas. *Su o Gynecol Obstet*, 130: 1082, 1970.
- WEST CLIFTON F. Fístulas Vésico Entéricas. *Clin Quir Norte Am*, (jun.): 565, 1973.

Complicación hemorrágica

Dr. Enrique Sojo

El 59 % de los 112 pacientes portadores de divertículo colónico, que ingresaron al Hospital de Clínicas entre 1972 y 1978, presentaron proctorragias. Este sangrado fue atribuido a la colopatía diverticular. Sin duda, en algunos de estos pacientes, escapó al diagnóstico diferente patología, verdadera responsable del sangrado. Basamos esta afirmación en las limitaciones de los medios diagnósticos empleados, que analizaremos más adelante y en las cifras de complicación hemorrágica de la colopatía diverticular aportadas por otras estadísticas, que son invariablemente más bajas.

Las limitaciones de los medios diagnósticos clásicos, en particular a lo que se refiere al estudio de una proctorragia en curso, explica las divergentes posiciones asumidas por diversos autores en lo que se refiere a la complicación hemorrágica de la colopatía diverticular. Desde los que la negaron (16, 48, 50) respaldados en la frecuente asociación lesional con pólipos y cáncer, que serían la real fuente de hemorragia (20, 41, 55), así como también avalados por la enorme dificultad que encuentran los patólogos en hallar, en las piezas de resección, la exacta zona de sangrado (44, 59). En nuestro medio, Bonavita y Asiner encuentran esta complicación en el 40 % y 19,5 % de las colopatías diverticulares respectivamente (5 12).

Otros autores publican porcentajes que oscilan entre el 25 % (34, 35) y el 30 % (18), Goligher (17) y Rigg (44) señalan que se pueden presentar diversos grados de sangrado entre el 5 % y el 29 % de estos pacientes. Y Jarpa (22) lo encuentra en el 45 %.

Con las salvedades que acabamos de mencionar, destacamos la incidencia de complicaciones hemorrágicas que tuvieron estos 66 pacientes, según sexo y edad. Habiendo un neto predominio del sexo femenino.

Deseamos destacar que esta complicación se diagnosticó en el 50 % del total de pacientes que ingresaron por colopatía diverticular menores de 70 años. Pero en los portadores de colopatía diverticular que pertenecen a la 7ª y 8ª década de vida la hemorragia se presentó en el 70 % y 79, % de ellos, respectivamente. No cabe duda que se trata del grupo más difícil de examinar desde el punto de vista paraclinico y por consiguiente es posible que allí figuren los mayores errores diagnósticos.

La importancia de un diagnóstico correcto y el consiguiente tratamiento se de aca cuando observamos que el 36 % de los caso que angraron tuvieron múltiples reingresos (promedio 3) por dicho motivo.

Si sumamos los ingresos reingresos por hemorragia veremos que totalizan el 65 % del total de internaciones (176) de que fueron objeto los 112 pacientes con colopatía diverticular que analizamos en esta estadística.

La complicación hemorrágica grave se presentó, casi sin excepción en la 7ª y 8ª década

de vida y corresponde al 12 % del total de pacientes que ingresaron por sangrado. Siendo neto el predominio del sexo femenino (7 a 1).

MECANISMOS DE SANGRADO

Se han invocado diversos mecanismos de sangrado en los pacientes con colopatía diverticular: erosión de un vaso yuxtadiverticular, tejido de granulación en el fondo de un divertículo (52), eversión de un divertículo hacia la luz colónica (63) y sigmoiditis en la zona de divertículos (34).

Es posible que la variable magnitud de las hemorragias se deba a diversos mecanismos de sangrado. En nuestra experiencia endoscópica hemos observado que frecuentemente, las pequeñas hemorragias en portadores de colopatía diverticular se debían a intensa inflamación con congestión y edema mucoso de extensas áreas del sigmoide (53). Pero en los sangrados intensos, que han obligado a resección quirúrgica, se ha podido comprobar la erosión de un vaso yuxtadiverticular (26, 33, 36, 46).

La primer observación de este mecanismo corresponde a Kecour, en 1937 (24). Salvati confirmó estos hallazgos y Noer demostró por técnicas de inyección la inmediata vecindad de los vasos rectos con la mucosa del divertículo, en su fondo y en su cuello. Lo que favorecería su erosión por fecalitos. Más recientemente, los trabajos de Meyers demuestran las alteraciones progresivas que se producen en estos vasos: engrosamiento excéntrico de la íntima, a menudo con afinamiento de la media y duplicación de la lámina elástica interna. Finalmente se produce la ruptura excéntrica del vaso y su sangrado. Estas alteraciones vasculares también pueden ser de origen aterosclerótico (13, 18) explicando así la mayor frecuencia de sangrados graves en los pacientes que sobrepasan la 6ª década de vida.

La mayor frecuencia de sangrado que se atribuye a los divertículos del colon derecho (59) y a los portadores de colopatía átona (13) estaría en relación con el mayor diámetro de los sacos diverticulares y la consiguiente mayor longitud del vaso recto que lo circunda. Exponiéndose así una mayor extensión vascular a la agresión.

CLINICA

El sangrado por colopatía diverticular es tan variable que puede simular la hemorragia debida a cualquier lesión rectocolónica y aún obligar a un estudio digestivo alto para eliminar esta región. Esto lleva implícita la necesidad de exámenes confiables para eliminar toda otra causa de hemorragia. La hemorragia por colopatía diverticular suele ser de poca entidad, manifestándose más como un síntoma que como

una complicación severa. Frecuentemente se presenta en pacientes sin antecedentes y mayores de 70 años, en general hipertensos y con manifestaciones ateroscleróticas. La falta de antecedentes y la edad promedio en que se presenta esta complicación obliga también a tener presente a las angiodisplasias colónicas como causa de sangrado; pudiendo estar presentes las dos patologías.

En nuestra casuística, 66 pacientes presentaron esta complicación y el 36 % de ellos reiteraron el sangrado, determinando un promedio de 3 ingresos por paciente. De los 8 casos de *hemorragia grave*, 7 eran mayores de 70 años y siete eran mujeres. Cuatro no tenían antecedentes digestivos e igual número reingresó por reiteración de su sangrado. El número de reingresos osciló entre 3 y 8 veces por paciente. Significando los 8 casos de *hemorragia grave* un total de 25 reingresos.

Al igual que lo observado por otros autores, hemos encontrado entre los pacientes con sangrados severos diversa patología cardiovascular. Predominando la hipertensión y la insuficiencia cardíaca.

Finalmente y a modo de síntesis, deseamos destacar que aquellos casos de nuestra casuística que presentaron complicación hemorrágica *grave* eran mayores de 70 años, con trastornos cardiovasculares importantes, y fueron los que estuvieron más expuestos a reingresar por el mismo motivo. La gravedad de esta situación está resaltada por la observación de Maquieira (27) en el sentido de que estos pacientes están expuestos a morir por cuadros de extirpe vascular, motivado por la claudicación parenquimatosa en pacientes con pocas reservas. Lo cual ha inducido a que, en caso de ser impostergable una intervención quirúrgica ésta fuese de menor jerarquía, en general una colostomía, que no resolvió en general el problema hemorrágico.

MÉTODOS DIAGNOSTICOS

El sangrado de origen recto - colónico es uno de los signos más erróneamente interpretados. Diversa patología como pólipos, cáncer, divertículos y angiodisplasias pueden provocar hemorragias sin antecedentes previos, sin otras manifestaciones clínicas y con similares formas de sangrado. De allí la importancia de contar con métodos diagnósticos confiables. En la casuística de colopatía diverticular que aquí analizamos, los métodos diagnósticos que se emplearon fueron: rectosigmoidoscopia, colon por enema convencional y estudio radiológico esófago - gastro - duodenal en los casos en que se sospechaba el origen alto del sangrado. Seguramente las limitaciones de estos métodos clásicos explican la incidencia excesivamente alta de complicación hemorrágica que presentaron estos pacientes. En la Mesa Redonda de Poliposis Digestiva (4) señalamos que la radiología convencional de colon sólo había podido demostrar el 10 % de los pólipos existentes. Cifra que coincide con la de un trabajo posterior (54) en donde insistimos en ser cautelosos frente a los resultados del estudio ra-

diológico convencional, no atribuyendo, de entrada, la sintomatología del paciente a lo que este examen muestre. O en caso de ser "negativos", aceptarlos como evidencia de que no hay lesiones. Todos sabemos que los divertículos son la lesión más fácil de evidenciar, pero que las secuelas de la colopatía diverticular pueden esconder un neoplasma coexistente. Y a este respecto conviene recordar que Laufer (25) comprobó que el 25 % de los portadores de cáncer colónico o rectal habían tenido, por lo menos, un "colon por enema" normal en los tres años precedentes al momento de ser estudiado mediante la técnica de doble contraste. También es posible la coexistencia de diversas lesiones. En nuestra experiencia sobre 290 pacientes que examinamos con fibroscopia colónica pudimos constatar la coexistencia de divertículos y pólipos en el 21 % de ellos. También cabe señalar la frecuencia creciente con que se están encontrando angiodisplasias en colon.

Boley reporta su existencia en el 25 % de los individuos mayores de 60 años (10) y la frecuencia de la colopatía diverticular en ese grupo etario (más del 50 %) (14, 31, 59) plantea otro problema diagnóstico imposible de resolver con los métodos clásicos o convencionales.

METODOLOGIA DIAGNOSTICA PROPUESTA

Los métodos diagnósticos a emplear están determinados por el tipo de sangrado y serán usados de acuerdo a su simplicidad, inocuidad, productividad y eficacia. A continuación expondremos una sistematización racional de su empleo, en las hemorragias leves y graves.

Frente a un paciente con una *hemorragia leve* o *detenida*, luego de la extracción de sangre para un estudio de crisis y de un examen anoperineal que excluya un sangrado de esta zona, se seguirá con la rectosigmoidoscopia, que por su simplicidad rápidamente puede detectar una lesión rectal. Si mediante estos exámenes se encontró hemorroide, fisuras anales o pólipos de recto, igualmente se debe proseguir con los siguientes métodos diagnósticos a fin de eliminar otras posibles o reales causas de sangrado. Dadas las limitaciones del colon por enema convencional es aconsejable realizar en su lugar el estudio mediante doble contraste, que descubre más lesiones polipoideas que puedan coexistir con la colopatía diverticular. Suponiendo que mediante estos exámenes sólo se hubiese detectado la presencia de divertículos, será igualmente necesario recurrir al fibrocolonoscopia y si ésta no puede recorrer todo el colon, a la angiografía selectiva de ambas mesentéricas.

Estas últimas etapas diagnósticas tienden a diagnosticar las lesiones angiodisplásicas, a la que trabajos recientes atribuyen un tercio de las hemorragias de los ancianos (8, 11, 19, 28).

Poco antes de realizarse esta Mesa Redonda hemos visto un paciente de 66 años, hipertenso con varios ingresos por proctorragias. La sangre venía siempre mezclada con las materias, a veces roja y a veces tendiendo a melenas.

Los exámenes de rectosigmoidoscopia no revelaron nada anormal y el colon por enema mostró divertículos en sigmoide. El examen colonoscópico que practicamos nos mostró dos angiodisplasias a nivel del ángulo hepático.

Fuera de la etapa hemorrágica, la angiografía sólo identifica las ectasias vasculares medianas y grandes; su negatividad no las excluye. La fibrocolonoscopia permite la detección de estas lesiones, aún de las pequeñas, y sería el procedimiento más adecuado para diagnosticar esta entidad fuera de la etapa de complicación hemorrágica (51, 62).

