

CONTRIBUCION

El valor pronóstico de la cirugía en el tratamiento de la colopatía diverticular

A propósito de 250 casos

Bres. Gladys M. Tato, Caren Somma, Jorge Bielawsky
Gustavo Borthagaray, Margarita de la Sovera y Dr. Miguel Mate

Los autores, basados en el análisis de 250 casos, proponen lineamientos terapéuticos en la colopatía diverticular y deducen los factores de valor pronóstico en el tratamiento quirúrgico. Para ello establecen una etapa de tratamiento no quirúrgico que comprende un primer nivel ideal de prevención de la enfermedad y un segundo de prevención de las complicaciones. En el análisis efectuado son muy escasos los pacientes de estos grupos.

La segunda etapa es la del tratamiento quirúrgico y corresponde a la colopatía diverticular complicada. Comprende dos grupos:

- a) Aquel de los enfermos sin riesgo vital inminente y donde el objetivo terapéutico debe ser conservar la función;
- b) El de los pacientes con riesgo vital inminente, donde la finalidad del tratamiento es salvar la vida.

Los factores de valor pronóstico en el tratamiento quirúrgico son: la oportunidad, la táctica operatoria y la longitud de la pieza de excisión. Se analiza su gravitación cuando presentes sea aisladamente o asociados.

Se concluye que la cirugía de urgencia y la no resección constituyen el procedimiento más frecuente a pesar de gravar de elevada mortalidad la terapéutica.

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

INTRODUCCION

Este trabajo enfocará el tema de la colopatía diverticular desde el punto de vista del valor pronóstico del tratamiento quirúrgico. No es ese el único, ni el primero de los procedimientos terapéuticos; sin embargo por este estudio, realizado en 250 casos de nuestro medio

Presentado como contribución a la Mesa Redonda de Complicaciones de la Colopatía Diverticular, en el 30º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, 1979.

Colaboradores no médicos y Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica. Fac. de Medicina. Montevideo.

Dirección: Sarmiento 2465, Montevideo (Dr. M. Mate).

Clínica Quirúrgica "B" (Prof. J. C. Pradines). Hospital de Clínicas "Dr. M. Quintela". Fac. de Medicina. Montevideo.

desde el año 76 a la fecha, y basado en los criterios internacionalmente aceptados de las distintas etapas de esta enfermedad, podemos afirmar que la mayoría de los pacientes portadores de colopatía diverticular estudiados se hallan en etapa quirúrgica.

Anteriormente hemos realizado una labor de revisión y análisis de una casuística nacional representativa (169 casos) (12). No disponemos aún de los elementos necesarios para un trabajo randomizado y prospectivo. Por estas razones entendemos pertinente el motivo de esta presentación: establecer lineamientos terapéuticos considerando:

- 1) un nivel de prevención;
- 2) un nivel de tratamiento oportuno y adecuado de la colopatía diverticular complicada.

Centraremos nuestro enfoque en este 2º aspecto. Para cumplir con el propósito del trabajo dividiremos la casuística en dos grandes grupos:

- a) los pacientes que se hallan en etapa de enfermedad no complicada o aún no constituida; cuya conducta es evidentemente médica, y
- b) los pacientes que se hallan en la etapa de la indicación de un tratamiento quirúrgico.

La conducta adoptada en este 2º grupo de acuerdo a las conclusiones de nuestra anterior publicación puede ser objeto de una revisión, ya que:

- La mayoría de las colopatías diverticulares se diagnostican en etapa de complicación.
- Nuestra serie carece de colopatía diverticular recidivante operada.
- Es muy elevado el porcentaje de operaciones de urgencia.
Es muy baja la incidencia de las resecciones predominando la tendencia a realizarlas en más de un tiempo.

En el 25 % de los operados la táctica quirúrgica no se ajusta a pautas definidas.

- La casuística está gravada de una morbimortalidad excesivamente elevada.
- El seguimiento de los pacientes es exiguo (12).

A) ETAPAS DE TRATAMIENTO NO QUIRURGICO

I) Tratamiento ideal de la colopatía diverticular. Prevención de la enfermedad

La premisa general de los principios terapéuticos que afirman la prevención como primer nivel asistencial es particularmente válida para la colopatía diverticular.

