

Abscesos perisigmoideos de origen diverticular

(Nuestra experiencia)

Dres. César Armand Ugón, Dante Parma y Bolívar Delgado

Los autores exponen su experiencia, respecto a una de las complicaciones de la EDC. De éstas las peritonitis localizadas —abscesos—, por su frecuencia están en segundo lugar, luego de las peritonitis difusas. Se analizan, la patogenia, la topografía, las complicaciones, los hallazgos operatorios y fundamentalmente la táctica quirúrgica —múltiple—, según los autores. Los resultados obtenidos, por los diferentes procedimientos quirúrgicos, evaluados por su mortalidad, nos permite afirmar, que la mejor conducta, es la resección colónica primaria de urgencia.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Sigmoid Diseases.

GENERALIDADES

Recordemos que, alrededor del 20 % de los pacientes, con colopatía diverticular (C.D.), manifiesta, sufren complicaciones, siendo las peritonitis, —difusas o localizadas—, las más frecuentes (Asiner-2). Dichas complicaciones son:

- 1) Peritonitis (difusas o localizadas).
- 2) Fístulas.
- 3) Pseudotumor Inflamatorio.
- 4) Oclusión Intestinal.
- 5) Hemorragias.

FRECUENCIA

La frecuencia relativa de las complicaciones, en una serie de 138 casos, son:

Complicación	Casos	%
Perforación	70	50
Perforación cubierta (absceso)	44	32
Oclusión	17	13
Fístulas	5	5
Hemorragia	2	1
TOTAL	138	

Clinica Quirúrgica "A". (Prof. A. R. Aguiar)
Hosp. Pasteur. Montevideo.

Concuerda con lo observado por Hollender (7, 8):

Complicación	Casos	%						
Peritonitis Generalizada	64	47						
Abscesos Perisigmoideos	38	31						
Oclusión	14	15						
Fístula	<table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</td> <td>Sigmoido vesical 4</td> <td rowspan="2" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Sigmoido enteral 1</td> </tr> </table>	{	Sigmoido vesical 4	}		Sigmoido enteral 1	5	5
{	Sigmoido vesical 4	}						
	Sigmoido enteral 1							
Hemorragia severa	2	2						
TOTAL	123							

Está de acuerdo con lo observado por Mayo y Blunt (11), de que los abscesos constituirían, el 24,5 % de las complicaciones. En consecuencia, están en segundo lugar, luego de las peritonitis generalizadas. En nuestro medio, Asiner presenta los siguientes resultados:

— Colopatías Diverticulares Operadas (Asiner —1972—)

Peritonitis	30 casos	50 %
Hemorragias	3	5 %
Oclusión	4	7 %
Abscesos	2	2 %

LIMITACION DEL TEMA

Nos referiremos a aquellos procesos, de origen diverticular, que por su topografía, tamaño y evolución, plantean problemas particulares de patología, clínica y táctica quirúrgica. Por frecuencia, nos referiremos, a los abscesos de origen sigmoideo (perisigmoideos).

PATOGENIA

La difusión del proceso supurado, al ambiente perisigmoideo, se realiza por diferentes mecanismos. Puede hacerse, por propagación (permeación), o por perforación, ya sea de un divertículo, o de un absceso subseroso. De acuerdo al estado del ambiente pericolidiverticular, vinculado a empujes previos de diverticulitis,

Presentado como Tema Libre al 31º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, 1980.

Asistente de Clínica Quirúrgica, Residente de Cirugía y Profesor de Clínica Quirúrgica.