Frente a una *hemorragia grave*, las investigaciones de su posible causa, deben realizarse rápidamente y de acuerdo al estado del enfermo. Los exámenes de crisis sanguínea, tacto rectal y rectosigmoidoscopia, inician, al igual que en la hemorragia leve o detenida, la metodología diagnóstica. De no encontrarse la causa, conviene asegurarse que el origen no sea alto, mediante sonda nasogástrica o fibroscopia esófago - gastro - duodenal. Inmediatamente después, se debe realizar angiografía selectiva de ambas mesentéricas. Empezando por la inferior, dado que la excreción del contraste, al alcanzar la vejiga, puede interferir con la visualización del sigmoide. Si el sangrado es activo en el momento del examen, y no menor de 0,5 ml. por minuto, se puede evidenciar la extravasación del medio de contraste a nivel del divertículo involucrado. Si la hemorragia es muy severa, habrá que operar sin esperar la angiografía. Sin embargo el cirujano se debe considerar muy afortunado si en estos casos logra encontrar la causa de sangrado.

La indicación pues de la angio selectiva en las hemorragias masivas o graves parece fuera de toda discusión (58, 59, 40), no sólo para localizar la zona de sangrado, sino también para identificar la causa y diferenciarla de otras lesiones, tales como las angiodisplasias (49, 56, 57, 61). En nuestro medio, esta técnica diagnóstica fue propuesta por Asiner (5) hace ya varios años, pero lamentablemente aún no se dispone de ella a nivel de examen de urgencia.

La angiografía selectiva no sólo aporta los datos diagnósticos mencionados, sino que también permite una maniobra terapéutica: la infusión de vasoconstrictores a nivel del territorio vascular involucrado, con finalidad hemostática. Desde los primeros trabajos sobre el tema en 1960 (6) hasta el momento actual la experiencia publicada es vasta (7, 38, 45, 59) y coincidente. Mediante la infusión selectiva de vasopresina es posible detener las hemorragias graves por colopatía diverticular en aproximadamente el 50 % de los casos. A ello se asocia un bajo índice de sangrado recurrente en aquellos en quienes se controló la hemorragia con vasopresina. Baum publica 2 reingresos por sangrado en doce casos tratados de esta manera y seguidos 3 años (3).

Entre tanto, esta técnica diagnóstica ha permitido establecer que las angiodisplasias asientan en más del 90 % de los casos en el colon derecho, en tanto que los divertículos, causa de sangrado, se encuentran en el colon derecho o transversal en el 60 % de los casos (59). La

localización de angiodisplasias en el recto o en el colon izquierdo es rara (21).

En los casos en que la angiografía selectiva no sea practicable o fracase (por intensa aterosclerosis aortoiliaca, oclusión del ostium de la mesentérica o detención de la hemorragia), sólo quedan dos recursos diagnósticos cuyo empleo se adecuará a las condiciones del paciente y gravedad del sangrado. Si la hemorragia se detiene, se puede intentar fibrocolonoscopia 24 a 36 horas después. En caso de no detenerse queda un recurso antes de la laparotomía exploradora, que es el colon por enema convencional. Cuya finalidad no será tanto diagnóstica, pues las condiciones de estudio no son las ideales, sino hemostática por adherencia del bario a las zonas erosionadas (2, 15, 57).

Adams relata que empleó este procedimiento en 28 enfermos que habían perdido por lo menos 3 volúmenes de sangre. En 27 de ellos se detuvo la hemorragia (1). En casos de re- cidivar la hemorragia, el bario es excretado rápidamente y no crea problemas en el acto quirúrgico.

Muy recientemente se está empleando para el diagnóstico de las hemorragias, un método sobre el cual todavía no hay experiencia en nuestro medio.

Se trata de un método diagnóstico radioisotópico que permite topografiar la zona de sangrado, aún en sangrados mínimos (0,05 a 0,1 ml. por minuto). Para ello se emplea un colóide de tecnecio - sulfuro radiactivo que al extravasarse en el punto de sangrado y concentrarse en ese lugar la radioactividad, ésta puede fácilmente ser detectada y topografiada en el centellograma (3, 32).

En caso de tratarse de una hemorragia grave, en la cual todos los métodos diagnósticos planteados fracasaron o no se dispuso de ellos y procedimientos hemostáticos ya descritos siguieron igual camino y frente a la persistencia del sangrado se deberá operar.

La laparotomía exploradora ofrece la posibilidad de practicar algunas maniobras diagnósticas de las cuales cabe esperar resultados variables y en general muy relativos. La inspección y palpación de todo el delgado y el colon es de rigor. El clampeo segmentario del colon con punción y aspiración o realización de colostomías en los sectores así aislados, no ha demostrado ser de utilidad (15).

Es frecuente que el sangrado se detenga al iniciar la anestesia general, a lo que se suma que los riesgos de contaminación peritoneal son grandes (29, 42).

Noer (37) propone la colostomía transversal, no sólo para orientar sobre el origen del sangrado sino también porque a veces de ella se ha derivado cese del sangrado. Conviene citar que Judd ha practicado todas estas maniobras con resultados frustrantes.

TRATAMIENTO

En la casuística que analizamos, la complicación hemorrágica se presentó en 66 casos. En 58 de ellos, el sangrado fue leve o mode-

rado y en 8 correspondió a una hemorragia grave. El tratamiento médico se realizó en todos los casos de sangrado leve o moderado y en 6 casos de hemorragia grave. No hubo ninguna muerte de estos pacientes pero la reiteración del sangrado, determinando posteriores reingresos, ocurrió en el 34 % de los que presentaron hemorragias graves. Solamente se operaron dos pacientes, quienes presentaron hemorragias graves. Uno de urgencia, de sexo femenino y 63 años; al cual se le practicó una colostomía transversa derecha. Pasó bien tres años y se resolvió el cierre de la colostomía. Luego tuvo 2 reingresos por nuevos sangrados.

El otro paciente, también de sexo femenino y de 78 años, fue operado de coordinación y luego de cesada la hemorragia, que había determinado su quinto ingreso por sangrado. Se le realizó una sigmoidectomía y anastomosis término - terminal. Debíó ser reintervenida por falla de sutura, realizándose cierre del cabo distal y colostomía iliaca, siendo dado de alta.

Como vemos la experiencia quirúrgica de esta serie es tan pequeña, que no permite sacar conclusiones que orienten la conducta futura. Apenas sirve para demostrar que la colostomía no es solución definitiva de la complicación hemorrágica.

Los lineamientos generales del tratamiento de la complicación hemorrágica surgen de lo dicho en los anteriores acápites. En primer lugar surge la estricta necesidad de un *diagnóstico exacto*: en cuanto al tipo de lesión que sangra y su topografía. Vimos en la casuística que aquí tratamos, que el sangrado fue leve o moderado en el 88 % de los casos. Vale decir que en la mayoría de los casos se pueden poner en práctica los métodos diagnósticos actualmente disponibles que permitan identificar la lesión y su topografía.

El tratamiento médico o quirúrgico, resultará de la adecuación a las características de cada paciente y de la evolutividad de su colopatía diverticular. En pacientes con un único episodio de sangrado, moderado o leve y que no presentaron complicaciones severas de su enfermedad diverticular, se debe plantear el tratamiento médico, bien conducido y cumplido. Si los sangrados se reiteran y a menos que existan contraindicaciones quirúrgicas, somos partidarios de la resección segmentaria.

Es en las *hemorragias graves o masivas* que los recientes adelantos diagnósticos han revolucionado el tratamiento quirúrgico de estos

pacientes. Hasta la última década, era casi imposible topografiar el lugar de sangrado antes o durante la operación. Lo que llevaba a adoptar una conducta conservadora excesivamente prolongada que epilógaba en colectomías parciales de urgencia. Este proceder, a ciegas, implicaba recidiva del sangrado en 33 % de los casos y una mortalidad mayor del 30 % (30). Ello impulsó el empleo de la colectomía subtotal, como procedimiento de elección, en los comienzos de 1970 (14). Esta conducta eliminaba toda posible recidiva hemorrágica pero estaba gravada con una mortalidad mayor del 10 %. Los trabajos de Baum y Athanasoulis hicieron ver la posibilidad de topografiar el lugar de sangrado mediante angiografía selectiva y los resultados publicados entre 1970 y 1973 demostraban una alta efectividad diagnóstica. Entre 1975 y 1976, a través del contacto epistolar con dichos autores y de sus apartados pude convencerme de la utilidad de la angiografía selectiva en las proctorragias masivas. Esta técnica abre el camino a las resecciones parciales, dirigidas a eliminar totalmente el sector sangrante. Merced a este procedimiento diagnóstico Welch logra disminuir la mortalidad de resecciones parciales de urgencia a menos del 6 %.

Cumpliendo la secuencia diagnóstica propuesta por Veidenheimer (57) y ya mencionada, es posible localizar el lugar del sangrado en más del 90 % de los casos. La infusión de vasopresina permite controlar la hemorragia, al menos inicialmente en la mayoría; lo cual facilita una mejor preparación de paciente y de su colon para el acto quirúrgico. De esta manera es posible encarar una terapéutica de la hemorragia masiva que ya no es de emergencia ni a ciegas, sino dirigida a resecciones segmentarias en pacientes mejor preparados. Lo que implica una operación menor, mejor tolerada (especialmente en el viejo) y con menos complicaciones y morbimortalidad. Sólo en caso de no disponerse de angiografía, o de que ésta no muestre la topografía y ante el fracaso de las otras técnicas hemostáticas propuestas, se deberá proceder a la colectomía subtotal. Particularmente en las diverticulosis difusas. Si los divertículos predominan en el colon izquierdo, no se debe olvidar que los que más frecuentemente sangran son los del derecho y de que esta patología puede coexistir con angiodisplasias del colon derecho, que pueden ser la verdadera fuente de sangrado.

Forma tumoral

Dr. Enrique Sojo

La forma tumoral de la colopatía diverticular, también denominada tumor inflamatorio diverticular, corresponde a las alteraciones crónicas derivadas de la evolución de la colopatía diverticular, a la que se suman procesos inflamatorios agudos y vísceras vecinas que vienen a adherirse al proceso sigmoideo y perisigmoideo.

CASUISTICA

En la casuística que analizamos esta complicación se presentó en 10 casos (9 %). Creemos que esta cifra es muy alta y denota un tratamiento demasiado tardío de la enfermedad diverticular. Pues para llegar a esta etapa se han recorrido previamente todas o casi todas las etapas evolutivas de la enfermedad.

Esta complicación se presentó en 8 mujeres y 2 hombres. Hubo un caso de la 5ª década de vida y otro en la novena. Los demás están uniformemente distribuidos en la 6ª, 7ª y 8ª décadas. Es interesante señalar algunos aspectos de los *antecedentes* de estos pacientes, pues arrojan luz sobre un hecho que consideramos de importancia. La mitad de estos casos había consultado previamente antes de llegar a esta etapa. Tres de esos pacientes venían arrastrando sufrimientos por su colopatía diverticular por más de 5 años (uno de ellos por 10 y otro por 20 años) y otros 2 casos padecían sufrimientos desde hacía más de 1 año.

Resulta indudable, que en ellos, un tratamiento quirúrgico más oportuno hubiera evitado llegar a la etapa evolutiva que aquí tratamos. También deseamos destacar que en el 50 % de los casos figura la rectorragia como motivos de consulta o internación previos. Y este sangrado no fue considerado como un elemento que marcaba la evolutividad de la lesión, sino como un síntoma más.

