

Colopatía diverticular complicada

Actitud terapéutica

Dres. Bernardo Aizen Tub¹, Jorge Beltrán Guañarita², Manuel Albo Volonté³

Resumen

Se presenta un análisis retrospectivo de 25 pacientes portadores de complicación inflamatoria aguda de colopatía diverticular. Se realiza una revisión de la literatura en relación a su terapéutica. A la luz de los resultados se preconiza el manejo médico reservando la intervención quirúrgica para su fracaso y las peritonitis difusas, evolutivas.

Palabras clave: Colopatía diverticular – terapia

Summary

A retrospective analysis is made of 25 patients suffering from acute inflammatory complication of diverticular colopathy. Taking results into account, medical management is recommended, reserving surgical treatment for failures and evolutive diffuse peritonitis.

Introducción

Desde que Cruveilhier describiera el primer divertículo colónico en 1849, mucho se ha escrito sobre la afección y sus complicaciones. Berh en 1904 y Mayo en 1907 describen la conducta terapéutica en la complicación inflamatoria aguda. Su tratamiento continúa en revisión. El objetivo de la presente publicación es analizar los resultados obtenidos, a la luz de una revisión retrospectiva de una serie de enfermos tratados en nuestro medio y elaborar una propuesta terapéutica.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "B" del Profesor Dr. U. Larre Borges y el Departamento de Cirugía de la A.E. de S.M. Director Dr. Manuel Albo Volonté.

¹ Asistente de Clínica Quirúrgica "B". ² Postgrado de Cirugía. ³ Profesor Agregado de la Clínica Quirúrgica "B".

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 16 de agosto de 1989.

Correspondencia: Dr. Bernardo Aizen Tub. Br. España 2575 Ap. 601. Montevideo, Uruguay.

Material y método

En el período de diciembre de 1979 a diciembre de 1988, 25 complicaciones inflamatorias agudas de la colopatía diverticular fueron tratados por tres equipos quirúrgicos de una institución de asistencia mutual de nuestro medio (A.E. 1º S.M.).

La edad promedio fue de 58,9 años con un rango de 35 a 77 años. Se encontraron 16 hombres y 9

Tabla 1. Edad

0 – 40	2	Media 58.9
41 – 60	8	
61 – 80	14	
Total	25	

mujeres (Tabla 1).

Los hallazgos operatorios referidos a la clasificación por estadios de Hinchey, se mencionan en la tabla 2. Las formas localizadas (estadios I y II) comportaron el 84% del total, los procesos difusos (peritonitis purulenta o fecaloidea) el 16% de éstas.

Los procedimientos quirúrgicos empleados se reseñan en la tabla 3. La detransitación y el drenaje fueron empleados con 10 casos (40%), los procedimientos que involucran erradicación primaria del foco

Tabla 2. Distribución por estadios de los hallazgos quirúrgicos

I	13	52%
II	8	32%
III	1	4%
IV	3	12%

Tabla 3. Tratamiento quirúrgico

	Casos
Colostomía transversa derecha + drenaje	10(40%)
Exteriorización del sigmoidees	2
Resección con abocamiento de ambos cabos	2
Sigmoidectomía (Hartmann)	9(60%)
Resección con anastomosis primaria y colostomía transversa	2

Tabla 4. Colostomizados, estadios quirúrgicos

I	5 pacientes
II	4 pacientes
III	0 paciente
IV	1 paciente

Tabla 5. Colostomizados – Lapso entre ingreso e intervención quirúrgica

0 – 12 horas	5
12 – 24 horas	3
más de 24 horas	2

Tabla 6. Morbilidad y mortalidad de los colostomizados

Morbilidad	Estadios I y II	Estadio IV
Fístula colovesical	2 casos (20%)	—
Supuración de la herida	1 caso	—
Eventración	2 casos	—
Neumopatía aguda	1 caso	—
Flebitis	1 caso	—
Absceso paracolostómico	—	1
Sepsis	—	1
Mortalidad	—	1 (10%)

Tabla 7. Estadios quirúrgicos de los tratamientos radicales

Estadio	Nº pacientes	Porcentaje	
I	8	53	80
II	4	26,5	
III	1	6.6	20
IV	2	13.3	

(resección y/o exteriorización) se emplearon en 15 casos (60%).