Una vez instalada la colopatía diverticular es una afección de elevada repercusión socio-económica. Sin embargo un conocimiento cada vez mayor de la evolutividad del proceso patológico permite aplicar medidas adecuadas a los estados incipientes de distonía colónica logrando detener el desarrollo de la enfermedad y de sus complicaciones (9, 14).

Las costumbres higiénico-dietéticas son de especial valor para mantener una buena funcionalidad digestiva y colónica. El papel protector de los alimentos con elevado contenido de residuos es ampliamente reconocido (15). La ingestión de los mismos es esencial en prevenir las sucesivas alteraciones funcionales y orgánicas del colon que culminan en la enfermedad diverticular constituida (9).

En nuestro medio este aspecto carece de aplicación terapéutica evidente. Solamente en 11 sobre 250 historias analizadas encontramos una dieta adecuada, claramente definida.

II) Prevención de las complicaciones de la colopatía diverticular

La incidencia creciente de dicha enfermedad es generalmente aceptada (2, 17). Las razones para ella son múltiples. La aplicación de medidas terapéuticas en esta etapa se beneficia del reconocimiento de la secuencia lesional. Estudios recientes confieren papel patogénico determinante a la hipertonia colónica. Evolutivamente ésta precede a la hiperplasia, situación ésta frecuentemente encontrada en las piezas de exéresis de la viscera por colopatía diverticular.

El mecanismo fisiopatológico es el siguiente: colon "irritable" . . . colon espasmódico (hipertonía constante) . . . hipertensión intraluminal. Constituye un factor adicional predisponente la distribución inhomogénea (segmentaria) (9) de este trastorno. Esta fuerza tensil localizada desencadenará "por pulsión" la formación de divertículos. En el desarrollo de esta secuencia inciden factores dietéticos, sociales y emocionales. Pueden sumarse a ellos eventuales desaciertos terapéuticos, involuntarios, por desconocimiento de una diverticulosis ya constituida. En esta etapa la enfermedad habitualmente presenta escasos síntomas y signos y cuando existen son excepcionales las medidas

para la profundización del diagnóstico etiológico de los mismos (12).

En la literatura consultada no se discute la naturaleza no quirúrgica de la enfermedad en este momento evolutivo (5). Las medidas a tomar son higiénico-dietético y medicamentoso.

CUADRO 1

Etapa no quirúrgica	{	1º Prevención de la enfermedad	{	Higiénico
		Trat. médico		Dietético
		2º Prevención de las complicaciones		
		Trat. médico		{ Higiénico Dietético Medicamentoso

CUADRO 2

Etapa quirúrgica	{	C.D. complicada	{	- Sin riesgo vital inminente
		C.D. complicada		- Con riesgo vital inminente

B) ETAPAS DE TRATAMIENTO QUIRURGICO

III) Tratamiento de la colopatía diverticular complicada

A) Sin riesgo vital inminente

Objetivo: Conservar la función

Incluimos en esta etapa a la colopatía diverticular recidivante, es decir a los empujes de sigmoiditis agudos recurrentes. Existe acuerdo unánime de su indicación quirúrgica de coordinación (2, 5, 6, 9, 16, 18).

La oportunidad estará condicionada por la edad (3, 5), sexo y el genio evolutivo (5) de la enfermedad.

La edad, cuando el paciente es menor de 50 - 55 años, es de valor para avalar la actitud intervencionista (3). Nuestra serie anterior (12) así como el presente estudio, carecen de casos de colopatía diverticular recidivante operados. La falta de casuística nos impide conclusiones valederas. Sin embargo creemos que sin establecer criterios rígidos, todo enfermo portador de una colopatía diverticular recidivante, fehacientemente diagnosticada, deberá ser sometido a cirugía, fuera de los empujes, a la brevedad posible.

El momento operatorio es fundamental ya que es significativo el notable aumento de la morbimortalidad de la cirugía en el curso de un empuje o de una complicación (12).

La exacta oportunidad quirúrgica de cada caso en particular estará condicionada en úl-

tima instancia al genio evolutivo de la afec-
cion. Factor variable de un individuo a otro
y que marca una diferente tendencia evolutiva
de la diverticulosis, así como de los procedi-
mientos terapéuticos.

No existe opinión unánime con respecto a la
técnica quirúrgica a utilizar en esta etapa de
la enfermedad. Para Landi (8) y Lawrence (9)
la miotomía es el procedimiento de elección en:

- pacientes jóvenes;
- pacientes ancianos de deficiente estado ge-
neral, y
- en los casos de cirugía asociada.