FORMAS CLINICAS DE PRESENTACION

Dos casos ingresaron con oclusión completa de colon; tres en suboclusión y con tumor palpable; un caso en suboclusión y con tumor palpable hizo durante su internación una peritonitis fecaloidea por perforación de absceso perisigmoideo; un paciente ingresó por tumor palpable, sintomatología urinaria y repercusión general, haciendo en su evolución una fístula sigmoideovesical. Otro ingresó con la fístula ya constituida y finalmente dos casos ingresaron por tumor y rectorragias. Resumiendo: dos casos con oclusión completa, cuatro en suboclusión, dos que llegaron a la fístula sigmoideovesical y dos con rectorragias. En cinco pacientes (50 %) había elementos clínicos y de laboratorio (fiebre, dolor, leucocitosis y velocidad de eritrosedimentación muy elevada) que orientaban hacia la naturaleza inflamatoria de su lesión. En otro había antecedentes e ingre-

sos anteriores que habían definido su patología. Un paciente que ingresó con la fístula colo-vesical constituida también orientaba a su origen inflamatorio. Pero en 3 casos (30 por ciento) no había antecedentes ni elementos clínicos que excluyesen la naturaleza neoplásica del proceso. Y de hecho en uno de ellos había además de la colopatía diverticular un neoplasma sigmoideo que infiltraba hasta la serosa. Se pudo resear y tratar en un tiempo. En los otros dos casos, se realizó colostomía transversa, constatándose un gran tumor sigmoideo que se juzgó irresecable. Pasado un tiempo fueron reintervenidos y en ambos, la lesión más reducida pudo ser reseada.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON EL CANCER

La posible coexistencia de un cáncer sigmoideo y colopatía diverticular, plantean, a veces, problemas diagnósticos difíciles de resolver, especialmente ante la forma tumoral inflamatoria. Los métodos diagnósticos que se emplearon fueron: la radiología convencional, rectosigmoidoscopia y la laparotomía exploradora. Valoraremos sus resultados en los 8 casos que fueron operados.

La radiología planteó un diagnóstico correcto en 4 casos (50 %) y dudoso en los otros cuatro. Es sabido las dificultades de interpretación radiológica que surgen frente a un sigmoide sumamente deformado y estenosado, por las lesiones de la colopatía diverticular. A lo cual se suman, por edema mucoso, imágenes de falta de relleno en la luz. Frecuentemente la columna baritada no logra rellenar todo el sector a estudiar o no es tolerada por el paciente, cuyo sigmoide se encuentra en empuje inflamatorio.

La rectosigmoidoscopia aportó un diagnóstico correcto en 5 casos, dudoso en uno e incorrecto en dos. No pudo llegar al neoplasma en uno de éstos y en otro se orientó hacia un neoplasma rectosigmoideo que no fue confirmado por la biopsia.

Creemos pues la experiencia de esta casuística así lo demuestra, que la rectosigmoidoscopia es un examen de poca utilidad en este tipo de enfermos. Las alturas alcanzadas por rectosigmoidoscopia en el total de enfermos con colopatía diverticular oscilan entre 13 y 18 cm. a partir de la margen anal. Excepcionalmente se llegó a 25 cm. de la margen. Y ello por la frecuente angulación fija que se produce en la unión recto-sigmoidea, en estos pacientes. Por no disponerse de fibrocolonoscopia en el Hospital de Clínicas no hay casos estudiados en esta forma. Pero a través de nuestra experiencia fibrocolonoscópica también sabemos de las grandes dificultades que hay para avanzar en sigmoide de luz estenosada, tortuosa y cuya distensión produce frecuentemente molestias intolerables. Hemos probado, sin resultado, todos

los medios para vencer la hipertonia y mitigar el dolor. Pero aquí ya no se trata de simple hipertonia, sino de estenosis orgánica, secuela de las alteraciones parietales. Lamentablemente todavía seguimos viendo enfermos por colonoscopia que no nos debieran enviar para realizar este estudio y continuar su tratamiento médico, sino que son de indicación quirúrgica formal.

El tratamiento excesivamente conservador que se sigue con los enfermos de colopatía diverticular, los lleva a evolucionar a las formas tumorales que estamos tratando y al fracaso de la mayoría de los medios diagnósticos, por la intensidad de las alteraciones anatómicas que se producen.

La laparotomía permitió un diagnóstico correcto en 6 casos, en tanto que hizo diagnóstico de cáncer irresecable en otros dos, que no fueron confirmados por la anatomía patológica. Si la lesión es resecable, es de gran ayuda la apertura de la misma y el examen cuidadoso de la mucosa, que no estará infiltrada. Pero el problema subsiste en aquellos casos tratados en etapa oclusiva y resueltos de urgencia con colostomía. En esta situación hemos practicado fibrocolonoscopia y logramos recorrer la zona del problema. Para ello hemos necesitado, a veces, luego de explorar por vía anal y ante la imposibilidad de seguir avanzando, recurrir a explorar por vía de la colostomía.

TRATAMIENTO

Se realizó tratamiento médico en dos casos: ambos de 84 años.

Se operaron 8 pacientes: cinco de coordinación y 3 de urgencia. De estos últimos, dos lo fueron por oclusiones cerradas de colon y otro por peritonitis fecaloidea.

Uno de los pacientes operados de urgencia por oclusión tenía 93 años; en tratamiento desde hacía 20 años por su colopatía, que había provocado varios ingresos por proctorragias. En la operación se hizo colostomía transversa y evolucionó bien. Creemos que este caso es un ejemplo claro de la historia natural de las complicaciones de la colopatía diverticular, a la que se asiste por persistir en el tratamiento médico.

El otro paciente con oclusión operado de urgencia (66 años) fue tratado en tres tiempos, evolucionando bien. La tumoración comprimía el uréter izquierdo provocando ectasia en el mismo y un asa delgada se había pegado a la lesión sin todavía provocar oclusión del delgado.

El tercer caso operado de urgencia (81 años) ya había consultado años antes por enterorragias. En este último ingreso presentaba un tumor firme en fosa iliaca izquierda y gran repercusión general con cuadro toxiinfeccioso.

La radiografía simple de abdomen mostró distensión de colon y asas delgadas.

En la operación se encontró una peritonitis fecaloidea por perforación de absceso peridiverticular. Se trató con colostomía transversa y drenajes, muriendo al 5º día postoperatorio.

De coordinación se operó en un tiempo un caso (el portador de neoplasma sigmoideo) evolucionando bien. Otro caso se juzgó irresecable por lo que parecía un gran neoplasma que englobaba la última asa ileal y se trató con íleo-transversostomía y colostomía izquierda. El estudio histológico de los ganglios biopsiados fue negativo y a los 8 meses se resecó la tumoración inflamatoria sigmoidea; deshaciendo la colostomía y realizando sutura término-terminal. Evolucionó bien.

Un caso fue operado en 3 tiempos, evolucionando satisfactoriamente. El total de días que estuvo ingresado fue de 166.

Podríamos agrupar estos casos de la siguiente manera. Cinco casos que tuvieron buena evolución y de los cuales 2 se operaron de urgencia por oclusión completa y 3 de coordinación por suboclusión. Hubo una operación en un tiempo, una en dos tiempos y dos en tres. A lo que se suma una colostomía definitiva.

Los casos que evolucionaron mal fueron 3: uno de ellos ya analizado. El otro, que también epilogó con la muerte del paciente (de 65 años) presentaba una historia de 20 años de enterorragias, y trastornos del tránsito con varios ingresos por estos motivos. Se operó por tumor sigmoideo inflamatorio y se trató en primera instancia con colostomía transversa. Al mes hizo un absceso peridiverticular y fistula sigmoideo-vesical, con mal estado general. Se reoperó haciendo cierre vesical, resección de la tumoración y colostomía izquierda con cierre y abandono del cabo distal (Hartmann). Posteriormente hizo absceso subfrénico, falla de sutura vesical y murió en sepsis. Repito que esta paciente había presentado su primer complicación, rectorragias, a los 45 años. La enfermedad evolucionó a lo largo de 20 años de tratamiento médico.

Finalmente el otro caso complicado corresponde a una fistula sigmoideo-vesical tratado en primera instancia con colostomía transversa y posteriormente con resección del tumor inflamatorio. La colostomía no se pudo cerrar pues reinició infección urinaria con igual germen al de la colostomía.

En suma: hubo 2 muertes entre 8 operados (25%) y dos casos que quedaron con colostomías definitivas.

Deseamos destacar también que en cinco de los pacientes aquí tratados, los períodos de internación totalizan en cada uno de ellos, hasta la solución definitiva o muerte, cifras que oscilan entre los 100 y 150 días.

Creemos que estas altas cifras de complicaciones, mortalidad y estadía hospitalaria hablan de la necesidad de un tratamiento más agresivo, sobre todo si se tiene en cuenta la larga evolución sintomática que han tenido la mayoría de los casos revisados.

Formas oclusivas

Dr. Enrique Sojo

Las formas oclusivas de la colopatía diverticular se presentaron en 25 casos (22 %). En cinco (4 %) la oclusión fue completa y en veinte (18 %) incompleta.

La *oclusión de colon completa* predomina ampliamente en el sexo masculino (4 a 1) y en edades que van desde la 6ª década a la 9ª.

El tratamiento médico se practicó en 2 casos (77 y 76 años). Ambos evolucionaron bien, pero uno de ellos tuvo posteriormente 5 ingresos por cuadros suboclusivos.

El tratamiento quirúrgico de urgencia se realizó en los otros 3 casos. Uno de ellos, de 66 años, presentaba un pseudo tumor inflamatorio y fue reseado en 3 tiempos, con buena evolución. Otro caso (93 años) colostomizado de urgencia también permitió constatar un pseudo tumor sigmoideo. Un paciente de 76 años fue laparotomizado por oclusión cerrada sin encontrarse nada anormal, aparte de los divertículos. Posiblemente haya hecho una impactación fecal en un sigmoide de calibre muy disminuido por la cronicidad del proceso a lo cual se pudo agregar edema mucoso. Este paciente reingresó por cuadros similares.

En estos pocos casos notamos algunos hechos muy significativos. La larga evolución de la enfermedad (2 en los 3 operados estaban en etapa de tumor inflamatorio) y la avanzada edad, lo cual condicionó que sólo uno de ellos pudiese ser tratado en forma definitiva.

La *inclusión incompleta* se presentó en 20 casos (7 hombres y 13 mujeres). Se manifestó ya en la 4ª década de vida. Alcanzando su mayor frecuencia en la 6ª y 7ª (7 y 6 casos, respectivamente).

Los antecedentes de este grupo resultan todavía más reveladores que en el anterior. Observamos que datan de varios años, con múltiples consultas e ingresos por enterorragias, trastornos severos del tránsito, dolor y empujes de diverticulitis. No obstante fueron tratados médicamente, llegándose poco a poco a las complicaciones más graves, en edades que

están fuera del recurso quirúrgico o en las que éste es meramente paliativo.

En estos casos de oclusión incompleta se hizo tratamiento médico en 15 (75 %) y quirúrgico en 5 (25 %).

De los cinco casos operados, cuatro lo fueron de coordinación y uno de urgencia. Este último porque su suboclusión evolucionó, estando internado, a la oclusión y a una peritonitis fecaloidea. Que fue tratada al encontrarse un tumor inflamatorio, con colostomía y drenaje y evolucionó a la muerte.

Cuatro de estos casos presentaban tumores inflamatorios y en tres de ellos se sospechaba la existencia de un neoplasma. Que se constató en uno de ellos.

Hubo 2 resecciones en tres tiempos, con buena evolución. Una resección en un tiempo (el caso del neoplasma coexistiendo con la diverticulosis) que también evolucionó bien. Una laparotomía en blanco por sospecha de cáncer y finalmente un colostomizado, ya mencionado que evolucionó a la muerte.

¿Cuál fue la evolución de los tratados médicamente? El 47 % de ellos reingresó. Un caso por rectorragias moderadas y graves reingresó 8 veces; 2 casos por rectorragias moderadas reingresaron una vez; un caso tuvo cinco reingresos por suboclusiones; otro tuvo un reingreso por diverticulitis. Un paciente reingresó por peritonitis purulenta siendo tratado con resección en dos tiempos y otro fue tratado por una oclusión completa mediante colostomía.

Este cuadro de reingresos tan alto y por complicaciones severas no podía ser más desolador. Asistimos a esta morbilidad de complicaciones graves derivadas de la evolutividad de la colopatía diverticular por insistir en tratamientos médicos, cuando ya muchos de estos pacientes pasaron a edades más tempranas por complicaciones que eran de formal indicación quirúrgica.