En relación a los pacientes tratados con métodos conservadores (colostomía y drenaje), la distribución etaria mostró 7 pacientes en el rango de 40–70 años y tres mayores de 70 años.

Los hallazgos quirúrgicos revelaron 5 procesos flemonosos perisigmoideos (estadio I), 4 abscesos pélvicos y una peritonitis fecaloidea (Tabla 4).

El tiempo que transcurrió entre el ingreso y la intervención quirúrgica fue menos de 12 horas en 5 pacientes, de 12 a 24 horas en 3 de éstos y superior a 24 en los dos restantes (Tabla 5).

La morbilidad de los pacientes tratados por detranstación y drenaje se registra en la tabla 6. Dos pacientes evolucionaron a la fístula colovesical (20%). El paciente portador de peritonitis fecaloidea (estadio IV) fue reintervenido por absceso residual intra-abdominal, falleciendo. La mortalidad de este grupo fue del 10%.

En relación a los pacientes en los que se realizó erradicación primaria del foco, la distribución por estadios registró 80% en estadios I y II y 20% en estadios III y IV (Tabla 7).

En cuanto al procedimiento quirúrgico empleado la exteriorización se realizó en dos pacientes, la resección sin anastomosis en 11 de estos y la resección con sutura primaria en dos pacientes portadores de procesos inflamatorios colónicos leves (estadio I) (Tabla 8).

La morbilidad del grupo precedente se analiza en la tabla 9.

Un paciente en estadio quirúrgico I fue resecado y anastomosado con colostomía de protección, desarrollando sepsis post-operatoria, con falla renal y hepática aguda, evolucionando favorablemente. Un paciente diabético portador de una peritonitis fecaloidea, de presentación en la convalecencia de endocarditis bacteriana, fue tratado por resección según técnica de Hartmann a los 8 días del ingreso, siendo el único fallecido de este subgrupo (mortalidad 6.4%).

El restablecimiento de la continuidad intestinal fue realizado en 11 pacientes, y el deterioro del estado general por patología médica asociada lo desaconsejó en el restante.

La anatomía patológica registrada en 22 pacientes confirmó la patología diverticular en la totalidad de éstos. En una oportunidad reveló asociación con adenocarcinoma de colon no identificado en el acto operatorio (7%). Se demostró perforación en 6 piezas de resección (27%) (Tabla 10).

Resultados

Los pacientes tratados con colostomía y drenaje pre-

Tabla 8. Estadios y tratamiento quirúrgico radical

Estadios	Tipo de resección				Total
	Hartmann	Exteriorización	Resección y abocamiento de ambos cabos	Resección con sutura primaria más colostomía de protección	
I	4	1	1	2	8
II	3	—	1	—	4
III	1	—	—	—	1
IV	1	1	—	—	2
TOTAL	9	2	2	2	15

Tabla 9. Morbilidad del tratamiento radical

Morbilidad	Estadio I y II (12 pacientes)	Estadios III y IV (3 pacientes)
	Nº	Nº
Supuración de pared	2	3
Evisceración	—	1
Absceso intraabdominal	—	2
Necrosis segmento exteriorizado	—	1
Eventración	3	2
Hemorragia digestiva alta	1	—
Sepsis	1	1
IRA	1	—
Obstrucción de delgado	2	1

Tabla 10. Anatomía patológica

Tipo	Nº
Colopatía diverticular hipertrófica	22
Diverticulitis con peridiverticulitis	12
Perisigmoiditis	11
Absceso peridiverticular	6
Absceso mesial	4
Perforación	6 (27%)
Adenocarcinoma de colon	1 (7%)

sentaron formas clínicas localizadas (estadios I y II) con excepción de una peritonitis fecaloidea.