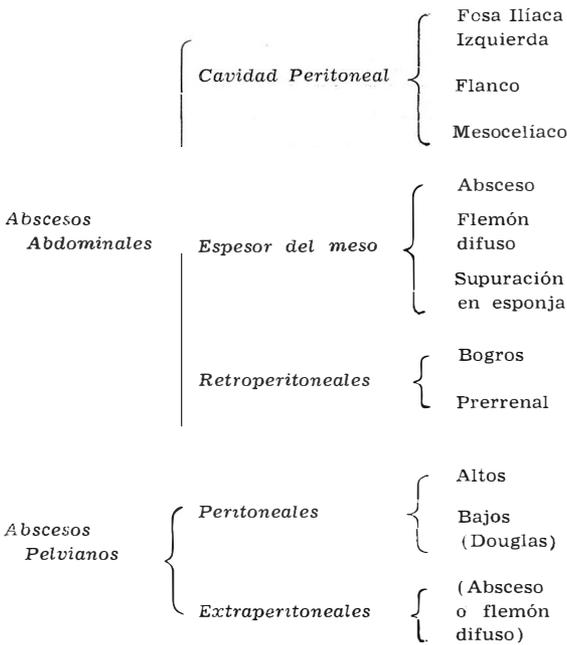
Dirección: Cno. Carrasco 4146. Montevideo. (Dr. C. Armand Ugón)

con o sin perisigmoïditis, el proceso, puede desarrollarse: —con bloqueo regional— absceso, o —sin bloqueo regional— peritonitis difusa.

El proceso supurado perisigmoïdeo, puede constituir un absceso o un flemón difuso. En esta última modalidad, el proceso supurado adquiere una marcha invasora. Es el flemón disecante (celulitis gangrenosa de Lepère (14). Dicho cariz evolutivo, se debe fundamentalmente al terreno del paciente, por defensas disminuidas, especialmente en diabéticos, y/o por virulencia bacteriana exacerbada, todo lo cual puede llevarnos al estado de sepsis.

TOPOGRAFIA

De un modo didáctico, siguiendo a Chifflet (4), se clasifican en:



El análisis de nuestra casuística, evidencia un neto predominio, de los abscesos abdominales, frente a los pelvianos, —14 y 7 respectivamente—, en los cuales a su vez predominan los peritoneales frente a los extraperitoneales.

CASUISTICA

ABSCESOS PERITONEALES	14
Fosa I. Izq.	8
Mesoceliacos	3
Intramesocólicos	3
ABSCESOS PELVIANOS	7
Altos	3
Bajos (Douglas)	3
Difusos	3

En cuanto a los abscesos de F.I. Izq. —tuvimos 8—, fueron los más frecuentes.

Habitualmente en esta topografía son intraperitoneales, aunque a su nivel se puede ex-

teriorizar un absceso del Bogros. Le siguen en frecuencia los abscesos mesoceliacos, y los abscesos pelvianos, altos y bajos, con 3 casos, en cada una de estas localizaciones. Los abscesos mesoceliacos, constituyen una variedad particular de absceso peritoneal, como consecuencia de su topografía. Se evidencian como una tumefacción infraumbilical, estando limitados por sigmoïde a izquierda, cecoapéndice y últimas asas ileales, a derecha, epiplón y colon transversal arriba. Se asocian frecuentemente con ileo delgado, haciéndose con frecuencia el diagnóstico de apendicitis, sobre todo retromesentérica. Cuando difunden, lo hacen al espacio lateromesentérico izquierdo y a la FID. De los abscesos intramesiales, originados en divertículos, localizados entre ambas hojas del mesocolon, señalaremos que los muy pequeños, son frecuentes (no los consideramos), y que los grandes o medianos, son poco frecuentes. Secundariamente, pueden romperse en la cavidad peritoneal, o evolucionar en el retroperitoneo.

Tuvimos 3 abscesos pelvianos —altos y bajos—. Los altos tienen poca tendencia a descender a la pelvis baja (Douglas). Al quedar localizados altos, se adhieren a los órganos vecinos, y frecuentemente migran a: vejiga, intestino delgado o trompa izquierda.