Estadísticas nacionales

Dr. Enrique Sojo

INCIDENCIA

La necesidad de realizar una actualización del Tema Colopatía Diverticular a propósito de la Mesa Redonda que nos ocupa, nos llevó a hacer una revisión de los casos que consultaron o ingresaron al Hospital de Clínicas entre los años 1972 y 1978.

Encontramos 112 casos de colopatía diverticular en ese período. Lo que frente a un total de 69.587 egresos registrados en ese Hospital en esos 7 años hace una incidencia de 0,2 %.

La incidencia real de la enfermedad varía según los países, su grado de civilización y sus hábitos gastronómicos. Para una población

dada, la incidencia aumenta con la edad. Pudiendo estar presente en el 40 % a 50 % de las personas mayores de 70 años (39). En el caso particular del Uruguay, si bien no hay estadísticas que permitan conocer la incidencia en su población, hay algunos factores que hacen pensar en una alta incidencia de esta patología. Como ser la edad promedio de su población y sus costumbres alimenticias.

Por diversos motivos (baja natalidad, baja mortalidad infantil, asistencia médica, emigración importante de jóvenes) llegamos a tener una población con casi 16 % mayores de 60 años. Y si, siguiendo a Parks, la mitad de esa población mayor de 60 años fuese portadora de colopatía diverticular, *sin tomar en cuenta a los jóvenes y de edad media; llegaríamos a una incidencia aproximada al 8 % en la totalidad de la población.*

Las costumbres alimenticias también tienen importancia en nuestro medio, pues la dieta habitual es de tipo cárneo, con bajas o muy bajas ingestas de verduras y por consiguiente de fibra celulósica.

De todo esto cabe esperar una alta incidencia de la enfermedad, pero lo cierto es que son pocos los casos que consultan por algún síntoma y menos los que se complican.

La disfunción muscular que está en la base fisiopatológica de esta enfermedad explica la frecuencia preponderante con que estos pacientes se presentan con trastornos del tránsito. Ya sea constipación o alternancia de constipación y diarreas. En nuestro medio la constipación es un síntoma muy frecuente. Tanto en la población que es portadora de divertículos como en la que no los presenta.

Es interesante observar que este síntoma motiva pocas consultas. Y ello es parte porque la población se automedica con laxantes (hay más de 40 productos con efecto laxante en el mercado uruguayo) y en parte por la costumbre popular de ingerir la infusión de yerba mate. Son conocidos los efectos laxantes de esta infusión, especialmente tomada en ayunas (47). A tal punto que es raro ver constipados entre los tomadores habituales de mate.

Pero lo que deseamos destacar es que a través de nuestra experiencia endoscópica, hemos podido comprobar que ni los laxantes ni el mate ponen a cubierto de contraer la enfermedad diverticular. A lo más enmascaran o no dejan evidenciar la constipación resultante de la baja ingesta de fibra. Pero no previenen la disfunción muscular que está en la base de esta patología.

En la casuística que analizamos, encontramos que los 112 casos de colopatía diverticular determinaron 176 ingresos. Con un tiempo de hospitalización que en su conjunto llega a 4.567 días. Siendo el promedio de estadía de 26 días.

El máximo de reingresos por paciente fue de 7. Y el máximo de consultas a policlínica por paciente llegó a 18. El máximo de estadía hospitalaria por ingreso fue de 150 días.

SEXO Y EDAD

La enfermedad predominó en el sexo femenino (67 casos contra 45 hombres). Presentándose en 2 casos correspondientes a la 3ª década de vida, en 7 de la 4ª década, en 16 de la 5ª, en 28 de la 6ª. Y alcanzando su máxima incidencia en la 7ª década, con 33 casos. En la 8ª y 9ª décadas, la frecuencia disminuye (24 y 2 casos respectivamente) pero seguramente debido a la expectativa de vida de nuestra población.

Es interesante destacar que en los 9 casos menores de 50 años, ya hubo dos casos (40 y 41 años) que fueron operados de urgencia por peritonitis por perforación diverticular; tres ingresaron por diverticulitis y uno por enterorragias. Dos pacientes tenían antecedentes de infarto, uno a los 42 y otro a los 43 años.

DURACION DE LOS SINTOMAS

Es sabido que un grupo importante de personas con colopatía diverticular cursan su enfermedad en forma asintomática. Otros lo hacen con pequeños trastornos del tránsito que no los lleva a la consulta. Aquí analizaremos solamente la data de los síntomas en aquellos que consultaron o ingresaron por su enfermedad. Esta evolución en el tiempo está consignada sólo en 74 historias. En 28 casos los síntomas databan de menos de 1 año y en 46 de más de un año. En este último grupo había 24 casos (21 % del total) con duración de los síntomas mayor de 5 años.

Los antecedentes de sangrado se presentaron en 26 casos, el dolor en 17, los trastornos del tránsito en 24; los síntomas vesicales en 2 y en 3 había antecedentes de cuadros obstructivos o subobstructivos. Veremos, al tratar la complicación hemorrágica, que gran número de los casos que la presentaron tuvieron varios reingresos por dicha complicación.

TRATAMIENTO

Seis casos fueron tratados en policlínica, en tanto que 106 debieron ingresar. El tratamiento médico fue indicado en 84 casos, y el quirúrgico en 28 (25 %). 16 casos fueron operados de urgencia, y 12 de coordinación. La cirugía permitió un tratamiento definitivo de la colopatía diverticular en el 46 % de los casos (13 pacientes), mientras que en el 54 % restante el tratamiento no fue definitivo. Quedando ocho casos (28 %) con colostomías definitivas.

Cabe señalar la frecuencia de complicaciones graves que obligaron al tratamiento de urgencia, en pacientes añosos o con patología asociada que llevó a un tratamiento no definitivo en más de la mitad de los casos, cuando no a una colostomía definitiva en casi la tercera parte de los operados.

Las indicaciones de tratamiento quirúrgico fueron agrupadas según seis tipos de complicación, pero debemos aclarar que algunos casos

se trataron quirúrgicamente por más de una manifestación. Tales como la oclusión y sub-oclusión coexistiendo con la forma tumoral. O esta complicación y la fístula.

La forma tumoral determinó el tratamiento quirúrgico en cinco casos. La perforación con absceso peridiverticular o peritonitis localizada llevó a la operación a 6 pacientes, en tanto que 9 fueron operados por peritonitis generalizadas. Tres casos se operaron por fístula sigmoideovesical y 3 por obstrucción y 2 por sangrado. La peritonitis localizada o generalizada fue la causa más frecuente del tratamiento quirúrgico (15 casos en 28).

Cuatro casos fueron tratados en un tiempo; tres resecados en dos tiempos y otros tres en tres tiempos. Pero hay un grupo que merece destacarse pues permite sacar interesantes conclusiones respecto a la oportunidad del tratamiento quirúrgico. Y es un grupo que lo hemos denominado miscelánea y que incluye los 18 casos restantes que se trataron quirúrgicamente. Estos pacientes fueron operados con procedimientos en varias etapas, que quedaron incompletos; o sólo con laparotomía o con resecciones en más de tres etapas por complicaciones. Todos estos casos serán analizados más detalladamente al tratar cada complicación pero desde ya resaltamos que estos 18 casos (64 % de todos los operados) están diciendo de tratamientos quirúrgicos complejos, muchas veces incompletos y ello por la gravedad de las complicaciones, la edad avanzada o el péximo estado general de estos pacientes.

Plantea, entre otras cosas, la posibilidad de que estemos tratando muy tarde a los portadores de esta patología.

Los resultados del tratamiento médico o quirúrgico de la colopatía diverticular serían ambiguos si sólo dijéramos que el tratamiento médico no arrojó ninguna muerte y que en cambio el quirúrgico tuvo 5 muertes (17,8 % del total de operados): el 25 % de los operados de urgencia (4 casos) y el 8 % de los operados de coordinación (1 caso). Esta alta mortalidad se explica en parte por las edades de los casos tratados (tres de ellos de 78, 81 y 82 años); por la gravedad de las complicaciones (4 peritonitis fecaloideas o supuradas) que llevaron a cirugía de urgencia y a veces a reintervenciones por nuevas complicaciones, frecuentemente en enfermos no preparados o con serios riesgos por patología cardio-vascular o respiratoria asociados.

Hurgando en los antecedentes de estos casos de mal evolución, encontramos que cuatro de ellos tenían manifestaciones previas: dos se habían complicado previamente con diverticulitis y enterorragias; otro había presentado enterorragias y sufrimiento o doloroso y otro trastornos del tránsito. La data del inicio de estos síntomas la tenemos consignada en cuatro casos: uno de ellos (de 82 años) presentó sufrimiento previo de pocos días antes de desembocar en una peritonitis purulenta. Un caso de 65 años había iniciado sus complicaciones veinte años antes con diverticulitis y enterorragias. Otros dos casos, de 81 y 78 años, ha-

bían presentado diverticulitis o dolor y enterorragias entre 1 y 2 años antes.

Las causas de muerte fueron: insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria y sepsis, tromboembolismo pulmonar y evisceración con deterioro metabólico.

La incertidumbre sobre la evolutividad de cada caso de colopatía diverticular haciendo imposible, a veces, de prever la gravedad de la complicación a sobrevenir y la cronología de su aparición han llevado a insistir excesivamente en el tratamiento médico, basado en la falsa premisa de la baja mortalidad que éste conlleva. Olvidando la morbilidad que ello supone y que en la casuística que analizamos (1972 - 1978) ha provocado un promedio de ingreso de casi un mes con casos que tuvieron hasta siete reingresos o llegaron a consultar en policlínica hasta 18 veces y que hubo pacientes que debieron pasar internados hasta 5 meses.

Y no teniendo en cuenta que, en los casos consignados, hay un 21 % que presentó complicaciones que datan de cinco años o más, siendo que muchas de ellas configuran, en otros medios, una indicación química formal. Entre los 28 operados hay 4 casos que no presentaban antecedentes o no están consignados. Hay 12 casos cuya sintomatología evolucionó por menos de 6 meses; cinco que presentaron complicaciones entre 1 y 3 años antes, predominantemente de tipo hemorrágico. Tres casos sufrirán de trastornos del tránsito entre 5 y 10 años previos y cuatro casos iniciaron su sufrimiento más de 10 años antes (dos de ellos con sangrados y dos con trastornos del tránsito).

En esta casuística hay muchos casos que siguen evolucionando con tratamiento médico (como lo veremos al tratar la complicación hemorrágica) y a los cuales con el devenir de los años cabe esperar un cierto número de complicaciones graves, que sobrevendrán en pacientes más añosos, con mayores taras y que enfrentarán un tratamiento quirúrgico que, como hemos visto, está gravado con casi el 18 % de mortalidad (25 % en la urgencia).

No debemos olvidar un concepto anatomopatológico muy bien estudiado por Reifferscheid y expresado en el 5º Congreso Mundial de Cirugía Digestiva presidiendo la Mesa Redonda sobre Colopatía Diverticular (43).

Lo característico de la diverticulitis es la pérdida parcial del epitelio en los divertículos. Sin que ello implique signos generales de inflamación. Esta falta de epitelio favorece la inflamación de la pared del colon y estamos frente a la peridiverticulitis, con signos y síntomas generales de inflamación.

Siendo éste el comienzo de una progresión que no puede ser detenida y que se extiende en todos los sentidos hacia la serosa. Es decir que *la peridiverticulitis constituye una enfermedad autónoma que no puede detenerse con una simple colostomía y que por tanto debe ser reconocida precozmente para su tratamiento.*

En su casuística de 260 casos operados constató que el 30 % de las diverticulosis evolucionaron a diverticulitis y el 30 % de éstas a complicaciones severas.