La evolución fue buena en los primeros, con complicaciones menores inherentes al acto quirúrgico (supuración de herida, eventración, neumopatía aguda, flebitis), y en consecuencia independientes de la patología en curso. Dos pacientes evolucionaron a la fístula colovesical aún detransitados, lo que plantea que la evolutividad del proceso no fue detenida por el procedimiento quirúrgico. El lapso que medió entre el ingreso y la intervención quirúrgica fue variable, siendo en dos oportunidades de 48 y 72 horas respectivamente lo que no influyó en los resultados mencionados. Un paciente portador de peritonitis fecaloidea fue tratado por detransitación, evolucionando a la sepsis y falleciendo a consecuencia de absceso intra-abdominal paracolostómico, lo que confirma la ineffectividad del procedimiento en las formas severas. En el

grupo de los pacientes resecados y/o exteriorizados, la morbilidad de los casos localizados (estadios I y II) reveló igualmente procesos no vinculables a la forma evolutiva de la afección (supuración de la pared, eventración, oclusión de delgado); un paciente joven (35 años) tratado por resección y anastomosis primaria con colostomía transversa derecha de protección, evoluciona a la sepsis con IRA pre-renal y falla hepática; fue reintervenido al quinto día a consecuencia de una oclusión de delgado por adherencias no constatándose falla de sutura. La evolución fue satisfactoria a excepción de eventración de mediana.

La morbilidad de las formas difusas (1 peritonitis purulenta y 2 peritonitis fecaloidea) fue notoriamente más alta. Un paciente portador de peritonitis fecaloidea por perforación diverticular fue tratado por exteriorización y drenaje; en la evolución presentó necrosis del segmento exteriorizado (sigmoiditis gangrenosa evolutiva) que obligó a su resección y abscesos peritoneales recidivantes que fueron tratados por cirugía iterativa con recuperación posterior. Un paciente diabético intervenido por peritonitis fecaloidea al octavo día del ingreso, evolucionó a la sepsis con depresión medular, falleciendo posteriormente. La morbimortalidad de los pacientes en estadio III y IV

puede ser atribuida en consecuencia a la evolutividad de la complicación inflamatoria en curso.

Comentarios

La diverticulosis colónica se presenta en el 5% de la población en la quinta década de la vida, incidencia que aumenta con la edad, llegando al 50% en la novena década. La frecuencia de complicación inflamatoria aguda es igualmente mayor en relación con la edad del paciente y el tiempo de padecimiento de la afección. La diverticulitis se desarrolla en el 25% de los casos, y el 38% de estos pacientes presentan en su evolución otra complicación como ser obstrucción, perforación o fístula. En cifras globales, el 20% de los pacientes que presentan diverticulitis va a requerir una intervención quirúrgica en algún momento de su evolución ⁽¹⁾, ya sea en este episodio o a posteriori.

El 2-5% de los pacientes que desarrollan diverticulitis son menores de 40 años. En estos, la afección tiene un curso particularmente agresivo y requiere intervención quirúrgica de urgencia en 88% de los casos ⁽¹⁾. En este sentido se destaca la gravedad de la afección en un paciente joven de la serie.

La diverticulosis se generaría por contracciones musculares segmentarias que incrementan la presión intraluminal en cortos segmentos del intestino en lo que la carencia de fibras en la dieta juega su papel. Whiteway y Morson ⁽²⁾ demuestran que la fibra muscular es normal pero que la composición de las tenias colónicas presentan un incremento de hasta el 200% en la concentración de elastina, lo que causaría la corrugación característica de éstas y las alteraciones segmentarias de presión ya mencionadas. La diverticulitis comienza por un único divertículo así como la perforación es al inicio única ⁽¹⁾. La extensión del proceso a los tejidos pericolónicos determinan su forma de presentación.

Hinchey ⁽³⁾ en 1978 propone una estadificación de los hallazgos intraoperatorios que mantienen aún vigencia.

Estadios	
I	Absceso pericolónico o diverticulitis flemonosa;
II	Absceso pélvico, en general secundario a perforación de absceso pericolónico;
III	Peritonitis difusa aguda purulenta;
IV	Peritonitis difusa aguda fecaloidea.

Krukousky ⁽⁴⁾ introduce una variación de clasificación anatómicoquirúrgica diferenciando la inflamación presupurativa de la contaminación peritoneal purulenta o fecal y su carácter localizado o extensivo.

Estadios	
I	Inflamación aguda no supurada;
II	Presencia de supuración
	A. Localizada
	1. absceso
	2. peritonitis purulenta localizada;
	B. Peritonitis purulenta generalizada;
III	Contaminación fecal
	A. Peritonitis fecal localizada;
	B. Peritonitis fecal generalizada.