COMPLICACIONES

Están constituidas por: la rotura, en peritoneo o en vísceras vecinas, y la oclusión intestinal. De las roturas en vísceras, destacamos a las fistulas sigmoïdovesicales, en las que el absceso constituye, la etapa intermediaria. Este hecho se basa en argumentos: —clínicos: largo sufrimiento previo, etapa de formación del absceso, seguido de mejoría, o cambio de sufrimiento, cuando aparece la fistula; —operatorios o necrópsicos, de un absceso en etapa intermedia a la fistula, o en migración visceral. En cuanto a las roturas en peritoneo, son frecuentes, pudiendo dar peritonitis, difusas (graves), o localizadas (otro absceso). Las oclusiones intestinales son frecuentes, pero lo son a nivel del intestino delgado yuxtalesional. Se manifiestan, como ileo regional, oclusión mecánica o mixtas.

HALLAZGOS OPERATORIOS

Están resumidos en el siguiente cuadro:

Abscesos más Peritonitis Difusa ..	11	(54 %)
F.I. Izq. !	6	
Pelviano	4	
Mesoceliaco	2	
Absceso Fistulizado en Víscera ...	3	(14 %)
Int. Delgado	1	
Vejiga	1	
Trompa Izquierda	1	
Absceso Aislado	5	(23 %)
Intramesocólico	2	
Mesoceliaco	2	
F.I. Izq.	1	
Absceso más Oclusión	2	(9)

El análisis de este cuadro, pone en evidencia, que sólo en el 25 % de los casos, existía un absceso aislado, que en los casos restantes, puso en evidencia una complicación evolutiva del proceso, predominando netamente los abscesos más peritonitis difusa, es decir la peritonitis, que primero fue localizada (absceso), y secundariamente se hizo diseminada.

TRATAMIENTO

Haremos una breve reseña, de los procedimientos quirúrgicos —múltiples—, que tienden a la solución, de esta complicación de la EDC. Mostraremos sus ventajas e inconvenientes.

Drenaje Simple

Es una operación sencilla, pero que es insuficiente. Sólo se justificaria su aplicación, en pacientes muy graves, con la topografía del absceso bien determinada. Con frecuencia, se establece una fístula fecal, y la recidiva del proceso, es la regla.

VIAS DE ABORDAJE

- 1) **Abdominales**
 - { **Intraperitoneal**
 - { **Subperitoneal** (F. I. Izq.)
- 2) **Pelvianas**
 - { **Transperitoneal**
 - { **Subperitoneal** (latero coxigeno-retro rectal)
 - { **Rectal o Vaginal** (colpotomía posterior)

Colostomía Aislada

No se plantea actualmente, ya que no actúa sobre el foco supurado.

Drenaje más Colostomía Transversa Derecha

Es el procedimiento clásico, mediante el cual, habitualmente, se soluciona el cuadro agudo, constituyendo a su vez la primera etapa, de una terapéutica en tres tiempos. Procedimiento quirúrgico sencillo, y rápido habitualmente. Se le critica, de que no elimina el foco séptico del peritoneo (2, 6, 7, 8, 9, 10, 13 y 14). Como medidas complementarias del mismo, tenemos: cierre de la perforación (cuando se la puede individualizar, y sobre todo si es una perforación en sacabocado —rara—), emparedamiento del foco, y aún la exteriorización del asa sigmoidea (lo cual habitualmente no es fácil de realizar, por la retracción esclerolipomatosa

del mesosigmoide). Debe ser seguida de la resección secundaria, a las 6-8 semanas (Pemberton).

Resección Primaria

Concordando con otros autores, es a nuestro criterio, el tratamiento de elección, pues al mismo tiempo que trata la peritonitis, elimina el foco causal de la misma. Es el procedimiento indiscutible, para pacientes con buen estado general, y colon poco alterado. Siendo una resección, sólo visceral —colónica—, habitualmente, y pese al proceso inflamatorio, aquella se puede llevar a cabo. Sólo no la realizaremos, en casos en que el paciente, se encuentre en muy mal estado general. La resección, puede ser con o sin restablecimiento del tránsito de entrada (anastomosis primaria). En caso de anastomosis primaria, lo más seguro para el paciente, es la realización, de una colostomía proximal (8), que evita las complicaciones de una eventual falla de sutura. De no hacerse la anastomosis, se terminará exteriorizando los cabos, o realizando una operación, tipo Hartmann (1, 2, 8).