ENCUESTA A CIRUJANOS

En ocasión de esta Mesa Redonda se cursó una carta a diversos cirujanos del Interior y la Capital lográndose recopilar 122 casos tratados por complicaciones. Demostrándose que cada cirujano promedialmente, no llega a operar un caso por año. Con lo cual la experiencia en el tratamiento quirúrgico de esta enfermedad resulta muy baja. De necesidad se operaron 112 casos (91,81 %) y sólo 10 de elección (8,19 %). Por dificultad en el diagnóstico diferencial con el cáncer se trató a 11 casos (9,01 %).

La mortalidad (que sólo figura en dos encuestados) es de 33 %.

No existe en nuestro medio experiencia significativa sobre miotomías.

ESTADÍSTICAS EXTRANJERAS

En la *Clínica Mayo* sobre 152 casos operados entre 1955 y 1957 tuvieron una mortalidad de 0 % en 75 casos operados sin complicaciones importantes y de 2,6 % en los 77 casos que presentaron obstrucción, abscesos, fístulas o perforación. El tratamiento consistió en resección y anastomosis en un tiempo (117 casos) y resección y anastomosis en un tiempo con colostomía proximal en 8. Totalizando estos casos el 81 % de los operados. Rodkey y Welch publican la experiencia del *Hospital General de Massachusetts* en 1974, sobre 338 casos operados entre 1964 y 1973. El 67,4 % de los casos tuvieron indicación operatoria de necesidad (por absceso, peritonitis localizada o generalizada, obstrucción, hemorragias o fístula) y el 32,6 % fueron operados de elección por dolor persistente con o sin masa palpable.

El tratamiento fue de resección y anastomosis primaria en 46,7 % de los casos; operación en dos tiempos en el 7,7 % y en 3 tiempos en el 30,8 %.

La mortalidad en la cirugía de elección (478 operaciones con cuatro fallecidos) fue de 0,8 % y en la urgencia (121 operaciones con 11 fallecidos) fue de 9,1 %. Lo que hace una relación de 11,4 a 1.

Hollender publica en *Francia* (1978) sus resultados sobre 138 casos operados en 17 años, con una mortalidad global de 28 %. En tanto que la cirugía en frío está gravada con 5 % de mortalidad. En los tratados por oclusión encuentra un número muy elevado (48 %) que quedaron con colostomías definitivas. Aboga por una cirugía más precoz dada la alta mortalidad operatoria y la notable morbilidad (alta frecuencia de colostomías definitivas).

Laurence y Donnelly publican en *Argentina* (1978) 89 casos operados entre 1950 y 1977. Operados de necesidad el 57,31 % y de elección el 42,69 %. La mortalidad total fue de 1,33 % y de 0 % en los operados de elección.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAMS JT. Therapeutic barium enema for massive diverticular bleeding. *Arch Surg*, 101: 457, 1970.

- ADAMS JT. The barium enema as treatment for massive diverticular bleeding. *Dis Col Rect*, 17: 439, 1974.
- ALAVI A, DANN R, BAUM S. Seintigraphic detection of acute gastrointestinal bleeding. *Radiology*, 124: 753, 1977.
- ALBO. Poliposis Digestiva. *Cir Uruguay*, 46: 366, 1976.
- ASINER B. Enfermedad diverticular del colon. Montevideo. Magallanes, 1972.
- BAUM S, NUSBAUM MH, BLAKEM RE WS. The preoperative radiographic demonstration of intra abdominal bleeding from indetermined sites by percutaneous selective celiac and superior mesenteric arteriography. *Surgery*, 58: 534, 1960.
- BAUM S, ATHANASOULIS C, WALTMAN A. Gastrointestinal hemorrhage. Angiographic diagnosis and control. *Adv Surg*, 7: 149, 1973.
- BAUM S, ATHANASOULIS CA, WALTMAN AC. Angiodysplasia of the right colon as a cause of chronic gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology*, 62: 682, 1975.
- BAUM S, ATHANASOULIS C. Angiography. En Bockus, *Gastroenterology*. Philadelphia Saunders, 1976, v. 2, p. 867.
- BOLEY SJ, SAMMARTANO R, ADAMS WA. On the native and etiology of vascular ectasias of the colon. *Gastroenterology*, 72: 650, 1977.
- BOLEY SJ, DI BIASE A, BRANDT LJ, SAMMARTANO R. Lower intestinal bleeding in the elderly. *Am J Surg*, 137: 57, 1979.
- BONAVITA L. Colopatía Diverticular. Tesis de Doctorado. Montevideo, 1958. Inédita.
- CHIFFLET A. Complicaciones de la colopatía diverticular. En: *Congreso Uruguayo de Proctología*, 1º, 1963. Montevideo. García Morales, 1963, v. 1, p. 39.
- DRAPANAS T, PENNINGTON G, RAPELMAN M. Emergency subtotal colectomy. Preferred approach to management of massively bleeding diverticular disease. *Ann Surg*, 177: 519, 1973.
- FOSTER J, ALBO R. Massive gastrointestinal Hemorrhage. En Hardy, J. *Critical Surgical illness*. Philadelphia. Saunders, 1971.
- GILCHRIST RR, ECONOMOR S. Surgical treatment of diverticulitis of colon. *Arch Surg*, 70: 276, 1955.
- GOLIGHER JC. Surgery of*the anus, rectum and colon. Londres. Baillière Tindall, 1977.
- GUTIERREZ BLANCO H. Las proctorragias masivas en las colopatías diverticuliarias. *Día Méd Urug*, 436: 369, 1969.
- HEIDENREICH A. Entero y colopatías vasculares. *Rev Argent Cir*, (núm. extraord.): 3, 1979.
- HUNT RH. Rectal Bleeding. *Clin Gastroenterol*, 7: 719, 1978.
- IRAZUSTA M, ECHENIQUE M, GALARRAGA I. Hemangiomas rectocolónicos: una causa poco frecuente de rectorragia. *Rev Esp Enf Ap Digest*, 56: 47, 1979.
- JARPA S, MELKONIAN E. Tratamiento quirúrgico de la enfermedad diverticular del colon. En: *Congreso Uruguayo de Proctología*, 1º, 1963. Montevideo. García Morales, 1963, v. 2, p. 540.
- JUDD E. Massive bleedings of colonic origin. *Surg Clin North Am*, 49: 977, 1969.
- KOCOUR EJ. Diverticulosis of colon; its incidence in 7.000 consecutive autopsies with reference to its complications. *Am J Surg*, 37: 433, 1937.
- LAUFER I. Double contrast radiology in the diagnosis of gastrointestinal cancer. En: Glass, J. B. *Progress in Gastroenterology*. Nueva York. Grunne - Stratton, 1977.
- LLOYD - DAVIES OV. Diverticulitis. *Proc R Soc Med*, 46: 407, 1953.
- MAQUIEIRA G. Causa de muerte en la colopatía diverticular. En: *Congreso Uruguayo de Proctología*, 1º, 1963. Montevideo. García Morales, 1963, v. 2, p. 577.
- MARX FW, GRAY RR, DUNCAN AM. Angiodysplasia as a source of intestinal bleeding. *Am J Surg*, 134: 125, 1977.
- MAYNARD EP, VOORHEES AB. Arterial hemorrhage from a large bowel diverticulum. *Gastroenterology*, 31: 210, 1956.
- MCGUIRE HH, HAYNES BW. Massive hemorrhage from diverticulitis of the colon. *Ann Surg*, 175: 847, 1972.

31. MEYERS MA, ALONSO DR. Pathogenesis of bleeding colonic diverticulosis. *Gastroenterology*, 71: 577, 1976.
32. MISKOWIAK J, MUNCK O, NIELSEN SL. Abdominal seintiphography with 99m technetium-labelled albumin in acute gastrointestinal bleeding: an experimental study and a case report. *Lancet*, 2: 852, 1977.
33. MOBLEY JE, DOCKERTY MB, WAUGH JM. Bleeding in colonic diverticulosis. *Am J Surg*, 94: 44, 1957.
34. MUÑOZ MONTEAVARO C. Divertículos del colon. *Dia Méd Urug*, 305: 2310, 1958.
35. MUÑOZ MONTEAVARO C. Hemorragias masivas por divertículos del colon. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 129, 2: 273, 1961.
36. NOER RJ. Hemorrhage as a complication of diverticulosis. *Ann Surg*, 141: 674, 1955.
37. NOER RJ, HAMILTON JE, WILLIAMS DJ. Rectal hemorrhage. *Ann Surg*, 155: 794, 1962.
38. NUSHBAUM M, BAUM S, BLAKEMORE WS. Demonstration of intra-abdominal bleeding by selective arteriography. *J.A.M.A.*, 191: 389, 1965.
39. PARKS TG. Natural history of diverticular disease of the colon. *Clin Gastroenterol*, 4: 53, 1975.
40. PARKS TG. Surgery of Diverticular disease of the colon. En: Bockus, *Gastroenterology*. Philadelphia. Saunders, 1976, v. 2, p. 1001.
41. PONKA J, FOX JD, BRUSH B. Coexisting carcinoma and diverticular of colon. Review of 355 cases of carcinoma of colon. *Arch Surg*, 79: 373, 1959.
42. QUINN NC. Gross hemorrhage from presumed diverticular disease of the colon. *Ann Surg*, 153: 851, 1961.
43. REIFFERSCHIED M. Enfermedad diverticular de colon. Mesa Redonda. *Congreso Mundial Colegio Int. Cirugía Digestiva*, 5º, San Pablo, 1978.
44. RIGG BM, WEING MR. Current attitudes with particular reference to colonic bleeding. *Arch Surg*, 92: 321, 1966.
45. RODKEY GV, WELCH CIE. Colonic diverticular disease with surgical treatment. A study of 338 cases. *Surg Clin North Am*, 54: 655, 1974.
46. SALVATI E, BONG HH, VARGA F. Massive Hemorrhage from colonic diverticula caused by arterial erosion: A practical theory of its mechanism and causation. Report of 2 cases. *Dis Colon Rect.* 10: 129, 1967.
47. SAMANIEGO C. Yerba Mate (*Ilex Paraguayensis*). Asunción, Paraguay, 1937.
48. SCARBOROUGH RA, KLEIN RR. Polypoid lesions of the colon and rectum. *Am J Surg*, 76: 723, 1948.
49. SEDGWICK C, VERNON JR. Gastrointestinal bleeding. Diagnosis and management. *Surg Clin North Am*, 48: 523, 1968.
50. SHAIHEN J. Diverticulitis and carcinoma of the sigmoid colon. *Gastroenterology*, 27: 67, 1954.
51. SKIBBA RM, HARTONG WA, MANTZ FA. Angiodysplasia of the cecum: colonoscopic diagnosis. *Gastroint Endosc*, 22: 177, 1976.
52. SLACK WW. Diverticula of the colon and their relation to the muscle lawer and blood vessels. *Gastroenterology*, 39: 708, 1960.
53. SOJO E, ESTAPE G. Colonoscopia. A propósito de 1.000 estudios. *Dia Méd Urug*, 482: 14, 1978.
54. SOJO E, ESTAPE G, FALCONI L, DE LOS SANTOS J. Diagnóstico y tratamiento de los pólipos recto-colónicos. *Cir Uruguay*, 50: 19, 1980.
55. SPEER CS, BACON HE. Coexisting diverticular and neoplastic disease of colon. *Surgery*, 52: 733, 1962.
56. THOMPSON NW. Vascular ectasias and Colonic Diverticula:: common causes of lower gastrointestinal hemorrhage in the aged. En: Fiddian-Green y Turcotte. *J. Gastrointestinal Hemorrhage*. Nueva York. Grune - Stratton, 1980.
57. VEIDENHEIMER MC, CORMAN ML, COLLAR JA. Colonic hemorrhage. *Surg Clin North Am*, 58: 581, 1978.
58. WELCH CE, HEDBERG S. Gastrointestinal hemorrhage. En *advances in Surgery*. Chicago. *Year Biok Med Pub*, 1973, v. 7, p. 95.
59. WELCH CI, ATHANASOULIS Ch, GALBABINI J. Hemorrhage from the large bowel with special reference to angiodysplasia and diverticular disease. *World J Surg*, 2: 73, 1978.
60. WHITEHOUSE GH. Solitary angiodysplastic lesions in the ileocecal region diagnosed by angiography. *Gut*, 14: 977, 1973.
61. WISE R, JOHNSTON D. The role of angiography in the evaluation of surgical patients. *Surg Clin North Am*, 50: 645, 1970.
62. WOLFF WI, GROSSMAN MB, SHINYA H. Angiodysplasia of the colon: diagnosis and treatment. *Gastroenterology*, 72: 329, 1977.
63. YOUNG JM, HOWORTH MB. Massive hemorrhage in diverticulosis: possible explanation of cause with presentation of case requiring surgical treatment. *Ann Surg*, 140: 128, 1954.

