

REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Año XXX	SAN JOSE, COSTA RICA Número 351 AGOSTO DE 1963	Tomo XX
---------	--	---------

“Diverticulitis del Colon”

Por

Dr. Arnoldo Fernández Soto*

Dr. Juan Jaramillo Antillón**

Con gran frecuencia, a la hora de hacer el diagnóstico diferencial de las enfermedades del intestino grueso, es pasado por alto el padecimiento conocido con el nombre de Diverticulitis del Colon. Si observamos diversas estadísticas en las cuales se afirma, que la Diverticulosis (su precursora), tiene una frecuencia que fluctúa entre el 5% y el 15% en las personas adultas aparentemente sanas; lógico es pensar, que su complicación llamada diverticulitis, deberá ser tomada en cuenta siempre que exista una afección del Colon. Adquiere este cuadro mayor importancia, si se trata de diferenciar del Carcinoma del intestino grueso, en el cual, al igual que en la diverticulitis, la localización más frecuente es en las porciones terminales del mismo órgano, y que, en ambas entidades su incidencia es mayor en personas de más de 50 años.

No escapará al lector la importancia que tiene el valorizar ponderadamente un cuadro en el cual pudiera existir la duda en decidir si se trata de una u otra enfermedad, no sólo por la terapéutica a emplear en cada caso, sino especialmente por el pronóstico tan diferente de ambas.

Hasta no hace mucho tiempo, las diverticulitis no complicadas, se habían venido considerando como tributarias del tratamiento médico conservador, quedando del dominio de la cirugía, solamente sus complicaciones o sea; perforación, obstrucción, hemorragia y fístulas a órganos vecinos.

La tendencia actual, es la de intervenir un mayor número de casos no complicados, pero que se pueden clasificar como refrac-

* Jefe de Clínica del Servicio de Cirugía A. del Hospital Central del Seguro Social.

** Del Servicio de Cirugía A.

tarios a tratamiento médico; o bien que la presentación de la enfermedad antes de los 45 años y su forma de evolución hagan suponer la posibilidad de complicaciones graves a posteriori. Otra indicación operatoria sería desde luego la imposibilidad de poder efectuar un diagnóstico diferencial entre la Diverticulitis y el Cáncer, confusión esta bastante frecuente inclusive en el acto operatorio mismo.

MATERIAL Y METODOS:

El presente trabajo tiene por objeto, dar a conocer dos casos de Diverticulitis con fístula Sigmoido-Vesical, que hemos tenido oportunidad de tratar quirúrgicamente. En uno de ellos, la presencia de un defecto de llenado en el Sigmoides, y una biopsia de vejiga urinaria inclinaron el diagnóstico, al principio, hacia un posible Cáncer. En el otro caso no hubo, dado el cuadro clínico, duda diagnóstica. Ambos pacientes eran del sexo masculino de 50 años de edad uno y de 69 años el otro. Una intervención quirúrgica fue practicada en el Hospital Central del Seguro Social, y la otra en el Hospital San Juan de Dios.

En los dos casos, el tratamiento quirúrgico se efectuó en varios tiempos operatorios, por creer nosotros, que este método es el que mejores resultados rinde en este tipo de lesión.

También se hace al principio de este trabajo, un breve estudio sobre Diverticulitis Colon-Sigmoidea, enfocando en él sus características etiopatogénicas, su cuadro clínico, su diagnóstico y su terapéutica.

CONSIDERACIONES GENERALES:

Los divertículos del Colon, son saculaciones mucosas que se proyectan de la luz intestinal a través de la pared del intestino, son en realidad, hernias anormales de la mucosa a través de la capa muscular y que originan en el intestino esas pequeñas proyecciones saculares. Son más comunes de lo que se cree. Barboka y Texter (1) en 1954 establecieron que según su experiencia, del 5% al 10% de todas las personas adultas tienen diverticulosis y que en ellos del 15% al 20% desarrollan diverticulitis en el curso de su vida. En 1963 esto ha sido nuevamente corroborado según los estudio de H. Patrick (27).