Asiner (1), Colcock (2), Delgado (4), Girot-
ti (5), Goligher (6), Pradines (17) y Rodkey
(18), consideran de elección la resección en
un tiempo. Nosotros nos suscribimos a esta
forma de actuar.

Una correcta exéresis exige claros conoci-
mientos de anatomía. La extensión adecuada
de aquélla comprende la extirpación de todo
el sigmoide. Sin embargo publicaciones re-
cientes de Goligher y Turnbull incluyen tam-
bién, para alcanzar el resultado más satisfac-
torio, la exéresis de la unión recto - sigmoides
(citado por 9).

El buen valor pronóstico de este tratamien-
to se basa en la ejecución de una técnica de-
purada en un colon correctamente preparado.

CUADRO 3

C.D. COMPLICADA SIN RIESGO VITAL INMINENTE
C.D. RECIDIVANTE

- Indicación { No existe en nuestro país
Numerosas escuelas lo avalan
- Oportunidad → Cirugía de elección condicionada
a factores individuales
- Genio evolutivo
- Edad
- Sexo
- Táctica { Miotomía
Resección - anastomosis en un tiempo
- Objetivo → Salvar la función

B) Con riesgo vital

Objetivo: Salvar la vida

Este grupo comprende los enfermos porta-
dores de:

- 1) cuadros agudos de abdomen:
 - peritonitis generalizada;
 - peritonitis localizada;
- 2) oclusión u otras formas de trastornos del
tránsito;
- 3) hemorragia digestiva baja, y
- 4) fístulas.

Cualquiera de estos cuadros implica un riesgo
vital real. La indicación quirúrgica en estos
enfermos no es motivo de discusión (7). Las
diferencias entre las distintas escuelas radi-
can en la elección de la mejor oportunidad
operatoria.

Existe unanimidad de criterio con respecto
a la necesidad de la solución más rápida posi-
ble de los cuadros peritoneales (7, 17).

La demora corresponderá al mínimo tiempo
necesario para alcanzar una estabilización pre-
operatoria.

La oclusión y la hemorragia confirman si-
tuaciones clínicas cuyo momento quirúrgico es
más polémico. En nuestro medio el cirujano
enfrentado a una hemorragia digestiva baja
de origen colónico (100 sobre 250 en nuestra
serie), en la inmensa mayoría de los casos
adoptará una actitud de vigilante expectativa.
En la casuística estudiada 11 sobre 100 hemo-
rragias tuvieron solución quirúrgica; de ellas
sólo una fue abordada de urgencia.

Esta conducta abstencionista se apoya en me-
didas energías y mantenidas de reposición de
volemia. El objetivo es paliar exclusivamente
la complicación. Ello se obtiene en la mayo-
ría de los casos aunque frecuentemente en for-
ma no inmediata.

El paciente así tratado generalmente supera
la instancia de riesgo vital, sin la solución ade-
cuada de su problema de fondo. De reiterar la
hemorragia a corto plazo, hecho no inhabitual,
queda más expuesto a una evolución fatal o
a complicaciones severas.

La oclusión no difiere en su solución de las
consideraciones clásicas de este cuadro por
cualquier otra causa. Debe ser señalado que
de nuestra serie de 67 enfermos operados con
33 casos de oclusiones como diagnóstico pre-
operatorio, el hallazgo final intraoperatorio co-
rrespondió a peritonitis localizada, o genera-
lizada, en 11/33.

Cabe preguntarse si esta situación responde
a un reiterado error diagnóstico, hecho muy
discutible, o en cambio obedece a una particu-
lar modalidad anatómo - clínica y evolutiva de
esta enfermedad (21).

La elevada incidencia de un foco subyacien-
te a un cuadro clínico de oclusión debe con-
dicionar en el cirujano actuante una orienta-
ción terapéutica agresiva precozmente evitan-
do así las incidencias evolutivas del proceso
infeccioso intraabdominal.

El 20 % del total de las muertes de nuestra
serie correspondió a esta forma de presenta-
ción. Esta gravedad pronóstica jerarquiza nues-
tro comentario.