Planteo terapéutico

Dr. Ricardo Revetria

La correcta interpretación etiopatogénica de la C.D. que hemos resumido al comienzo, trajo como consecuencia un nuevo enfoque terapéutico. Desde el punto de vista médico en base a la dieta adecuada, y desde el quirúrgico en la acción sobre las bandeletas o tenias del colon, que son las miotomías propuestas por Reilly (78) y Hodgson (42).

Sin embargo, el paciente que es portador de C.D. con un colon con gruesas lesiones, como las que vimos en las fotografías mostradas, nos es difícil pensar en la desaparición o curación de esas graves alteraciones anatómicas.

Ya Mayo (26) en 1907 dijo: "Si un tumor grande está presente y los síntomas no tienen tendencia a desaparecer es mejor una resección primaria de la parte afectada del colon, antes que sobrevengan las fístulas o abscesos a provocar al paciente una invalidez prolongada". Es recién en las últimas dos décadas

que los cirujanos llevaron a la práctica esta conducta.

Refuerzan este planteo el estudio de la reincidencia y de la mortalidad operatoria.

Horner en 1958 (38) siguiendo pacientes de C.D. encuentra:

	<i>Reincidencia y complicaciones</i>
Entre los primeros 5 años	9,7 %
Entre 6 y 10 años	25 %
Entre 11 y 18 años	36,7 %

Boles y Jordan en 1958 (44) en 294 C.D. seguidas de 10 a 30 años, el 40 % hace un ataque o complicación y el 6 % hace dos ataques o complicación grave.

El análisis de las estadísticas que hemos mostrado, a nivel internacional muestra para la cirugía de necesidad una mortalidad que oscila

entre 2,6 - 15 y 30 % y en la cirugía de elección se aproxima a 0 %.

En América del Norte para la cirugía de elección se han pautado condiciones de selección, de las que mostraremos cronológicamente las de tres autores de gran experiencia en este tema.

Rodkey y Welch, 1965 (84):

1. Crisis recidivantes de inflamación local.
2. Masa sensible persistente.
3. Estrechez del sigmoides en el colon por enema.
4. Disuria en un portador de C.D.
5. Trastornos del tránsito asociados con dolores bajos y divert.
6. Evolución rápida de los síntomas.
7. Pacientes menores de 60 años.
8. Imposibilidad de excluir el cáncer.

Veidenheimer, Clínica Lahey, 1973 (90):

1. Síntomas persistentes después de un solo ataque.
2. Un solo ataque y perforación localizada demostrable.
3. Dos ataques de dolor en F.I. Izq. más fiebre y leucocitosis.
4. Quienes han tenido síntomas urinarios junto a diverticulitis.
5. Quienes tuvieron dos hemorragias por diverticulosis.
6. Síntomas obstructivos en ocasión de ataques de diverticulitis.
7. Pacientes menores de 55 años con un solo ataque.

Bentley Colcok, 1975 (22):

1. El que tuvo dos o más ataques de dolor con fiebre y leucocitosis y el colon por enema muestra divertículos.
2. Descartar: cáncer, Crohn, colitis ulcerosa por colon por enema y colonoscopia.
3. Un solo ataque con perforación evidente.
4. Ataque más síntomas de oclusión o estenosis progresiva de la luz colónica.
5. Diverticulitis recurrente con síntomas urinarios o visualización de pequeño absceso intermediario en el colon por enema.
6. Pacientes con buen riesgo y con hemorragias repetidas por diverticulosis.
7. Si tienen menos de 55 años.

Evidentemente en esta cirugía ha habido el efecto del "péndulo" como muy bien lo dice Colcock (25), de la prohibición de operar la C.D. fuera de la complicación, se pasó al otro extremo y se operaron colon espasmódicos asociados a C.D. de escasa importancia.

Pero luego, analizada correctamente la posibilidad de complicación del portador, estandarizadas las indicaciones de operaciones de elección, se llegó a una posición equilibrada.

Creemos que en esas condiciones debemos en nuestro medio tener una actitud diferente de la que mostramos en nuestras estadísticas y encuestas.

En este esquema mostramos las posibilidades quirúrgicas colocadas en orden de preferencia decreciente:

CIRUGIA DE NECESIDAD

A) Plan mínimo para enfermos graves con alto riesgo

1. Exteriorización de la zona más enferma o perforada.
2. Colostomía proximal y drenaje del foco.
3. Colostomía proximal sola.

B) Plan mayor para enfermos adecuados

1. Resección y anastomosis en un solo tiempo.
2. Resección y anastomosis en un tiempo con colostomía proximal.
3. Resección de todo el colon afectado abocando los dos cabos a la pared o realizando un procedimiento de Hartmann.

CIRUGIA DE ELECCION

- a. Resección y anastomosis con o sin colostomía proximal.
- b. Mictomías longitudinal o transversa.
- c. Resección y mictomías.

CONCLUSIONES

1) La frecuencia de esta enfermedad tal cual lo expresan Painter y Burkitt:

EE.UU. y Europa Occidental, muy frecuente.
América del Sur y Australia, medianamente frecuente.
África y Asia rural, extremadamente rara.

De los datos estadísticos y de la encuesta surge que en nuestro país es poco frecuente y que en etapa de complicación cada cirujano del Interior intervendrá un paciente cada dos años.

2) Debido a su escasa frecuencia no se puede adquirir una experiencia propia muy importante sobre el manejo adecuado de ésta. Por esa misma razón debe tenerse una muy buena información de la conducta terapéutica en cada caso, recordando que quienes conocen a fondo el manejo de estos pacientes la denominan "traicionera enfermedad".

os parece oportuno en este momento transcribir lo dicho por Bentley Colcok (26), uno de los cirujanos que más experiencia tiene, que ha publicado en los años 64, 66, 70, 71, 75 de este último, en un hermoso y casi filosófico artículo, que vuelca toda su experiencia de decenas de años en la Clínica Lahey, dice: "La responsabilidad del que hace la primera intervención es muy grande pues puede dificultar la segunda o al otro cirujano que deberá actuar, o puede condenar al paciente a una colostomía definitiva".

3) Es una afección de tratamiento médico; los resultados obtenidos con dietas ricas en restos celulósicos son alentadores e importantes.

Pero cuando se presenta con características evolutivas especiales debe plantearse el tratamiento quirúrgico preventivo de las complicaciones más graves, recordando a los que manejan estos casos:

1. Que no hay que esperar que los pacientes lleguen en pésimo estado y en etapa de complicación grave al cirujano.

2. A los cirujanos: el portador de C.D. cuando se opera en etapa de complicación es frecuente portador de asociaciones lesionales en parénquimas nobles al que se le agrega muchas veces un shock séptico grave. Tiene un colon de muy mal manejo quirúrgico. Se debe ser muy prudente con ellos, actuar con mucho juicio y sentido común tomando las decisiones con las lesiones a la vista. Teniendo siempre presente que en los casos complicados es preferible curar en dos, que perder el enfermo en una intervención.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ADAMS J. The barium enema as treatment for massive diverticular bleeding. *Dis Colon Rect*, 17: 439, 1974.
2. ALMY TP. Diverticular diseases of the colon. The new look. *Gastroenterology*, 49: 109, 1965.
3. ARFWIDSSON, LEHMANN. Histopathology of the sigmoid musculature in diverticular disease. *Acta Chir Scand*, 342: 47, 1964.
4. ASINER B. Indicaciones quirúrgicas de las C.D. *Congreso Latinoamericano de Proctología*, 12º, 1963.
5. ASINER B. Peritonitis por complicaciones de la E.D.C. Técnica operatoria y resultados. *Cir Uruguay*, 41: 233, 1971.
6. ASINER B. Enfermedad diverticular del colon. Montevideo. Magallanes, 1971.
7. ASINER B. Peritonitis por complicación de E. D. del C. Concepto, Estrategia y Experiencia. *Cir Uruguay*, 49: 508, 1979.
8. ATTISHA RP y SMITH A. Pressure activity of the colon and rectum in diverticular disease, before and after sigmoid myotomy. *Br J Surg*, 56: 891, 1969.
9. BAUM S, ROSHR J, DOTTERS Ch T. Selective mesenteric arterial infusion in the management of massive diverticular hemorrhage. *N Engl J Med*, 288: 1269, 1973.
10. BERCANOS, CAVIGLIA, LORENZO y LOSADAS, ARIAS. Enfermedad Diverticular colónica. Aspectos Clínicos. *Congreso Latinoamericano de Proctología*, 2º, 1963.
11. BERGER PL. Safe and affective surgery for diverticulitis. *Cong. Coll. Inter. Chir. Dig.*, 5º, 1978.
12. BONAVITA PAEZ L. Colopatía diverticular. Tesis de Doctorado. Montevideo, 1958. (Inédita).
13. BONAVITA PAEZ L. Las complicaciones urológicas de las diverticulitis sigmoideas. *Congreso Latinoamericano de Proctología*, 2º, 1: 54, 1963.
14. BRODERS W. Hemorragia de divertículos en colon. *Clin Quir Norte Am*, (ab.): 315, 1972.
15. BYRNE J y GARICK E. Surgical treatment of diverticulitis. *Am J Surg*, 121: 399, 1971.
16. BYRNE J, HENNESSY V. Diverticulitis del colon. *Clin Quir Norte Am*, (ag.): 1972.
17. CARLSON A and HOELZEL F. Relation of diet to diverticulosis of the colon in rats. *Gastroenterology*, 12: 108, 1949.
18. CASARELLA A, KAUTER P, SEAMA O. Right-side colonic diverticula as cause of acute rectal hemorrhage. *N Eng J Med*, 286: 450, 1972.
19. CELIO A. Pathologie der chronischen Stenosen. *Diverticulitis tumor Helvet*. *Chir Acta*, 19: 93, 1952.
20. CENDAN ALFONZO J. Complicaciones de las colostomias. *Congreso Latinoamericano de Proctología*, 2º, 1963, p. 913.

