

## ***DIVERTICULITIS SOLITARIA DEL CIEGO***

*Américo FOSSATTI*

Presentado en la Sesión del 13 de Agosto de 1941

Divertículos pueden existir en todo el trayecto del tubo digestivo, no habiendo sin embargo en el recto.

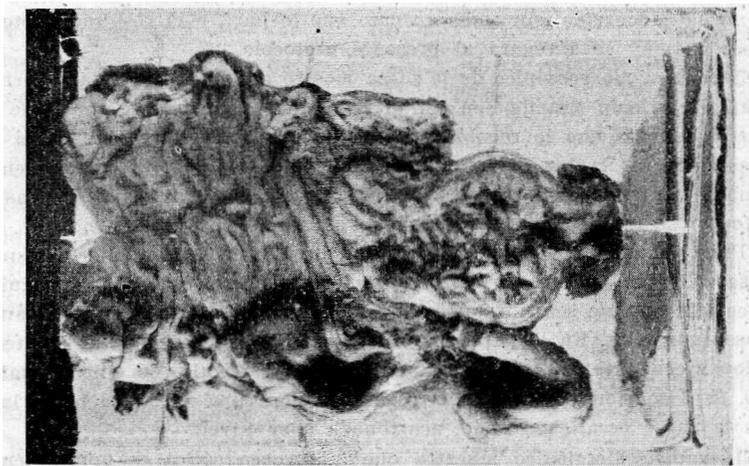
Su localización es más frecuente en unas regiones que en otras y hemos visto en los últimos años aumentar su número no sólo en cantidad, sino en localizaciones, debido evidentemente a un mejor conocimiento de la patología digestiva y sobre todo al uso más frecuente de los Rayos X y al perfeccionamiento de su técnica.

La diverticulosis múltiple del colon se encuentra relativamente a menudo y dentro de ella la localización izquierda es la habitual y ha sido motivo de muchas publicaciones, la bibliografía existente es amplísima y su estudio desde el punto de vista etiológico, anatomo-patólogo, clínico y terapéutico está muy adelantado y su hallazgo clínico no es excepcional siendo observada y reconocida relativamente a menudo en nuestra asistencia profesional, basta; en cuadros cólicos determinados, pensar en su posibilidad, para que los métodos complementarios de laboratorio y sobre todo los Rayos X, por métodos perfectamente determinados, confirmen la presunción clínica. Son generalmente asintomáticos y manifiestan su existencia por lesiones secundarias de inflamación, retención, etc. La causa más frecuente es la incarceration en su luz de materias intestinales, por eso es que en el intestino delgado y en el ciego rara vez dan síntomas, dado que el contenido líquido de los mismos no favorece la retención y obstrucción con los accidentes que provoca, es importante insistir en que los divertículos por sí mismos no son peligrosos, es cuando retienen materias sólidas que dan lugar a trastornos. No es de esta clase de lesiones la que aquí presentamos por lo que ponemos punto final al comentario.

Caso personal: O. P., 53 años, uruguayo, casado. Ingresó de urgencia al Sanatorio Español el 16 de marzo de 1941 con un cuadro agudo de viente localizado en la fosa iliaca derecha con el diagnóstico de apendicitis.

Operado de hernia inguinal izquierda 20 años antes, tuvo hace 10 años un primer ataque semejante al actual, aunque no tan intenso, sin vómitos que fué considerado como apendicitis aguda y que cedió al tratamiento médico; al año un nuevo ataque con los mismos caracteres y con el mismo tratamiento, fué visto por un distinguido colega que indicó la intervención que no fué aceptada por el enfermo. Luego crisis periódicas más o menos parecidas pero nunca tan intensas como las dos primeras y como la actual.

Enfermedad actual: el 12 del corriente mes, esto es cuatro días antes, ligero malestar y dolor difuso en el bajo vientre; ve médico que diagnostica



apendicitis aguda y aconseja intervenir de urgencia, no acepta todavía, se pone en reposo, dieta y hielo en el vientre, las molestias aumentan y decide ingresar al Sanatorio. *Al examen:* gran dolor fosa iliaca derecha con una contractura muscular que hace imposible la palpación profunda; pocos signos generales,  $\frac{2}{5}$  de fiebre, 90 pulsaciones. Buen estado general, nada pulmonar ni cardíaco. Decido intervenir de inmediato pensando también en una apendicitis aguda.