CUADRO 4

C.D. COMPLICADA CON RIESGO VITAL INMINENTE

- Cuadros agudos de abdomen
- Oclusión
- Sangrado
- Fístula
- Indicación _____ Hay unanimidad de criterios
- Oportunidad _____ Urgencia
- En el sangrado _____ Se contemporiza

CUADRO 5

C.D. CON RIESGO VITAL INMINENTE

- Factores de valor pronóstico
 - Oportunidad
 - Táctica
 - Técnica

La intervención quirúrgica de estos enfermos es grave. Se consigna un 14,9 % de mortalidad. El tratamiento quirúrgico implica tres factores de riesgo de diferente magnitud, que de acuerdo a su frecuencia aislada o combinada en cada caso condicionarán el pronóstico. A criterio de los autores ellos son en orden decreciente:

- 1) la oportunidad operatoria;
- 2) la táctica utilizada;
- 3) la longitud de la pieza de exéresis.

A los elementos enumerados se suman en todos los casos, con gravitación propia: la edad, el terreno y las lesiones asociadas.

Análisis de los factores de valor pronóstico en el tratamiento quirúrgico de la colopatía diverticular complicada con riesgo vital inminente

1) *La oportunidad:* Por el solo hecho de estar efectuando una cirugía de urgencia, la cual en la mayoría de las veces pudo ser evitada, ya estamos aportando un primer y principal elemento yatrogénico de negativo valor pronóstico. En nuestro medio 42/67 (62,6 %) de las operaciones se realizan en estas condiciones.

Por ser un acto no coordinado, la cirugía se desarrolla en un paciente con un colon no preparado. Ello implica:

- a) un contenido microbiano frecuentemente exacerbado;
- b) alteraciones de grado variable pero reales de la anatomía y sobre todo del estado funcional de su pared;
- c) el resto del tubo digestivo en dudoso estado de evacuación;
- d) una cavidad peritoneal contaminada o en vías de serlo;
- e) condiciones hemodinámicas muchas veces alteradas, y
- f) Una situación nutricional también comprometida.

Los 67 operados de esta serie (con una edad promedio de 63 años) se desglosan de la siguiente manera:

- 42 casos de urgencia;
- 19 casos de no urgencia;
- 6 casos se ignoran.

7 de los 10 muertos de esta serie (70 %) fueron intervenidos de urgencia. 2 fallecidos

están consignados entre los intervenidos sin urgencia. En uno de estos dos la exploración quirúrgica reveló una peritonitis localizada con necrosis intestinal y múltiples perforaciones. El otro, operado a los 15 días de un sangrado, cursó un shock hipovolémico irreversible que determinó su deceso. Los hallazgos reseñados autorizan a afirmar que la no urgencia con que se intervinieron estos dos enfermos en realidad correspondió a una demora en la exacta oportunidad operatoria.

El 10º caso falleció por shock luego de una intervención por peritonitis generalizada cuyo tiempo preoperatorio se ignora.

En suma: las muertes constatadas corresponden todas a la cirugía de urgencia o a una oportunidad operatoria mal diferida.

CUADRO 6

C D. CON RIESGO VITAL INMINENTE

- Factores de valor pronóstico

1º Oportunidad

Urgencia 42/67 → 62,6 %

10 fallecidos (23,4 %) { 7/10
3/10 La urgencia fue diferida

2) *La táctica:* Esta etapa de la enfermedad cursa con el colon irreversiblemente alterado, se suman a ello algunas de las siguientes complicaciones adicionales: sigmoiditis, absceso, perforación o sangrado. Estos dos hechos condicionan el procedimiento quirúrgico.

La "curación" de estos enfermos exige la exéresis del órgano. Cualquier otro procedimiento diferente surgirá de las contraindicaciones locales y/o generales de la resección. Se deberá extremar al máximo la valoración de los mismos evitando así dejar un foco séptico evolutivo intraabdominal.

Si bien la remoción de ese colon es riesgosa, a veces es el único medio de ofrecer relativas chances de sobrevivencia.

En suma: antes de decidir una táctica menor se debe balancear en su totalidad las consecuencias evolutivas de la no resección.

De las 10 muertes en nuestra serie en 9 no se efectuó la resección.

El único fallecido secundariamente a una resección, corresponde a una enferma ya analizada que se intervino en una etapa sumamente avanzada, ya séptica.

La importancia de la erradicación del foco en las complicaciones toxiinfecciosas de la colopatía diverticular (peritonitis generalizada y peritonitis localizada) surge del hecho de que 8/9 de los fallecidos sin resección primaria fueron portadores de cuadros peritoníticos de gravedad variable.