21. CIRUZZI A. Conceptos sobre etiopatogenia de la enfermedad D. del colon. *Prensa Méd Argent*, 65: 12, 1978.
22. COLCOCK B. Indicaciones quirúrgicas en las diverticulitis. *Clin Quir Norte Am*, 1964.
23. COLCOCK B. Diverticulitis. *Pract Quir Clin Lahey*, 1966.
24. COLCOCK B. Infección pelviana resultante de diverticulitis. *Clin Quir Norte Am*, (oct.): 1003, 1970.
25. COLCOCK B. Diverticulitis: un reto al cirujano. *Clin Quir Norte Am*, (jun.): 791, 1971.
26. COLCOCK B. Diverticular disease: Proven surgical management. *Clin Gastroenterol*, 1975.
27. CONNELL A. Applied physiology of the colon. Factor relevant to diverticular disease. *Clin Gastroenterol*, 1975.
28. CUTAIT D y col. Tratamiento cirurgico da diverticulite. *Congreso Latinoamericano de Proctología*, 2º, 3: 1397, 1963.
29. CUMMINGS J. Progress report: dietary fibre. *Gut*, 14: 69, 1973.
30. CHIFFLET A. La cirugía de la Diverticulitis del Sigmoides. *Dia Méd Urug*, 265: 602, 1955.
31. CHIFFLET A. Complicaciones de la C.D. *Congreso Latinoamericano de Proctología*, 2º, 1: 39, 1963.
32. D'ALMEIDA - BESSA - COSTA (Port). Terapêutica das complicaciones da doenca do colon. *Cong. Coll. Inter. Chir. Digest.*, 5º, 1978.
33. DELGADO PEREIRA B. Abscesos perisigmoideos de origen diverticular. *Congreso Latinoamericano de Proctología*, 2º, 1963, p. 53.
34. EASTWOOD MA. Medical and dietary management. *Clin Gastroenterol*, jun. 1975.
35. ETALA E. Indicaciones quirúrgicas de la colopatía diverticular. *Prensa Méd Argent*, 1959.
36. EUSEBIO E, EISENBERG M. Natural history of diverticular disease of the colon in young patients. *Amer J Surg*, 125: 308, 1973.
37. FLEISCHNER F, MING S, HENKEN E. Revised concept on diverticular disease of the colon. *Radiology*, 84: 599, 1965.
38. GALLAGHER D y RUSSELL T. Tratamiento quirúrgico de la enfermedad diverticular. *Clin Quir Norte Am*, 3: 563, 1978.
39. GASTARD, GOSSELIN. Diagnostic clinique et Radiologique du cancer du colon gauche. *Chirurgie*, 29: 13, 1979.
40. GOLIGHER, GRAHAM, DE DOMBAL. Anastomotic deniscence after anterior resections of rectum and sigmoid. *Br J Surg*, 57: 109, 1970.
41. HAGIHARA P, GRIFFEN W. Fisiología del colon y el recto. *Clin Quir Norte Am*, (ag.): 797, 1972.
42. HODGSON J. Transverse taeniomyotomy for diverticular disease. *Dis Colon Rect*, 16: 283, 1973.
43. HODGSON J, JOHNSON M. Animal models in the study of divert. disease. *Clin Gastroenterol*, 1965.
44. HOIJENDER A, MEYER A, CALDERONI S, JAMART A, ALEXIOU R. Le traitement chirurgical des sigmoiditis diverticulaires compliquées. *J Chir*, 115: 205, 1978.
45. HUGHES L. Postmortem survey of diverticular disease of the colon. *Gut*, 10: 336, 1969.
46. HUGHES L. Complications of divert. disease: Inflammation, obstruction and bleeding. *Clin Gastroenterol*, 4: 1, 1975.
47. IZAGUIRRE RP. Variantes en la técnica quirúrgica del ano transverso de Wangenstein. *Congreso Latinoamericano de Proctología*, 2º, 1963.
48. LAURENCE A. Tratamiento quirúrgico de la enfermedad diverticular del colon. *Congreso Latinoamericano de Proctología*, 2º, 1963.
49. LAURENCE A y DONNELLY E. Enfermedad diverticular del colon. *Pren Méd Argent*, 66: 294, 1979.
50. LIMA R, COSTA M, KIHARA S, DABUS A, CUTAIT M. Therapeutic transcatheter embolization for the control of massive gastrointestinal bleeding. *Cong. Coll. Inter. Chir. Dig.*, 5º, 1978.
51. LITTRE. Citado por Finney J. Diverticulitis and its surgical treatment. *Prac Interstate Posgrad*, 1928: 57.
52. MADDEN J. Primary resection and anastomosis in the treatment of perforated lesions of the colon. *Am Surg*, 31: 781, 1965.
53. MAQUIEIRA G. Causas de muerte en la colopatía diverticular. *Congreso Latinoamericano de Proctología*, 2º, 1963.
54. MARSHALL S y YOUNG W. Cirugía de urgencia en diverticulitis de colon. *Clin Quir Norte Am*, (jun.): 653, 1966.

55. MAINGOT R. Operaciones abdominales. Buenos Aires. Méd. Panamericana, 1966.
56. MORSON B. The muscle abnormality in diverticular disease of the colon. *Clin Gastroenterol*, 4: 1, 1975.
57. MORSON B. Pathology of diverticular disease of the colon. *Clin Gastroenterol*, 4: 1, 1975.
58. MUÑOZ MONTEAVARO C. Divertículos del colon. *Dia Méd Urug*, 305: 2310, 1958.
59. OTERO JP. Peritonitis por diverticulitis del sigmoide (Resección de colon). *Congreso Latinoamericano de Proctología*, 2º, 1963.
60. PAINTER NS, TRUELOVE SC. Intraluminal pressure pattern in diverticulosis of the western civilization. *Gut*, 5: 201, 1964.
61. PAINTER NS, BURKITT DP. Diverticular disease of the colon: a deficiency disease of western civilization. *Br Med J*, 2: 450, 1971.
62. PAINTER NS, BURKITT DP. Diverticular disease of the colon, a 20th century problema. *Clin Gastroenterol*, 4: 1, 1975.
63. PALMA E, GONZALES VALES, ARIAS J. Ileostomia con esfinter. *Cir Uruguay*, 42: 4, 1972.
64. PARKS T, CONNELL AM. Comparative study of the radiological and clinical findings in diverticular disease of the colon. *Gut*, 10: 414, 1969.
65. PARKS T, CONNELL AM, GOUGH A, COLE J. Limitations of radiology in the differentiation of diverticulosis of the colon. *Br Med J*, 2: 136, 1970.
66. PARKS T. Natural history of diverticular disease of the colon. *Clin Gastroenterol*, 1975.
67. PATIÑO J. Tratamiento de la enfermedad diverticular del colon. *Rev Argent Cir*, 31: 73, 1976.
68. PAVLOVSKY A. Diverticulosis colónica: complicaciones graves. *Rev Argent Cir*, 38: 53, 1970.
69. PENFOLD J. Significance of rectal bleeding in diverticular disease in patients at St. Mark's Hospital. *Br J Surg*, 60: 557, 1973.
70. PENFOLD J. Management of uncomplicated diverticular disease in patients of St Mark's Hospital. 1964-1969. *Br J Surg*, 60: 695, 1973.
71. PERDOMO R, ARMAND UGON C. Exteriorización sigmoidea en la perforación diverticular. Reingreso al vientre del asa cicatrizada. *Cir Uruguay*, 46: 217, 1976.
72. PERROTIN J, SIMON P, BASTIAN D. Faut-il opérer les sigmoiditis diverticulaires. *Rev Pract*, 26: 2841, 1976.
73. PERTUSSO J. Cirugía de urgencia del colon. *Cir Uruguay*, 40: 469, 1970.
74. PORRAS Y. Peritonitis agudas en la enfermedad diverticular del colon. Tesis de Doctorado. Montevideo, 1968. (Inédita).
75. PRASARD and O'DANIEL. Recurrence of high intracolonic pressure, following sigmoid myotomy. *Br J Surg*, 58: 304, 1971.
76. PRADINES J. Tratamiento quirúrgico de la enfermedad diverticular del colon. *Congreso Latinoamericano de Proctología*, 2º, 1963.
77. RANSOM R. Citado por Marshall y Young. *Clin Quir Norte Am*, (jun.): 653, 1966.
78. REILLY M. Sigmoidal myotomy for acute diverticulitis. *Dis Col Rect*, 8: 42, 1965.
79. REILLY M. Sigmoid myotomy. *Br J Surg*, 53: 859, 1966.
80. REILLY M, SMITH A. Sigmoid myotomy. *Clin Gastrointestinal*, 4: 1, 1975.
81. REUTER y SUANG. Control of abdominal bleeding with autogenous embolized material. *Radiology*, 14: 86, 1974.
82. ROBERTSON J. Changes in the fibre content of the British diet. *Nature*, 238: 290, 1972.
83. RODKEY G, WELCH C. Diverticulitis del colon: evolución de concepto y tratamiento. *Clin Quir Norte Am*, (oct.): 1231, 1965.
84. RODKEY G, WELCH C. Tratamiento quirúrgico de la diverticulosis del colon. Un estudio de 338 casos. *Clin Quir Norte Am*, (jun.): 651, 1974.
85. SAMUEL E, DEAN A. Investigative measures in diverticular disease. *Radiology, colonoscopy. Clin Gastroenterol*, 4: 1, 1971.
86. SMALL, SMITH A. Fistula and conditions associated with divert. dis. of the colon. *Clin Gastroenterol*, 4: 1, 1975.
87. TALBOTT T, MAC KEIGAN J. Panorama de la endoscopia del colon. *Clin Quir Norte Am*, 3: 459, 1978.
88. VALLS A. Peritonitis por perforación diverticular colónica. *Congreso Latinoamericano de Proctología*, 2º, 1963.
89. VARELA SOTO R. Las complicaciones en el intestino delgado de la enfermedad diverticular colónica. *Congreso Latinoamericano de Proctología*, 2º, 1963.
90. VEIDENHEIMER M. Consideraciones técnicas en el tratamiento quirúrgico de la diverticulosis del colon. *Clin Quir Norte Am*, (abr.): 379, 1973.
91. WAUGH J, WALT A. Tendencias habituales en el tratamiento quirúrgico de la diverticulitis del colon sigmoideo. *Clin Quir Norte Am*, (oct.): 1297, 1972.
92. WELCH C, EDMUNDS H. Fistulas gastrointestinales. *Clin Quir Norte Am*, (oct.): 1311, 1962.
93. WYCHULIS A, BEAHR O y JUDD E. Tratamiento de la diverticulitis de colon. *Clin Quir Norte Am*, (ag.): 961, 1967.

R E S U M E

Complications de la colopathie diverticulaire

Dans le chapitre de l'étiopathogénie, on analyse les altérations histologiques et fonctionnelles qui sont à la base de cette maladie. En mettant en relief le rôle prédisposant que jouent les régimes dépourvus de cellulose. L'incidence croissante de cette maladie, fréquente surtout chez des malades de plus de 60 ans, et la morbidité déterminée par ses complications, ainsi que l'apparition de nouvelles méthodes de diagnostic justifient une mise à jour du sujet, tout au long de cette Table Ronde.

Dans les péritonites, localisées ou diffuses, on met l'accent sur la morbidité élevée, qui résulte du type de contamination, avec une flore polymicrobienne, survenant fréquemment chez des patients entre la 5ème et la 6ème décennies de la vie, et ayant une répercussion importante dans les différents parenchymes.

Les auteurs soulignent la nécessité qu'ils ressentent de faire le plus tôt possible, le diagnostic de cette complication qui peut ne pas être reconnue dans ses étapes

initiales (60 % d'erreur diagnostique préopératoire) étant donné que le pronostic dépend directement d'une opération précoce avec une réanimation convenable. Face au doute clinique et paraclinique, il est préférable d'effectuer la laparotomie exploratrice que de permettre à cette complication d'évoluer.

La stratégie opératoire sera celle de traiter la péritonite et de résoudre le foyer qui en est la cause. Le secteur atteint doit être exclus de la cavité péritonéale, de préférence par résection.

Dans le cas des abcès, on est exposé aussi à de possibles difficultés diagnostiques préopératoires et en même temps, on a besoin d'un diagnostic opportun, pour éviter les complications comme la fistulisation dans la vessie ou la plus grave, la péritonite.

Ici encore, l'idéal est de pouvoir résoudre la complication et la cause originnaire, en proposant les diverses tactiques chirurgicales convenables au patient, à sa complication et à l'expérience du chirurgien.