El interés de la clasificación anatómicoquirúrgica radica en la gravedad creciente de la afección; así, Hinchey ⁽³⁾ cita cifras de mortalidad de 2%, 5%, 21% y 47% para los cuatro estadios mencionados. En ese sentido los dos fallecidos de la presente serie correspondieron a peritonitis fecaloidea estadio IV (mortalidad global 8%). Igualmente el estadio regiría la terapéutica como se mencionará.

La valoración quirúrgica debe ser corroborada con la anatomía patológica. Chappuis ⁽¹⁾ refiere que un tercio de los resecados de urgencia no presentaron en el estudio histológico fenómenos inflamatorios agudos. La perforación puede ser ostensible o no. En una revisión de peritonitis por perforación, Dawson ⁽⁵⁾ la confirma histológicamente en el 40% de los casos. Igualmente se observa que puede ser libre o bloqueada. Killimback ⁽⁶⁾ categoriza esta última como indirecta, con disrupción diverticular mesial que secundariamente y a través de esta comunica con la cavidad peritoneal. En la presente serie sobre doce procesos en estadios II a IV la perforación fue demostrada en 6 de estos (50%). La anatomía patológica debe excluir igualmente el cáncer de colon coincidente. Numerosos autores ^(4, 7, 8) refieren esta asociación en cifras del 20-27% para el colon izquierdo. En la presente serie se menciona un caso de esta concomitancia lesional.

Frente a un cuadro de diverticulitis aguda la valoración es inicialmente clínica: fiebre, dolor abdominal, defensa, masa palpable. La radiografía simple de abdomen de pie puede mostrar neumoperitoneo en presencia de perforación libre. Killimback ⁽⁶⁾ encuentra este signo en el 31% de los casos de peritonitis por perforación. El estudio contrastado de colon por enema baritado se realiza en general a la semana del episodio agudo y valora la afección descartando el neoplasma. Sin embargo Krukouski ^(4, 7, 9) lo practica el día del ingreso con material hidrosoluble, resaltando su inocuidad y precisión diagnóstica en relación a la perforación y la presencia de cavidades abscedadas en comunicación con la luz colónica.

Hulnick ⁽¹⁰⁾ destaca el valor de la tomografía com-

putarizada en el diagnóstico de la complicación aguda. La presencia de engrosamiento parietal colónico asociado a cambios inflamatorios de la grasa pericolónica es característico de la afección. La TAC es igualmente capaz de valorar el compromiso vesical y ureteral así como la presencia de colecciones abdominales: en el mismo sentido la ultrasonografía puede ser de valor.

Hecho el diagnóstico de la afección, el manejo inicial es médico en base a hidratación parenteral, analgesia y antibioticoterapia dirigida a la flora colónica en juego. El fracaso de este o la presencia de elementos clínicos sugestivos de abscedación o peritonitis comportaban las indicaciones quirúrgicas.

Las opciones quirúrgicas incluyen procedimientos de detransitación colónica y drenaje y los que comportan erradicación primaria del foco, sea este por resección o exteriorización. De ellos se destacan:

1. Drenaje
2. Drenaje asociado a colostomía transversa o sigmoidea
3. Resección sin anastomosis
 - A. Tipo Hartmann
 - B. Abocamiento de ambos cabos:
 - a. colostomía y fístula mucosa
 - b. operación de Mickulicz
4. Resección con anastomosis primaria (con o sin colostomía de protección).
5. Exteriorización del segmento perforado o de la perforación.

Smithwich en 1942 fue el primero en preconizar la cirugía en tres tiempos en la patología en discusión. Numerosos autores señalan la ineffectividad de este procedimiento. Eng⁽¹¹⁾ menciona que la colostomía no decompone el segmento patológico ya que la presión depende de contracciones segmentarias como fue mencionado. Nagorney⁽¹²⁾ en una revisión de peritonitis por perforación señala que el 77% de los fallecidos fueron tratados por colostomía y drenaje y refiere que la causa de muerte fue sepsis persistente en el 66% de los casos. Si la intervención no se completa con resección posterior la recurrencia de los empujes agudos es del 50–70%⁽⁹⁾. Numerosos autores señalan la aparición de fístulas colovesicales en hasta el 20% de pacientes detransitados^(9, 12–14). En ese sentido se mencionan dos pacientes de este estudio.