La causa de muerte de todos ellos fue la sepsis. Esta incidencia de la mortalidad es coherente con la publicada por otros autores (10, 11).

3) *La técnica:* Longitud de resección.

De acuerdo con Testut Latarjet (20) la longitud del colon sigmoide oscila entre 35 y 45 cm. aceptándose como valores extremos 18 y 82 cm. Algunas de las piezas de resección de nuestra serie, fueron medidas con el órgano sin fijar. Otras fueron obtenidas en el Dpto. de Anatomía Patológica. En éstas se tuvo en cuenta la disminución secundaria a la aplicación de la misma. Las piezas así medidas corresponden a 1/3 de su longitud real (13).

De los 28 reseçados en nuestra serie, la longitud se ignora en 11.

En los 17/28 remanentes, la longitud del colon extirpado oscila entre los 16 y 70 cm.; 4/17 son de 30 cm. o menos y los restantes superan ampliamente esta cifra.

En suma: del análisis efectuado se desprende que la resección en todos los casos ha sido satisfactoria y su extensión concuerda con el criterio de los diferentes autores (17, 18).

Este grupo de pacientes incluye un solo caso de mortalidad cuya causa de deceso ya fue analizada y no es atribuible a la longitud de resección.

CUADRO 7

C.D. CON RIESGO VITAL INMINENTE

- Factores de valor pronóstico

2º *Táctica* _____ Resección de ser posible

Abstención: Debe ser muy meditada

28/67 resecciones _____ 41,7 %

10 fallecidos { 9/10 Muertes son no reseçados
14,9 % { 9/39 _____ 23 %
 { 1/10 Resección tardía y secundaria

Causa dominante: 9/10 _____ Shock séptico

CUADRO 8

C.D. CON RIESGO VITAL INMINENTE

- Factores de valor pronóstico

3º *Técnica:* Longitud

No consignamos insuficiencias

RESULTADOS

Haremos un análisis de los resultados evaluando los tres factores de valor pronóstico:

- 1) oportunidad,
- 2) táctica,
- 3) técnica y su incidencia en la sobrevida y la mortalidad encontrada.

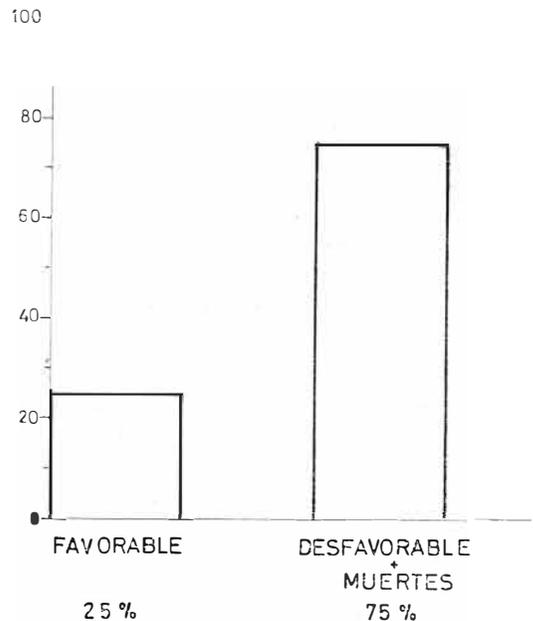
Catalogaremos los casos analizados en resultados:

- favorables,
- desfavorables.

CUADRO 9

EVOLUCION

n = 67



a) **Resultados favorables**

Se encuentran vivos, sin enfermedad y con el tránsito intestinal por la vía natural 17/67 pacientes operados (25 %). En 7 de ellos se ha cumplido con los tres requisitos inherentes a una solución correcta de la enfermedad complicada. En 9/17 señalamos la urgencia como único elemento de negativo valor pronóstico. Un caso no es evaluable.

b) **Pacientes de evolución desfavorable**
50/67 (75 %)

Comprende:

1) 7 pacientes con mala evolución, es decir aquellos que continúan sufriendo ya sea con su enfermedad 6/7, ya sea luego de reseçado el colon enfermo (1 caso).

En los 5 casos evaluables comprobamos la existencia de los tres factores analizados.

2) Los pacientes vivos con colostomía, representan el 32,8 % (22/67).