Les fistules dues à une colopathie diverticulaire supposent une complication qui, en général, n'exige pas une thérapeutique d'urgence comme celles qu'on a analysées auparavant. D'après une enquête réalisée chez 50 chirurgiens de notre milieu, on déduit qu'il y a peu d'expérience individuelle en ce qui concerne cette complication ainsi que la prédominance des fistules colovésicales sur les autres. On analyse les méthodes diagnostiques, les tactiques chirurgicales prises et les résultats chez les fistules les plus fréquentes (colovésicales, colocutanées, colovaginales et colotériques) et chez les moins fréquentes (coloutérines et colourétérales) en établissant que la tactique chirurgicale doit être orientée vers la résection du secteur pathologique du côlon et de la viscère ou du secteur de la viscère voisine atteinte et quelquefois du trajet fistuleux.

L'application du procédé en un, deux ou trois temps dépend de chaque cas en particulier; en détachant que tout essai pour raccourcir l'hospitalisation ou pour éviter une colostomie transverse peut terminer en un échec. On met en relief qu'on a besoin de traiter la colopathie diverticulaire lors des premières étapes de la complication, évitant aussi les étapes avancées de la maladie.

Dans la complication hémorragique, les auteurs rapportent les méthodes classiques de diagnostic employées, en signalant leurs limites. Ils soulignent l'importance d'employer une méthodologie diagnostique qui dépendra du type d'hémorragie: grave ou peu importante (ou arrêtée). Et dont l'efficacité sera basée sur l'emploi du double contraste du côlon, la fibrocolonoscopie et l'angiographie sélective. Celle-ci ajoute la possibilité d'arrêter le saignement grâce à l'emploi de l'infusion de vasoconstricteurs. En suivant les schémas diagnostiques proposés, on parvient à traiter cette complication en connaissant l'étiologie véritable du saignement et sa topographie. En permettant, dans les cas d'indication chirurgicale, une résection segmentaire, dirigée et pas à l'aveuglette.

Dans les hémorragies massives, on remarque l'avantage d'arrêter l'hémorragie avec des vasoconstricteurs, ce qui rend plus facile la préparation du patient et de son côlon pour une résection non plus d'urgence, mais d'élection. Avec l'amélioration du pronostic qui en résulte.

La colopathie diverticulaire sous forme de tumeur est l'une des formes évoluées de cette maladie, qui pose parfois des problèmes de diagnostic différentiel avec le cancer. Même à l'étape intraopératoire.

On souligne, ici aussi, la conduite excessivement conservatrice montrée face à la complication hémorragique (le 36 % de ceux qui ont saigné ont eu en moyenne trois admissions à l'hôpital et il y eut un 12 % d'hémorragies graves, qui furent traitées dans sa plupart avec des médicaments et le 34 % de ces patients ont été admis pour une deuxième fois à cause de la même complication). Dans l'hémorragie, l'application de méthodes diagnostiques plus sûres aurait permis le traitement de cette complication avant d'arriver à des âges où il n'y a pas eu d'hémorragie grave (par-dessus les 70 ans). Les antécédents de ceux qui débouchèrent dans la complication tumorale étaient présents dans le 50 % des cas et dans le 30 % ils apparaissent bien avant les 5 années précédentes, avec une prédominance, des proctorragies. La fréquence de la forme tumorale dans la statistique analysée (9 %) les périodes d'hospitalisation qu'ont exigé la moitié d'eux (qui varient entre 100 et 163 jours) et la mortalité

opératoire (25 %) obligent à réviser la conduite suivie jusqu'à maintenant.

La même situation se pose avec les formes occlusives et sousocclusives, qui ont en très fréquemment des manifestations en tant qu'une pseudo-tumeur inflammatoire. Ce groupe a présenté de nombreux antécédents (entérrragies, diverticulites, et des troubles divers du transit); et la fréquence élevée des cas de nouvelles admissions (47 à 50 %) chez les traités avec des médicaments (ils sont retournés à cause de rectorragies légères et graves, sousocclusions, diverticulites et péritonites).

Toutes les chiffres mentionnées résultent d'une révision des 112 cas de colopathie diverticulaire qui ont consulté ou qui ont été admis dans notre hôpital Universitaire entre 1972 et 1978. Il est possible que l'incidence réelle de cette pathologie dépasse le 8 % en Uruguay. Sur la base des caractéristiques des différents groupes humains de notre population et de leurs habitudes alimentaires.

Dans plus d'un 21 % des cas, on constate qu'il y a eu une évolution des symptômes qui ont précédé l'hospitalisation supérieure aux cinq années.

On a réalisé le traitement chirurgical dans le 23 % des cas (16 cas d'urgence et 12 cas de coordination). La chirurgie a permis le traitement définitif de la colopathie diverticulaire dans le 46 % des cas. Tandis que le 28 % sont restés avec des colostomies définitives.

De cette casuistique, surgit un nombre élevé de complications graves, qui ont obligé à pratiquer la chirurgie d'urgence, chez des patients âgés ou avec une pathologie associée ce qui a conduit à un traitement n'étant pas définitif dans plus de la moitié des cas, quand il n'y a pas eu une colostomie définitive chez presque la troisième partie des opérés.

La mortalité postopératoire fut du 17,8 % (le 25 % des opérés d'urgence et le 8 % chez ceux de coordination). Dans une enquête réalisée parmi les chirurgiens de notre milieu, on a obtenu une mortalité du 33 %.

Ces chiffres ne ressemblent pas à celles des casuistiques étrangères où la mortalité due à la chirurgie d'élection est proche au 0 %.

Dans l'exposé thérapeutique final, on souligne l'importance de modifier les habitudes gastronomiques de la population, en les habituant dès l'enfance à une ingestion convenable de fibre cellulosique. Ce qui constituera l'un des moyens pour diminuer l'incidence non seulement de cette maladie mais aussi celle du cancer rectocôlonique.

On signale la fréquence avec laquelle les patients avec une colopathie diverticulaire retombent dans les complications.

On analyse les conditions de sélection pour indiquer la chirurgie selon l'Hôpital de Massachusetts et la Clinique Habey et les tactiques chirurgicales à employer dans la chirurgie de nécessité ou d'élection selon les complications et les conditions du patient. En mettant en relief que, en principe, on est devant une affection de traitement médical, mais que quand elle se présente avec des complications qui lui donnent des caractéristiques évolutives spéciales, on doit proposer le traitement chirurgical.

En tant que moyen pour éviter des complications plus sévères chez des patients plus âgés et chez lesquels, étant données les propres conditions du patient, la chirurgie pourra offrir seulement un traitement qui n'est pas définitif et sur lequel pèse une morbimortalité élevée.

S U M M A R Y

Complications of Diverticular Colopathy

The histological and functional alterations of this disease are analyzed in the chapter of pathogenesis. In Panel the predisposing role of cellulose-poor diets; the growing incidence of this condition—particularly frequent in the over (60 age) group—and the morbimortality resulting from its complications were highlighted. All these factors, together with the appearance of new methods for diagnosis, fully justify an updating of the subject in a Panel Meeting.

Peritonitis, whether localized or diffuse, has high morbimortality derived from contamination by polymicrobial flora. It is frequently found in patients in the 50-70 age-group and has considerable effect on different parenchymas. The members of the Panel insisted on the need of an early diagnosis of this disease, which is not always identified as such in its initial stages (60% preoperative failure); prognosis is in direct relation to early surgery and adequate revivescence (recovery?). In the face of clinical or paraclinical doubt, an exploratory laparotomy is preferable to letting this complication progress.

Operatory strategy consists in treating peritonitis and eliminating the etiogenic focus. The sector affected should be excluded from the peritoneal cavity, preferable through resection.

In the case of abscesses, here again the Panel concluded that preoperative diagnostic difficulties are likely and a timely diagnosis is a must in prevention of fistulization into bladder or even more serious complications such as peritonitis. As in the former case the ideal is to solve the complication as well as the causative focus. The Panel then reviewed the different surgical tactics which are employed and which depend on the patient, the complication and the surgeon's experience.

Fistulas resulting from diverticular colopathies do not, in general, emply an emergency treatment as for the two preceding conditions. A survey covering 50 local surgeons showed little personal experience with this complication and predominance of colovesical fistulas above all other types. The Panel then discussed diagnostic methods, surgical tactics and results obtained in the most frequent (colovesical, colocolutaneous, colovaginal and coloenteric) and in the most rare fistulas (colouterine and coloureteral). Surgical tactics should tend towards resection of pathologic sector of colon plus viscus, or adjacent viscus involved and, occasionally, even the fistulous path.

The choice of one, two or three stage procedures will depend on each particular case. The Panel highlighted the fact that any attempt at shortening hospitalization or avoiding a transversal colostomy might well end in disaster. Stress was laid on the fact that treatment of diverticular colopathy during earlier stages is required, thus preventing evolutive stages.

The Members covering hemorrhagic complications reviewed classical diagnostic methods and warned as to their limitations. An important consideration is that diagnostic methodology should be selected according to type of hemorrhage: grave, slight or arrested and for the sake of efficiency the techniques of double contrast of colon, fibrocolonoscopy and selective angiography should be employed. The knowledge of actual etiology of bleeding and its topography opens

up the possibility of treating this complication and inhibiting bleeding by means of vasoconstrictor infusion. If Surgery should be necessary it renders possible segmented and controled resection, avoiding tentative procedures. Massive hemorrhage requires stopping with vasoconstrictors facilitating thereby preparation of both patient and colon, for and elective—and not urgency—resection. This in turn will result in an improvement of prognosis.

The tumoral form of diverticular colopathy is one of the highest evolved forms of this condition and carries with it the problem of differential diagnosis with cancer, even in intraoperative conduct. Here again a warning is in order against an excessively conservative conduct when faced with a hemorrhagic complication (36% of patients who bled had and average of three re-hospitalizations; there was a 12% of grave hemorrhages, mostly treated medically; and 34% were re-hospitalized due to recurrence of same complication). In the case of hemorrhages, more reliable methods for diagnosis would have permitted the treatment of this condition before reaching the age in which grave hemorrhage appears (over 70). Symptomatology had been present in 50% of those patients who eventually developed tumoral complications; and in 30% of cases it could be traced back for five years, with predominance of proctorrhages. The frequency of the tumoral form (9%) in patients required (between 100 and 163 days) and operatory deaths (25%) indicate the need for a revision of the conduct so far followed.

The above applies to occlusive, and subocclusive forms for they too, had frequent manifestations as inflammatory pseudo tumors. This group presented profuse symptomatology (enterorrhagias, diverticulitis and various transit disorders). A high frequency of re-hospitalization occurred in those treated medically (they were re-hospitalized due to moderate and grave rectorrhagias, subocclusions, diverticulitis and peritonitis).

Over 21% of cases showed an evolutivity of symptoms, preceding hospitalization, of over five years. 25% of patients underwent surgical treatment (16 emergency and 12 election surgery). Surgery definitively resolver the D.C. in 46% of cases; 28% were left with permanent colostomies.

This case material shows a high number of grave complications, leading to urgency surgery in elderly patients or in those with associated pathologies, as a result where of treatment of over half the cases was not definitive and one third of the patients operated remained with a permanent colostomy. Postoperatory mortality was 17,8% (25% emergency surgeries and 8% election cases). A survey conducted among our local surgeons showed a death rate of 33% as opposed to foreign case material where fatalities due to election surgery were practically 0%.

Finally, in reviewing therapy, it is interesting to point out the necessity of change the eating habits of our population, so that they acquire from childhood the habit of ingesting cellulose fibre in adequate quantities. This will be one of the manners of reducing the incidence not only of this disease, but also rectocolonic cancer. D.C. patients frequently suffer from complication recurrence.

The Panel finally analyzed selection conditions for surgery indication as per the Massachusetts Hospital and the Lahey Clinic, as well as emergency and elective surgical tactics, suited to the diverse complications and the patient's condition. At the onset, this disease can be treated medically; but as it proceeds and com-

plications appear with their special evolutive characteristics, surgical treatment is in order as a means of preventing the more severe types, in elderly patients. In this latter stage, due to the patient's very condition, surgery often only serves as a non-definitive treatment and high morbimortality is the rule.