Dawson⁽⁵⁾ señala que hasta el 25% de los colostomizados no presentan retroceso del proceso inflamatorio. En los pacientes tratados por detransitación y drenaje, se cita de un 5% al 21% de fístulas colocutáneas⁽⁶⁾. La colostomía no detiene la evolutividad de la afección y en consecuencia es innecesaria en los procesos leves e insuficiente en las formas severas. Los resultados del presente estudio avalan esta opinión. Las formas leves pudieran ser tratadas médica-

mente ya que como se mencionó la morbilidad estuvo vinculada al acto quirúrgico en sí y no a la patología. En las formas severas el procedimiento es insuficiente y la mortalidad duplica la de la cirugía radical llegando al 30% en la peritonitis^(1, 6, 9, 15, 16), como ocurrió en un enfermo de esta serie.

La cirugía radical cumple con el principio de erradicación primaria del foco por medio de su resección fundamentalmente. La exteriorización cumple parcialmente con este fin al alejar el foco de la cavidad peritoneal pero no evita la bacteriemia siempre presente. De todos modos su aplicación puede mantenerse en casos seleccionados como ser sigmoiditis gangrenosa con perforación macroscópica y meso libre en pacientes críticamente enfermos.

La erradicación definitiva del foco se logra por su resección, lo que también realiza el tratamiento de un eventual cáncer concomitante, como ocurrió en un caso de esta serie. En las peritonitis la mortalidad es del 9% para las formas purulentas, manteniendo la forma fecaloidea un porcentaje cercano al 30%⁽¹²⁾.

Welch⁽¹⁵⁾ cita un 33% de mortalidad global para la cirugía en tres tiempos y un 9% para la resección primaria. La mayoría de los autores preconizan la sutura diferida basados en estudios experimentales, que demuestran el aumento de la actividad colagenolítica en presencia de contaminación peritoneal, en la ausencia de preparación del colon, las dificultades técnicas inherentes a una sutura en agudo, así como la incidencia de hasta un 15% de fugas anastomóticas en éstas. Madden⁽¹⁶⁾ la preconiza, aduciendo que la enfermedad es sectorial y en consecuencia la sutura puede ser realizada en colon sano. La mayoría de los autores concuerdan en que la anastomosis primaria se reserva para los procesos inflamatorios leves (Estadios I de la clasificación de Hinchey) dejando el restablecimiento de la continuidad para un acto quirúrgico posterior en los restantes. Krukousky⁽⁴⁾ refiere que la cirugía de urgencia es de indicación en las peritonitis difusas y en estos preconiza la resección sin anastomosis primaria ya que ésta presenta un 20–30% de falla de sutura, de las cuales la mitad son mortales.

Un tratamiento médico intenso logra el retroceso del cuadro clínico en el 80–90% de los casos⁽⁴⁾. El estudio contrastado con material hidrosoluble ha demostrado que en presencia de perforación colónica en comunicación con cavidades abscedadas, ésta puede servir de vía de evacuación transrectal del proceso.

Las colecciones abscedadas intraperitoneales, demostrables por imagenología, pueden ser tratadas por evacuación percutánea. Glass⁽¹⁸⁾ señala que de 70 a 90% de estos abscesos son pasibles de evacuación bajo control tomográfico.

La no respuesta al tratamiento médico bien conducido en un lapso no menor de tres días a los signos de

peritonitis en progresión, son las indicaciones del tratamiento quirúrgico. Los pacientes inmunodeprimidos (diabéticos, bajo terapia esteroidea o inmunosupresiva prolongada, alcoholistas) conllevan un peor pronóstico. La esplenectomía secundaria a iatrogenia quirúrgica agrava igualmente el pronóstico⁽¹⁹⁾.

La peritonitis fecaloidea, la hipotensión preoperatoria, los signos de sepsis persistente y la demora del acto quirúrgico se asocian con elevada mortalidad en enfermos graves (1). En ese sentido los fallecidos de la serie correspondieron a peritonitis fecaloideas, uno de ellos un paciente diabético con una demora de 8 días en su tratamiento quirúrgico.

La tendencia actual favorece el tratamiento médico para esta complicación de la enfermedad diverticular, reservando la intervención quirúrgica para su fracaso o las peritonitis difusas evolutivas. El tratamiento médico logra, en general, el retroceso del proceso, y evita una colostomía que puede en algunos casos ser definitiva (28% de imposibilidad de reconstrucción de la continuidad intestinal después de sigmoidectomía tipo Hartmann, según Revetria)⁽²⁰⁾. Este criterio conservador debe ser mantenido aún en el caso de pesquisar una forma flemonosa en la laparotomía, en donde se preconiza la abstención quirúrgica⁽⁴⁾. Se evitarían así excesos terapéuticos con la morbilidad que éstos conllevan.