*Operación.* — 16 de marzo (98070). Fossati, ayuda Dr. T. Parrillo; éter; incisión de Mac Burney; dormido, desaparecida su contractura se encuentra un plastrón duro del tamaño de un huevo de gallina fijo a la fosa iliaca por dentro de la espina iliaca antero-superior; abierto el peritoneo se nota el apéndice libre al parecer sano o poco enfermo, por encima y fuera casi sobre el colon ascendente un tumor duro, fijo al peritoneo posterior, con un nicho al tacto, lo libero y exteriorizo, pared intestinal entera, creo en un posible neo; hago una extirpación del ileo terminal, ciego y casi todo el colon ascendente fácil y amplia, todo favorecido por la facilidad de exte-

rriorizar el intestino y su meso; no reseco el ángulo derecho del colon por no creerlo necesario estando lejos del pretendido tumor y también porque la luz de la incisión lo hubiera hecho difícil sin ampliarla y termino con una fleo-transversostomía látero-lateral con catgut; un pequeño cigarrete en el lecho del colon resecado y cierre habitual con mechado del tejido celular sub-peritoneal. *Post-operatorio*: excelente, evolucionó como una apendicectomía en frío, se sacan las mechas a los cinco días; sin haber tenido reacción general ni local de ninguna clase; purgante al quinto día y alta el 31 de marzo completamente cicatrizado a los 15 días de su ingreso. (Exámenes complementarios post-operatorios, sangre, orinas, etc., mostraron completa normalidad).

No efectuamos el estudio radiológico del colon en nuestro enfermo anteriormente a la cura clínica, fué dado de alta, lo citamos para preceder a ello pero no ha concurrido, sin embargo creo que lo hará y el resultado obtenido con ese examen se agregará al presente protocolo.

El examen macroscópico de la pieza mostró que el tumor estaba formado por un divertículo grande con un orificio de 3 centímetros por 2 de diámetro, la mucosa que lo recubría parecía íntegra y la dureza se debía a la incarceration en la luz diverticular de un cálculo estercoráceo, que en las maniobras de revisión cayó en la luz intestinal. A continuación transmito el informe de nuestro anatómo-patólogo el Biler. Enrique Castro:

“Pieza de extirpación quirúrgica del ángulo ileocecal: abierta muestra mucosa cólica en general normal, con numerosos pliegues. El último segmento del íleo y la válvula son normales. Apéndice de implantación inferior, tamaño y grosor normales. En la pared lateral externa del ciego, sobre el límite con el colon ascendente, se encuentra un nicho o divertículo, de cráter semi-esférico, de 2 centímetros de diámetro interno, con capa necrótica hacia la luz y con la pared cecal engrosada, acartonada a su nivel.

El examen histológico muestra que la mucosa cólica es normal en los bordes del divertículo: atrofiada o desaparecida en gran parte en la cavidad por ulceración. Donde subsiste la mucosa, subsiste también la muscularis-mucosa.

El músculo parietal se detiene al nivel de las vertientes laterales del divertículo: no se encuentra en su fondo. El espesor de la pared está formado por tejido inflamatorio, con células histiodes y fibroblastos y hematoma difuso importante, viejo, en vías de organización. Es un aspecto muy semejante al de la úlcera callosa gástrica. La pared muscular parece destruida por el proceso inflamatorio.

El divertículo alojaba un fecaloma redondeado, liso, regular, de 3 por 2 centímetros. Se disgregó en el agua dando un polvillo fecaloide amorfo: no hay núcleo central.

Divertículo con tiflitis localizada y un fecaloma”.

Probablemente en nuestro caso el divertículo tenía muchos años de data y sólo ha dado síntomas cuando se ha incarcerationado en su luz materias sólidas, que por la evolución en las crisis

teriores, deben haber sido expulsadas al cesar la crisis y que el ataque último por su tamaño no pudo hacerlo, habiendo llega o el proceso ulcerativo, que podríamos llamar de decúbito, provocado por la presión del coprolito contra las paredes intestinales y por fenómenos inflamatorios, casi hasta la perforación, habiendo desgastado gran parte de las tunicas de la pared cecal y que hubiera llegado, a no haberse intervenido, a la perforación que en este caso hubiera sido casi seguramente cubierta dadas las lesiones encontradas en el acto operatorio, de adherencias a la pared abdominal o sino a la formación de un absceso localizado.

Antes de entrar en otras consideraciones llamo la atención sobre la posibilidad de efectuar una extirpación tan amplia como la descrita y como la que se ve en la pieza presentada, por una simple incisión de Mac Burney, con el uso del separador de Gosset; claro está que ayudado eficientemente por la relativa delgadez del enfermo y sobre todo por la laxitud de los mesos, mucho mayor que la habitual, sobre todo tratándose del ciego y del lado derecho del colon.

Es la primera vez que en mi larga e intensa actuación profesional me encuentro con un caso semejante y así como es rica y frondosa la bibliografía y casuística en los casos de diverticulitis múltiple del colon, es pobre y escasa la de la diverticulitis solitaria del ciego.