Bheringer estableció en 1956, que 2/3 partes de las personas de edad promedio de 85 años tienen diverticulosis y de ese

grupo, un tercio diverticulitis. Para otros autores la frecuencia de la diverticulosis fluctúa del 5% al 15% aumentando a partir de los 50 años, no sólo un número sino en tamaño de los divertículos; antes de los 40 años, es sumamente raro encontrarlos.

Cuando existen los divertículos sin presentar inflamación o complicación, al trastorno se le llama Diverticulosis, pero si se presenta inflamación lo suficiente para producir síntomas o manifestaciones de espasmos localizados del colon, se conoce por el nombre de Diverticulitis.

Boles y Jordan (19) estudiaron un grupo de 294 pacientes con diverticulosis, y en un período de 10 a 17 años, 73 de esos pacientes desarrollaron diverticulitis (25%).

Así pues, en un 20% o más de los casos, se presenta la inflamación, que puede ser aguda o crónica. se ve más a menudo en el hombre (2) y se observa además elevación constante en la frecuencia de la diverticulitis en relación con la mayor edad del paciente; o sea, a mayor edad, más posibilidad de diverticulitis (4).

La diverticulitis es rara en recto y ciego, y tiene en cambio predilección por el asa sigmoidea entre las tenias mesocólica y antimesentéricas, le siguen aunque en proporción mucho menor, el colon descendente y luego el ascendente, en el resto el porcentaje es ínfimo.

ETIOPATOGENIA Y ANATOMIA PATOLOGICA

La verdadera causa de la formación de los divertículos es desconocida. No se está de acuerdo actualmente sobre el modo de producción de los divertículos y el papel preponderante que algunos, tendría la obesidad, una ocupación sedentaria y la constipación. Parece ser que los divertículo se presentan en las zonas en que la pared intestinal queda debilitada, donde penetran los vasos sanguíneos que van desde el mesenterio a la pared intestinal. Se supone que esta debilidad intrínseca del intestino va acompañada de aumento de la presión intracólica con producción de divertículos. La predilección de la enfermedad por el asa sigmoidea, la explican algunos por el hecho de ser mucho más duras las heces en esa región del intestino, también puede contribuir a ello la curvatura anatómica de la porción sigmoidea. Además en esta región, el espasmo es frecuente, sobre todo durante la defecación, cosa que no ocurre en el ciego ni en el ascendente.

Probablemente ningún factor aislado los produce sistemáticamente, pero lo más notable de su patogenia guarda relación con la debilidad intrínseca de la pared intestinal, que junto con el aumento de presión intracólica, la tracción del intestino por el mesenterio y algún factor constitucional o de ambiente pueden explicar el trastorno.

Parece evidente que la diverticulosis es enfermedad degenerativa, prueba de esto es que, aparece rara vez antes de los 40 años de edad y a medida que esta aumenta va siendo más común. En general los divertículos son múltiples y pertenecen a la variedad falsa, conteniendo sólo mucosa y serosa de origen adquirido y cuando alcanzan su pleno desarrollo, son bolsas esféricas unidas a la luz del intestino por cuellos estrechos, la porción esférica consta casi absolutamente de serosa y mucosa con pocos elementos musculares. Sin embargo llegan a encontrarse ocasionalmente divertículos reales que contienen todas las capas de la pared intestinal.

La diverticulosis del colon no motiva síntomas y no deben amputársele trastornos abdominales. Si aparecen éstos sin haber diverticulitis, se deberán a la coexistencia de un colon irritable. Así pues sólo aparecerán trastornos cuando exista cierto grado de diverticulitis, en principio los síntomas son causados por espasmos y cambios inflamatorios, la severidad de los síntomas depende del grado de desarrollo y localización del proceso inflamatorio.

Los síntomas de la diverticulitis obedecen a inflamación del divertículo cuando el cuello de éste es ocluido por edema o un fecalito y a obstrucción del colon por reacción inflamatoria y formación de tejido cicatricial.