Se encuentran libres de enfermedad, es decir en situación potencial de solución definitiva (cierre de la colostomía) a breve plazo solamente 7 de ellos. Los 15 restantes (22,3 %) continúan siendo portadores de su enfermedad de fondo sin resolver y agregan a ello el agravio psicosocial de una colostomía.

Esta división de los pacientes colostomizados también está relacionada con los factores. En

el primer grupo de 7 pacientes incide solamente la oportunidad (cirugía de urgencia) como único elemento de valor pronóstico negativo. En los 15 restantes se combinan la táctica y la técnica inadecuadas ya sean de urgencia o no. Así el mayor número de estos pacientes de este grupo presenta 2 ó 3 de los elementos negativos señalados.

3) Los 10 enfermos fallecidos que representan una mortalidad global del 14,9 %. En estos pacientes en un caso se comprobó la presencia de un factor, en dos estaban presentes dos de ellos y en 7/10 gravitaban los 3: oportunidad, táctica y técnica desacertada.

c) Se excluyen de este análisis 11 pacientes (16,4 %) de evolución desconocida. Cabe consignar sin embargo que 8 de ellos viven con su enfermedad.

3 - Mala evolución (sufren):

- Con enfermedad 6
- Sin enfermedad 1

Total _____ 7 casos _____ 10,4 %

4 - Sin datos:

- Resecados y restablecidos _____ 3
- Con enfermedad 8

Total _____ 11 casos _____ 16,4 %

5 - Muertos _____ 10 casos _____ 14,9 %

CONCLUSIONES

1) Dada la alta incidencia de la enfermedad en nuestro país creamos necesario la aplicación de medidas terapéuticas tendientes a prevenir la C.D., ya que contamos con estudios fisiopatológicos que lo posibilitan.

2) Llegada a la etapa de enfermedad constituida es deber médico ajustar la precisión diagnóstica.

3) Con enfermedad diagnosticada no debería existir tan alto número de complicaciones.

4) La oportunidad quirúrgica de la enfermedad es en la etapa de sigmoiditis recidivante y la táctica la exéresis.

CUADRO 10

RESULTADOS

250 pacientes — 67 operados

1 - Vivos sin enf.; t. dig normal _____ 17 casos _____ 25,3 %

2 - Vivos con colostomía:

- Sin enfermedad 7
- Con enfermedad 15

Total _____ 22 casos _____ 32,8 %

CUADRO 11

SOBREVIDA

Nº DE CASOS

15

10

5

0

0

2

3

n = 57

 VIVOS S/E T.D S/P

 VIVOS S/E C/C

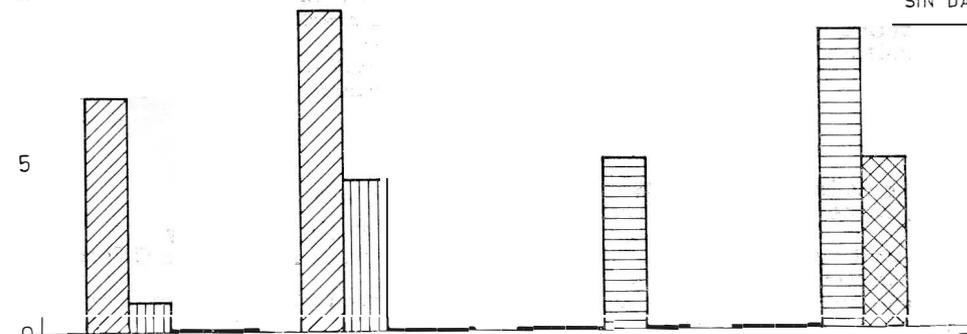
 VIVOS C/E C/C

 MALA EVOLUCION

SE IGNORA : 4

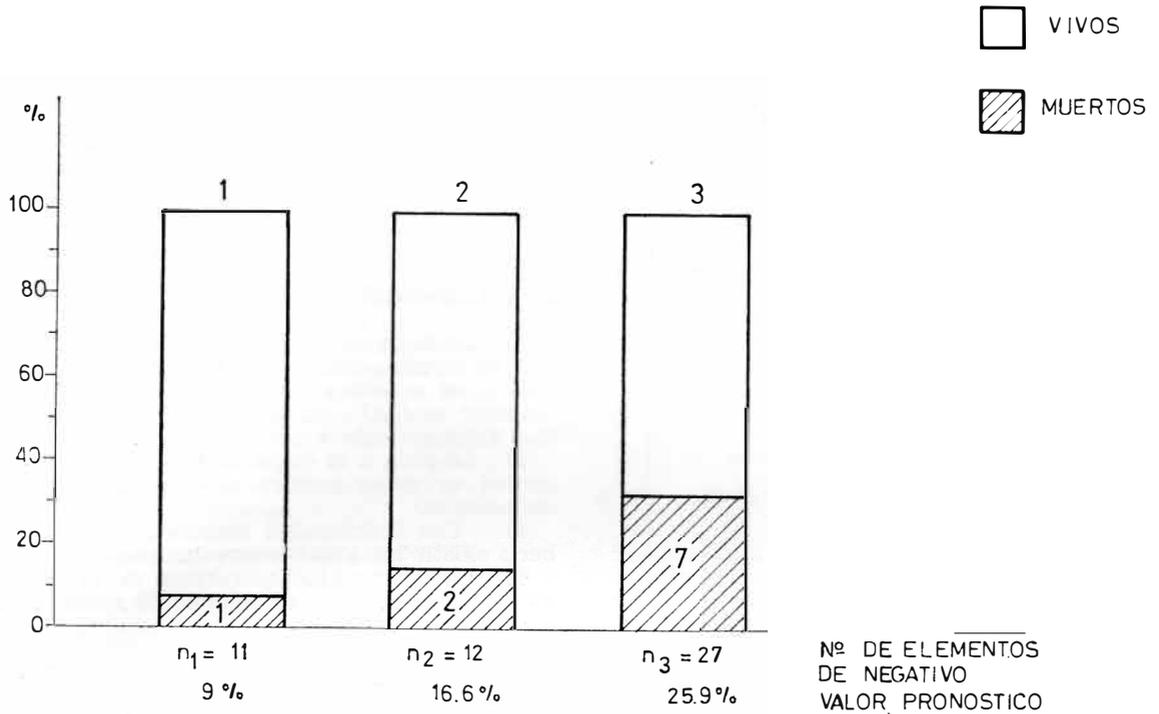
SIN DATOS 11

Nº ELEMENTOS DE NEGATIVO VALOR PRONOSTICO



CUADRO 12

MORTALIDAD OPERATORIA



5) En la C.D. en etapa de complicación con riesgo vital inmediato, el pronóstico vital es función de la oportunidad y el funcional de la táctica.

6) La urgencia no imposibilita solucionar la complicación y erradicar la enfermedad.

7) La táctica juega rol preponderante en las complicaciones sépticas.

8) La longitud de resección es adecuada en nuestro medio.

9) El pronóstico funcional y vital adecuado sólo se consigna cuando no inciden en forma negativa, algunos de los factores mencionados.

10) La mayoría de las muertes suman, oportunidad y táctica desacertadas.

11) El seguimiento de los pacientes sigue siendo exiguo.

de ces grupos sont peu nombreux.

La deuxième étape est celle du traitement chirurgical et elle correspond à la colopathie diverticulaire compliquée. Elle comprend deux groupes:

- celui des patients sans risque vital imminent, où le but thérapeutique doit être conserver la fonction;
- celui des patients avec un risque vital imminent, où le but du traitement est sauver la vie.

Les facteurs de valeur pronostique dans le traitement chirurgical son: l'opportunité, la tactique opératoire et la longueur de la pièce d'exérèse. On analyse leur gravitation ceux-ci étant présents, que ce soit séparément ou associés.

On conclue que la chirurgie d'urgence et la non-résection constituent le procédé le plus fréquent bien qu'ils surchargent la thérapeutique d'une mortalité élevée.

RESUME

Valeur pronostique de la chirurgie dans le traitement de la colopathie diverticulaire

Les auteurs, se basant sur l'analyse de 250 cas, proposent les linéaments thérapeutiques de la colopathie diverticulaire et ils en déduisent les facteurs de valeur pronostique dans le traitement chirurgical. Quant à cela, ils établissent une étape de traitement non chirurgical qui comprend un premier niveau idéal de prévention de la maladie et un deuxième de prévention des complications. Dans l'analyse effectuée, les patients

SUMMARY

Prognostic Value of Surgery in Treatment of Diverticular Colopathy

Based on the analysis of 250 cases, the authors propose guidelines for the treatment of diverticular colopathies and point out factors of prognostic value in surgical treatment.