De los 21 pacientes, de nuestra casuística, se operaron 20, ya que uno es una observación necrópsica. Los procedimientos empleados, así como sus resultados (mortalidad), son sintetizados en el cuadro siguiente:

— OPERACIONES REALIZADAS — (20)

Procedimiento	Casos	Mortalidad
Drenaje sólo	5	2
Drenaje + Colostomía Transv.	10	1
+ Emparedado	4	
+ Exteriorización ..	1	
Cierre de Perforación + Drenaje + Emparedado	1	1
(Se completó con la resección secundaria en 5 casos)		
Resección Primaria	4	0
Con Anastomosis	3	
+ colostomía	2	
sin	1	
Operación tipo Hartmann	1	
TOTAL	20	4 (20 %)

De este cuadro se desprende, que la mortalidad global, fue del 20 %, pero que la misma, fue del 25 %, para los procedimientos más conservadores, y del 0 %, para la resección primaria. Resultados similares a los obtenidos por Hollender (1978):

Precedimiento	Casos	Mortalidad	%
Colostomía			
+ Drenaje	24	8	30
Oper. Tipo			
Hartmann	14	2	15
Resección y			
Anastomosis	6	1	
(+ colostomía Transv.)			
TOTAL	44	11	25

COMENTARIOS

Hemos evidenciado ya, los conceptos fundamentales.

Destacamos, que los abscesos pericolidiverticulares, —por su frecuencia—, ocupan el segundo lugar, entre las complicaciones de la EDC. Además el título que hemos dado, a nuestra revisión, se justifica, pues las complicaciones, y en especial las inflamatorias, asientan a nivel donde la EDC, habitualmente presenta sus mayores alteraciones. Concretamente, en el sector proximal a la unión rectosigmoide (sigmoide y colon descendente bajo). Pese a que los divertículos, habitualmente son múltiples ya están localizados en todo el marco cólico, en nuestra serie (como en la de la mayoría de los autores), no hemos tenido abscesos de esta naturaleza, en otro sector del colon. No obstante, de manifestarse en otra topografía, con seguridad lo sería en el sector cecal, donde el diagnóstico clínico habitual, es el de apendicitis aguda —o alguna de sus complicaciones—, o de neoplasma de ciego abscedado.

Adoptamos la clasificación topográfica, de Chifflet, pero recordemos que hay localizaciones, de los mismos, que son típicas del origen sigmoideo (como los de flanco y sobre todo, los de F.I.I.). Otros, como los mesocelíacos, se prestan a confusión con los abscesos de origen apendicular. Algo similar sucede con los pelvianos, que en la mujer se confunden, con los de origen anexial.

Los hallazgos operatorios, ponen de manifiesto, que lo habitual es que el absceso, se manifieste por alguna de sus complicaciones. En primer lugar, por una peritonitis difusa, secundaria (54 %), recordando, que es la etapa previa, a la manifestación de una fistula colovisceral y/o parietal, sin olvidarnos de las oclusiones del delgado yuxtalesional.

En cuanto al tratamiento, hemos dado una síntesis de los distintos procedimientos, que resumen la evolución de la táctica —cambiante—, de esta afección, yendo de lo más simple a lo más complejo. Si bien la táctica, puede ser controvertida, destacamos que hay una neta tendencia reseccionista, de urgencia, por la mayoría de los autores, que se han ocupado del tema. Esta conducta está sustentada, por los mejores resultados obtenidos —menor morbimortalidad—, en los casos de resección pri-

maria (extirpación del foco séptico, de la cavidad peritoneal). Tanto nuestra estadística, como la de otros autores (Madden, Rouxburgh, Ryan, Hollender), nos eximen de más comentarios.

CONCLUSIONES

De este análisis diremos que:

1º) La resección primaria, a la vez que da una solución definitiva, presenta una menor mortalidad, por lo cual es el tratamiento de elección.