A consecuencia de la falta de capa muscular, se considera que el divertículo no puede vaciarse por sí solo y por lo tanto, está predispuesto para desarrollar un proceso inflamatorio. El contenido del divertículo se solidifica y origina ulceraciones de la mucosa con infección secundaria. El cuello del saco, que constituye la parte más estrecha se constriñe por edema e hiperemia o un fecalito, y la imposibilidad de vaciarse tiene por consecuencia un proceso patológico muy similar al que se observa en la inflamación obstructiva del apéndice (3); ya que el éstasis fomenta la multiplicación de bacterias y la infección de los tejidos circundantes a consecuencia de los cuales, las paredes del divertículo, la musculatura cercana del colon y la adyacente grasa serosa participan en una reacción inflamatoria. Mientras el cue-

llo del divertículo sea ancho y permita entrar y salir el contenido cólico, será rara la inflamación. Si por el contrario, el cuello se estrecha, sobreviene la obstrucción, el éstasis y la inflamación. (25).

CUADRO CLINICO Y COMPLICACIONES

Como se señaló, la severidad de los síntomas depende del grado de desarrollo y localización del proceso inflamatorio y de la naturaleza de cualquier complicación eventual. En la mayoría de los casos, la precipitación de la diverticulitis aguda no puede ser determinada, la fatiga, la tensión nerviosa sostenida, excesos alcohólicos, indiscreciones dietéticas, infecciones respiratorias altas etc., pueden preceder al ataque.

Los síntomas más importantes de la diverticulitis aguda son: EL DOLOR, que se presenta en la parte baja del abdomen, generalmente localizado en el cuadrante inferior izquierdo, (por ser ahí mayor la frecuencia de diverticulitis) y cuya intensidad depende del grado de espasmo e inflamación y del desarrollo de complicaciones como ya se dijo. Se acompaña generalmente de signos de irritación peritoneal, defensa muscular, fiebre, rebote positivo, leucocitosis, náuseas, vómitos, etc. La diverticulitis del sigmoideas es llamada por eso apendicitis del lado izquierdo. Las alteraciones del ritmo de evacuación intestinal comprenden, crisis o alternancias de períodos de estreñimiento y diarrea; los episodios de diarrea si van sobre todo acompañados de dolor y sensibilidad en el lado izquierdo y parte baja del abdomen, hacen sospechar diverticulitis.

El dolor en forma de retortijón, se alivia expulsando gases o evacuando las heces, es síntoma precoz que sugiere obstrucción intestinal moderada.

En un tercio de los pacientes, hay una masa palpable y dolorosa ya sea abdominal o a través del tacto rectal. El abdomen generalmente está distendido y timpánico.

En cambio los divertículos inflamados del ciego y colon ascendente, pueden simular una apendicitis aguda. Tan frecuente es esto, que Wagner y Zollinger (20) en un total de 318 pacientes revisados por ellos y con edad promedio de 41 años, señalan que el diagnóstico de apendicitis aguda fue el propuesto en el 80% de los casos, y solamente en 5% de ellos fue correcto el diagnóstico preoperatorio. Myers y otros (22) señalan que dada

la gran semejanza de este cuadro con la apendicitis aguda, existen pequeñas diferencias que se deberán tomar en cuenta para su diagnóstico correcto. En la diverticulitis el paciente usualmente es viejo y la duración de los síntomas anteriores a la intervención han sido prolongados (crónicos), las náuseas y vómitos no son tan frecuentes como en la apendicitis. Por tal motivo creemos, que si al efectuar una laparotomía por apendicitis (en adultos especialmente) y no encontrar inflamado el apéndice, se deberán explorar cuidadosamente el ciego y el ascendente por si hubiera diverticulitis.

Posteriormente esta reacción inflamatoria de la diverticulitis aguda puede tomar uno de varios cursos (3).

- a) El proceso permanece localizado y desaparece espontáneamente a los pocos días, con o sin tratamiento médico.
- b) El divertículo afectado puede aunque raramente, evolucionar hasta la perforación aguda conduciendo a peritonitis localizada o generalizada.
- c) Mucho más frecuente, prodúcese una perforación crónica con peridiverticulitis o un absceso peridiverticular.
- d) Los abscesos pueden posteriormente perforarse: 1) A el intestino, provocando la evacuación rectal de pus; 2) En la vejiga urinaria, provocando la formación de fistulas sigmoideo-vesicales. 3) En los tejidos vecinos y tabicarse; 4) En el suelo de la pelvis simulando un absceso isquiorrectal o una fistula del ano; 5) a la piel; 6) a la uretra, 7) a tejidos retroperitoneales, etc.
- e) La cicatrización incompleta o las recurrencias repetidas de la diverticulitis aguda pueden culminar en un proceso crónico que vuelve espeso el intestino, por desarrollarse una intensa hiperplasia inflamatoria con obstrucción intestinal parcial o intermitente relacionada con adherencias. Más tarde, en algunos casos la diverticulitis crónica puede producir obstrucción intestinal completa o fistulas vesico-sigmoideas.
- f) Sangrar, provocando hemorragias de pequeña, mediana o gran intensidad, con su anemia secundaria.