There is an early stage of non-surgical treatment, divided into a first ideal level of disease prevention

and a second level for the prevention of complications. Few of the patients in the series fit into the above groups.

The second stage is that of surgical treatment and corresponds to complicated diverticular colopathy. It is divided into two groups:

- a) patients with no imminent vital risk, in whom therapy is aimed at preserving function; and
- b) patients with imminent vital risk, in whom therapy is aimed at saving the patient's life.

The factors of prognostic value in surgical treatment are: timeliness, operatory tactics and length of specimen removed. There follows an evaluation of their joint or separate effect.

Finally, the authors conclude that urgency surgery and non resection are the most frequent procedure, notwithstanding the high fatality rate of therapy.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ASINER B. Indicaciones quirúrgicas de la diverticulosis colónica. *Congreso Internacional de Proctología*, 3º, Montevideo, 1963, v. 1, p. 139.
2. COLCOCK BP. Diverticulitis, a surgical challenge. Symposium on gastrointestinal surgery. *Surg Clin North Am*, 51: 791, 1971.
3. COLCOCK BP. Surgical treatment of diverticulitis, 20 years experience. *Am J Surg*, 115: 264, 1968.
4. DELGADO B. Abscesos perisigmoideos de origen diverticular. *Congreso Internacional de Proctología*, 3º, Montevideo, 1963, v. 1, p. 53.
5. GIROTTI JC. Oportunidad quirúrgica en el tratamiento de la enfermedad diverticular colónica. *Prensa Méd Argent*, 64: 202, 1977.
6. GOLIGHER JC. Surgery of the anus, rectum and colon. London. Balliere - Tindal, 1975.
7. HOLLENDER LF, MEYER CH et alii. Le traitement chirurgical des sigmoidites diverticulaires compliquées. A propos de 138 observations. *J Chir*, 115: 205, 1978.
8. LANDI E. Resultats cliniques et manométriques un an apres l'intervention de myotomie transversale multiple pour la maladie diverticulaire du colon sigmoide. *J Chir*, 115: 167, 1978.
9. LAURENCE A, DONNELLY E. Enfermedad diverticular del colon. Fisiopatología, diagnóstico, complicaciones y tratamiento. *Prensa Méd Argent*, 66: 294, 1979.
10. MALAFOSSE M, GALLOT D y LOYGUE J. Les péritonites généralisées des sigmoidites diverticulaires. *Med Chir Dig*, 7: 397, 1978.
11. MAQUIEIRA G. Causas de muerte en la colopatía diverticular. *Congreso Internacional de Proctología*, 3º, Montevideo, 1963, v. 2, p. 577.
12. MATE M, TATO GM, SOMMA C, DE LA SOVERA M, BIELAWSKY J, BORTHAGARAY G. Colopatía diverticular, diagnóstico y tratamiento actual. Análisis de 169 casos. *Congreso Rioplatense Médico-Quirúrgico de Emergencia*, 1º, Montevideo, 1978, 35 p.
13. MILLER C. Carcinoma of thoracic esophagus and cardia. A review of 405 cases. *Br J Surg*, 49: 507, 1962.
14. PAINTER NS. Diverticulos del colon y fibras de la dieta. Cobearfield. Dinoso. Urgencias gastrointestinales. Hahnemann Symposium, 34th Cap. 16: 163, 1977.
15. PESCATORI M. Operations for diverticular disease. *Lancet*, 2: 25, 1978.
16. PESCATORI M y CASTIGLIONI GC. Sigmoid motility and clinical results after transversa Tainiamyotomy for diverticular disease. *Br J Surg*, 65: 666, 1978.
17. PRADINES J. Tratamiento quirúrgico de la enfermedad diverticular del colon. *Congreso Internacional de Proctología*, 3º, Montevideo, 1963, v. 1, p. 88.
18. RODKEY GV y WOLCH CE. Colonic diverticular disease with surgical treatment. *Surg Clin North Am*, 54: 655, 1974.
19. SCHMUTLER KJ, CLARK WH y REGAN JF. Enfermedad diverticular. *Surg Ann*, 8: 226, 1976.
20. TESTUT L y LATARGET A. Anatomía Humana. Barcelona. Salvat, 1954, v. 4, p. 446.