2º) Similares resultados a los obtenidos, por otros autores.

3º) En consecuencia, los autores abogan por la resección primaria, si bien reconocen que pueden haber situaciones —excepcionales—, en que la solución le corresponda a soluciones menores (drenaje más colostomía proximal). En síntesis, los autores asumen, una posición táctica, ecléctica.

RESUME

Abcès perisygmoidiens d'origine diverticulaire

Les auteurs exposent leur expérience à propos d'une complication de la maladie diverticulaire du colon. De celles-ci les peritonites localisées, les abcès, par leur fréquence apparaissent en deuxième lieu après les peritonites diffuses.

On analyse la pathogénie, la topographie, les complications, les trouvailles opératoires et essentiellement la technique chirurgicale multiple, selon les auteurs.

Les résultats obtenus, à travers les différents procédés chirurgiques évalués par la mortalité nous permettent d'affirmer que la meilleure conduite à suivre est la résection colonique primaire d'urgence.

SUMMARY

Perisigmoideal abscesses of diverticular origin. (Our experience)

This paper reports the author's experience with respect to one of the complications of CDD. In this group we find that localized peritonitis —abscesses— comes after diffuse peritonitis and occupies the second place. There follows an analysis of pathogeny, topography, complications, operatory findings and, fundamentally, the (multiple) surgical tactics, according to the authors.

The results obtained by the different surgical procedures, evaluated according to their fatality rate, leads the authors to state that the best conduct is emergency primary colonic resection.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ARMAND UGON, C. - Peritonitis por Enfermedad Diverticular del Colon. Tesis de Doctorado. (Inédita) Montevideo, 1974.

2. ASINER, B. - Enfermedad Diverticular del Colon. Montevideo. Imprenta Magallanes, 1972.
3. BYRNE, R. V. - Primary resection of the colon for perforated diverticulum. *Am. J. Surg.*, 112: 273, 1966.
4. CHIFFLET, A. - Complicaciones de la colopatía diverticular. Congreso Latinoamericano de Proctología, 2º, 1963. p. 12, 1963.
5. CRILE, G. (Jr.) - Dangers of conservative surgery in abdominal emergencies. *Surgery*, 35: 122, 1964.
6. DELGADO, B. - Abscesos perisigmoideos de origen diverticular. Congreso Latinoamericano de Proctología, 2º, 1963, p. 27, 1963.
7. HOLLENDER, L. F. - Resection of the colon for diverticulitis. *Chir. Gastroenterol. (Surgical Gastroenterology)*, 10: 59, 1976.
8. HOLENDER, L. F.; MEYER, CH.; CALDEROLI, H.; JAMART, J. et ALEXION, R. - Le traitement Chirurgical des sigmoiditis diverticulaires compliquées. A propos de 138 observation. *J. Chir.* 115: 205, 1978.
9. MADDEN, J. L. - Primary resection and anastomosis in the treatment of perforated lesions of the colon. *Am. Surg.*, 1: 781, 1965.
10. MADDEN, J. L. and TAN, P. Y. - Primary resection and anastomosis in the treatment of perforated lesions of the colon, with abscess on diffusing peritonitis. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 113: 646, 1961.
11. MAYO, C. W. and BLUNT, C. P. - Vesico-sigmoidal fistulae, complicating diverticulitis. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 91: 612, 1950.
12. PEMBERTON, J.; BLACK, B. and MAINO, C. R. Progress in the surgical management of diverticulitis of the sigmoid colon. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 85: 523, 1947.
13. ROXBURG, R. A.; DAWSON, J. L. and YEO, R. Emergency resection in treatment of diverticular disease of the colon, complicated by peritonitis. *Br. Med. J.*, 3: 465, 1968.
14. RYAN, P. - Emergency resection and anastomosis for perforated sigmoid diverticulitis. *Br. J. Surg.*, 45: 611, 1958.
15. RYAN, P. Acute diverticulitis and diverticulitis with perforatio. *Med. J. Australia*, 2: 51, 1964.