La perforación y la fistula son dos de las más graves complicaciones de la diverticulitis. Peridiverticulitis con formación de

absceso localizado o peritonitis generalizada, se presentan, cuando esta perforación ocurre. Petterson (12) señala, que la infección del colon pélvico es bastante bien tolerada por los pacientes.

Morton (13) reportó 39 perforaciones en 111 casos de diverticulitis, 3 dieron una peritonitis localizada, y los otros 36 formaron abscesos localizados. Fístula se desarrolló en 28 casos, 11 a la piel, 8 a la vejiga, 2 a la uretra, 2 al intestino delgado, una al ciego, 2 al recto, una a los tejidos retroperitoneales y otra al mesocolón. Staunton (21) de un total de 84 casos de diverticulitis estudiados por él, 14 casos (16%) presentaron perforación, la mayoría ocurrieron entre los 45 y 54 años. 6 de los pacientes tenían historia sugestiva de previos ataques de diverticulitis.

Mayo y Blunt (14) reportaron una incidencia de fístula Vesico-sigmoideas de 22.8% o sea 46 casos de 202 pacientes con diverticulitis del colon. 30 masculinos y 7 femeninos.

Son mucho más frecuentes en el varón que en la mujer, a causa de la barrera protectora que suele formar el útero, al interponerse entre la vejiga y el sigmoideas. (8)

Signos de irritabilidad vesical, eliminación de heces y aire por uretra al orinar, son casi podríamos decir, patognomónicos de fístula vésico-sigmoideas, pudiendo ser diagnosticadas por Colon por enema a los Rx, o por cistoscopia.

Además de la expulsión de gases por uretra, suele haber, dolor suprapúbico o perineal heces y pus en la orina y hematuria.

Para Boles y Jordan (19), este tipo de complicación ocurrió en el 5% de los casos estudiados por ellos.

Thorek (25) indica, que la causa más frecuentes de fístula vesico-sigmoidea, es la diverticulitis del colon sigmoideo.

HEMORRAGIA

La incidencia de hemorragia en la diverticulitis varía, entre 15% al 25%. Sin embargo no suelen ser abundantes ni persistentes (8).

Smithick (7) reportó hemorragias en 15.7% de 56 casos de diverticulitis vistos en el Masachusett General Hospital. Young y Young (9) estimaron el sangrado entre el 1% al 17%. Judd y Mears (10) dan cifras de 8.5% en una serie de 6,8 casos.

Knight (11) reportó 12,4% de hemorragias en 185 pacientes. Solamente en uno hubo hemorragia masiva, y en este caso, después de efectuar una sigmoidoscopia.

OBSTRUCCION:

La obstrucción del colon como complicación no es rara, y resulta de ataques recidivantes de diverticulitis aguda que reducen la luz del intestino, por espesarse este y desarrollarse una intensa hiperplasia inflamatoria, generalmente producen una obstrucción crónica de progresión lenta que rara vez llega a ser total. Es muy difícil de distinguir de la obstrucción por carcinoma, aunque generalmente estos no tienen la larga historia de síntomas de diverticulitis.

Hickey (15) opina que la obstrucción, es la más común complicación de la diverticulitis cuando han habido múltiples ataques, que es de forma generalmente crónica y que ocurre por edema, induración, fibrosis y estrechamiento de la luz, aparte de adherencias que envuelven al intestino y provocan angulaciones.

Cuando sólo ha habido un ataque de diverticulitis la obstrucción es rara. Los retortijones y el meteorismo que se alivian expulsando gases o evacuando heces son síntomas precoces, y sugieren obstrucción intestinal moderada.