La bibliografía a mi alcance no me daba ninguna ayuda, cuando en las fichas de la "Selección Médica Mundi" Argentina, que hacía pocos días me había suscrito, encuentro una amplia referencia del Dr. A. Jonas Jr. Baltimore, aparecido en "The Journal of the American Medical Association", Vol. 115, Nº 3, julio 20, 1940, pág. 194 - 197, que ponía al día el tema prestándome considerable ayuda. Y como si fuera poco, por esa ley de coincidencia que entre nosotros llamamos de Velpeau, no se por qué, y qué está esperando su comentarista, encuentro en el Boletín de la Academia Argentina de Cirugía en el número 1 de este año en la sesión del 2 de abril, un caso del Dr. Hugo Bogethi relatado por el Dr. Marcelo J. Vernengo, semejante al que presento y que amplía la crónica sobre el tema.

En el primer trabajo citado el autor establece que la diverticulitis solitaria del ciego es un estado parecido a la apendicitis y que es poco o nada mencionado en los libros corrientes de

cirugía. Hace notar que Judd y Pololk de la Mayo Clínica traen una estadística de 118 casos de las más variadas localizaciones de divertículos del colon sin citar ninguna solitaria del ciego; recuerda que no debe confundirse con la diverticulitis difusa que toma el ciego y colon ascendente; dice que en el Jonas Hospital ha habido en el año 1939 tres casos, que conjuntamente con dos de épocas anteriores hacen un total de cinco, que son los que presenta el autor, comentando luego los 15 de la literatura mundial que ha encontrado publicados. En 13 sobre 19 casos el divertículo tenía coprolitos debiéndose probablemente a ellos la inflamación. Hace luego una clasificación de los divertículos en dos grupos: a) los verdaderos y b) los falsos. Llama verdaderos a los que tienen todas las capas del intestino, mucosa, submucosa, muscular y serosa y falsos cuando falta la muscular. De acuerdo con esta clasificación el divertículo que mostramos debería ser incluido en el grupo b de los falsos; no creemos que esta clasificación sea lógica, puesto que es natural que el divertículo tenga en el momento inicial de su evolución todas las capas intestinales y luego en un proceso ulterior de ulceración e inflamación, provocados por causas secundarias, en la mayoría de los casos y en el nuestro por la existencia de un coprolito, desgaste parte de las mismas, pudiendo llegar hasta la perforación *cubierta o no*, como lo hace notar de un modo indirecto nuestro autorizado anatómo-patólogo el Bller. Castro, al comparar histológicamente la lesión con la presentada por la úlcera callosa gástrica donde la pared muscular es destruída por el proceso inflamatorio. La evolución de 10 años o más, parece confirmar aun más esta hipótesis.

En el relato argentino se amplía aún más la erudición bibliográfica, eleva el número de casos conocidos a 31 incluido el relatado, siendo el primero el publicado por el Profesor Chutro en 1911 en la Revista de la Asociación Médica Argentina. Cita otra clasificación de divertículos cecales de Greensfelder y Hiller que lo dividen en primitivos y secundarios, los primeros obedecerían a la patogenia habitual de los divertículos primitivos del intestino grueso y los segundos serían post-operatorios, nuestro caso entraría en el grupo de los primeros.

Nuestro error en diagnosticar apendicitis es el producido en la gran mayoría de los casos citados, *nadie ha hecho el diag-*

*nóstico pre - operatorio*; pensando en su posibilidad y no prentándose como caso de urgencia, probablemente con la ayuda de la radiología se podría hacer el diagnóstico exacto, los otros diagnósticos que se han hecho han sido: anexitis, eventración, cáncer del ciego, tumor sin especificar, etc.

Nuestra actuación terapéutica fué la conclusión lógica del error de diagnóstico. 1º Como enfermo de urgencia afectado de apendicitis aguda: la intervención inmediata; 2º Dormido el enfermo, como plastrón inflamatorio de origen apendicular, lo que obligó a seguir el plan proyectado; 3º Abierto y con la lesión en la mano, de lesión tumoral, lesión tumoral que lo parecía aún más por la existencia de un coprolito encarcerado, lo que trajo como consecuencia obligada la resección amplia, facilitada por la extrema facilidad que nos brindó la anatomía del enfermo.

En descargo nuestro debemos decir que en los 29 casos citados, en 12 se realizó la resección ileocecal, en 12 se extirpó y suturó el divertículo, en 2 se invaginó, en 2 en que estaba perforado se suturó la perforación y en 1 se hizo sólo drenaje de la fosa ilíaca derecha. La mortalidad ha sido baja, en los 29 casos relatados Vernengo, 30 con el mío, ha habido un solo muerto y lo fué en un caso de resección ileocecal.

A pesar del buen resultado obtenido, creemos que la conducta terapéutica a seguir en un caso semejante, claro está dándonos cuenta de la naturaleza verdadera de la lesión, debe ser la extirpación en "block" del divertículo y de su base de implantación y cierre de la pared intestinal en 2 ó 3 planos; la amplitud del ciego lo permite sin riesgos de inconvenientes futuros por estrechez o deformación.

Presentamos la pieza operatoria y su fotografía, lamentando que por haberla cortado nosotros mismos, y por haber sido puesta al principio en formol no ofrezca la nitidez deseada.