Los resultados del presente estudio concuerdan con este criterio. Es necesario una adecuada infraestructura asistencial a fin de realizar un control clínico y paraclínico cuidadoso, incluyendo imagenología de última generación, que soporte esta actitud conservadora.

En caso de abscedación paracolónica o intraperitoneal, su manejo puede efectuarse por drenaje percutáneo, guiado por imagenología. Si la indicación quirúrgica se presenta, ésta debe ser realizada sin demora y por un equipo entrenado en cirugía colónica. La gravedad de la afección en los jóvenes obliga a ser más estrictos en su vigilancia y prudentes en su manejo conservador.

De todos modos se requieren nuevos estudios

prospectivos a fin de resolver este dilema terapéutico definitivamente.

Bibliografía

1. Chappuis Ch, Cohn I. Acute colonic diverticulitis. *Surg Clin North Am*, 1988; 68:2,303-313.
2. Whiteway J, Morson B C. Elastosis in diverticular disease of the sigmoid colon. *Gut*, 1985;26:258-266.
3. Hinchey E J; Schaaf PG, Richard G K. Treatment of perforated diverticular disease of the colon. *Adv Surg* 1978;12:85.
4. Krukouski ZH, Matheson NA. Acute diverticulitis. *Recent Adv Surg* 1988;13:125-141.
5. Dawson JL, Hanon I, Rouxburgh RH. Diverticulitis coli complicated by diffuse peritonitis. *Br J Surg* 1965;52:354.
6. Killingback M. Management of perforative diverticulitis. *Surg Clin North Am* 1983;63:97.
7. Krukouski ZH, Matheson NA. The management of peritoneal and parietal contamination in abdominal surgery. *Br J Surg* 1983;70:440-441.
8. Large JM. Treatment of perforate diverticulitis. *Lancet* 1983;1:413-441.
9. Krukouski ZH, Matheson NA. Emergency surgery for diverticular disease complicated by generalized and faecal peritonitis. *Br J Surg* 1984;71:921-927.
10. Hulnick DH, Megibow AJ, Balthazar EJ et al. Computed tomography in the evaluation of diverticulitis. *Radiology* 1984;152:491-495.
11. Eng K, Ranson JH, Locastio SA. Resection of the perforated segment: a significant advance in treatment of diverticulitis with free perforation or abscess. *Am J Surg* 1977;133:67.
12. Nagorney DM, Adson MA, Pemberton JH. Sigmoid diverticulitis with perforation and generalized peritonitis. *Dis Colon Rectum* 1985;28:71.
13. Fazio VW, Church JM, Jagelman OG et al. Colocutaneous fistulas complicating diverticulitis. *Dis Colon Rectum* 1987;30:89-94.
14. Finley IG, Carter OC. A comparison of emergency resection and staged management in perforated diverticular disease. *Dis Colon Rectum* 1987;30:929-933.
15. Welch CE, Welch JP. Resection and anastomosis of the colon in the presence of peritonitis. In: Delaney J P, Varco R L (eds). *Controversies in surgery II*. Philadelphia: W B Saunders, 1983:341.
16. Madden JL. Primary resection in the treatment of acute perforations of the colon with abscessor diffuse peritonitis. In: Delaney J P, Varco R L (eds) *controversies in surgery II*. Philadelphia: W B Saunders, 1983:349.
17. Krukouski ZH, Koruth NM, Matheson NA. Evolving practice in acute diverticulitis. *Br J Surg* 1985;72:684-686.
18. Glass CA, Cohn I Jr. Drainage of intraabdominal abscesses: a comparison of surgical and computerized tomography guided catheter drainage. *Am J Surg* 1984;147:315.
19. Rodkey GV, Welch CE. Changing patterns in the surgical treatment of diverticular disease. *Ann Surg* 1984;200:466.
20. Revetria RA. Mesa redonda act. complicaciones de la colopatía diverticular. 30º Congreso Urug Cirugía. *Cir Uruguay* 1981; 51(3):230.