CANCER Y DIVERTICULITIS

Es muy importante señalar que existe gran dificultad para diferenciar la diverticulitis de el Cáncer, tanto clínico como radiológicamente, pues ambos pueden dar síntomas y signos semejantes. Boles y Jordan tuvieron 15 pacientes (5%) de 294 pacientes con diverticulitis, que tenían cáncer del colon.

Rankin y Brown en una revisión de 227 casos, solamente en 4 de ellos se encontró Cáncer asociado a la diverticulitis.

Barboka y Texter indican, que la coexistencia de Carcinoma del colon y diverticulitis, es relativamente rara. Es el siguiente capítulo se ampliarán más estos conceptos.

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico se establece tomando en cuenta todas las características clínicas señaladas anteriormente como son, dolores tipo retortijón recurrentes localizados a región inferior del abdo-

men, generalmente a la izquierda, dolor e hipersensibilidad a la palpación si se ha formado una fistula vesicosigmoidea, habrá eliminación de aire por orina, lo mismo de heces, etc. La palpación abdominal y el tacto rectal revelarán en ciertos casos la presencia de una masa en el sigmoideas. Estos y otros datos ya enumerados, contribuyen a efectuar el diagnóstico, sin embargo la confirmación de éste solamente se logrará establecer con la ayuda de la radioscopia, y la endoscopia.

Un enema de bario en colon, podrá generalmente mostrar la diverticulitis, sin embargo inclusiva la diferenciación por radiología entre carcinoma y diverticulitis obstructiva suele ser difícil.

R. Schatzky (5) señala, que la diferenciación entre las características radiológicas que corresponden la diverticulitis y al Cáncer del asa sigmoidea son:

- a) En la diverticulitis, es típica la presencia de divertículos. (los divertículos eluden a veces las técnicas radiográficas más meticulosas, si están repletos de heces o moco espeso que impide la penetración de bario (25). Es por esto que consideración que se deberá hacer también un colón por vía oral (tránsito gastrointestinal), ya que a veces por este medio se logran visualizar los divertículos pues se llenan más lentamente con el medio de contraste.
- b) El segmento de colon invadido en la diverticulitis suele ser largo, en el carcinoma corto.
- c) La mucosa a dicho nivel suele ser normal en el primer caso y estar destruida en el Carcinoma.
- d) El colon vecino de la diverticulitis está espasmodizado, mientras que es normal en el Cáncer.
- e) El extremo de la lesión tiene forma cónica en la primera enfermedad y aspecto de anaquel en la segunda.
- f) En la diverticulitis aparte de la demostración roentgenológica de divertículos, hay distorsión de los pliegues de la mucosa y extensa deformación irregular del contorno del intestino. (4).

En series radiológicas repetidas, se observará en un espacio de tiempo, crecimiento de la lesión, lo que sería sospechoso de carcinoma.

También es sorprendente el hecho, de que en la diverticulitis, el examen radiológico demuestra una estenosis del intestino casi oclusiva, en pacientes que conservan una buena función del colon.

PROCTOSCOPIA:

Es un buen método para el diagnóstico diferencial de la diverticulitis, y por sigmoidoscopia se puede demostrar la presencia de divertículos, aunque muy bien puede no proporcionar orientación clara. Los siguientes son 6 signos enfatizados por Buie (6), para el diagnóstico de la diverticulitis.

- a) Relativa inmovilidad del intestino en un segmento, que normalmente es de libre movimiento.
- b) Angulación del calibre del sigmoides.
- c) calibre reducido.
- d) saculaciones sigmoidales distinguidas de la contracción espástica del intestino que no desaparecen con la inflación.
- e) visualización de los divertículos.

Un dato de nuestra experiencia y que creemos de interés es, que hay un signo que a veces hemos encontrado, y es la rigidez y aplanamiento de los pliegues mucosos del sigmoides que tienen divertículos

Desde luego, muchos casos son atípicos y por lo tanto, imposible la diferenciación. Así, en el 25% de los casos operados por diverticulitis, se sospecha cáncer. Antes de la operación o incluso durante la misma, sin que pueda excluirse hasta el Anatómopatólogo estudia la pieza. Se sobreentiende por lo tanto, que el diagnóstico de diverticulitis exige el máximo cuidado.

Así por ejemplo si radiológica y sigmoidoscópicamente, no se pudieran diferenciar; clínicamente, la caquexia y el sangrado rectal son más frecuentes en el carcinoma. Fiebre y constipación y síntomas urinarios, son más frecuentes en la diverticulitis. También la asociación de anemia y sangrado rectal con caquexia y obstrucción son más sugestivos de carcinoma, y en cambio, la evidencia de inflamación, masa palpable y formación de fistulas son más frecuentes en la diverticulitis.

Ocasionalmente, a los Rx se ven lesiones del tipo de la diverticulitis coexistiendo con otras sugestivas de Ca, que hacen dudar de si será Carcinoma coexistiendo con diverticulitis o simple diverticulitis. En este caso será necesario por supuesto la laparatomía exploradora.

En casos de fistulas vesicosigmoideas, se deberá recurrir a la proctoscopia, el colon por enema y a la cistoscopia, para el diagnóstico correcto de ella.

Así por ejemplo, Mayo (14) señaló que en 46 casos de fistula vesicosigmoideas estudiados, la Proctoscopia y la sigmoidoscopia, solamente reveló la presencia de fistula en 3 de 38 pacientes. El enema de bario reveló la fistula en 9 de 45 pacientes y la Cistoscopia señaló la presencia del trayecto fistuloso en vejiga en 28 de 33 pacientes. De aquí la importancia que tiene la Cistoscopia para el diagnóstico de este tipo de lesión.

TRATAMIENTO:

La diverticulosis no requiere tratamiento, excepto que si coexiste con un colon irritable, se deberá corregir éste.

La diverticulitis suele aliviarse en sus fases agudas con tratamiento de tipo médico conservador consistente en; reposo en cama, aplicación de calor al abdomen (fomentos calientes - cojín eléctrico) antibióticos, antiespasmódicos, sedantes, dietas blandas y suaves. puede darse aceite mineral en dosis de 60 cc. al día. Las fases de mayor agudeza requieren restricción alimenticia total, con alimentación parenteral. En caso de sangrado o anemia se transfunde sangre. Si tales episodios agudos de la diverticulitis se presentan esporádicamente con largos intervalos sin manifestaciones molestas, los pacientes suelen preferir continuar con dicha terapéutica conservadora.

El pronóstico para los pacientes con diverticulitis no complicada es bueno, y por muchos años se mantienen asintomáticos más del 45%, generalmente el 25% de los pacientes tienen múltiples ataques (19).

Si se repiten los ataques agudos con gran frecuencia e intensidad o existen molestias permanentes que no se logran aliviar con el tratamiento conservador, será necesario la intervención quirúrgica. Waugh y Waltz (18) señalan, que un 20% de los pacientes con diverticulitis requieren tratamiento quirúrgico.

Las complicaciones de la diverticulitis como: la perforación con peritonitis difusa o localizada, abscesos^o fistulas (especialmente las vésicosigmoideas), las obstrucciones crónicas intensas, la duda diagnóstica entre apendicitis o diverticulitis derecha o cáncer del colon derecho o izquierdo y la diverticulitis, requerirán *tratamiento quirúrgico*. En reducido número de casos de hemorragia, esta pudiera llegar a ser tan abundante, que constituya una indicación para la intervención quirúrgica; o si bien la hemorragia no es abundante en cantidad, pero a pesar de las medidas conservadoras ésta continúa llevando al paciente a la anemia, se impondrá laparatomía.

Además la experiencia ha demostrado, que también pueden requerir tratamiento quirúrgico por diverticulitis, otro grupo de pacientes, los que constituyen el grupo de enfermos jóvenes y en quienes se diagnostica la enfermedad, que entonces suele tener virulencia particular (26). Los que presentan deformidad grave persistente apreciable a los Rx, en los cuales más que espasmo, hay lesiones orgánicas. Pacientes con persistencia de una masa palpable en abdomen bajo cuya malignidad no puede ser excluida.

Obstrucciones subagudas, pacientes con cuadros de perforación que respondieron temporalmente a antibióticos y tratamiento conservador, deberán posteriormente ser intervenidos. Los que junto con la diverticulitis tengan síntomas urinarios, sobre todo si son varones por la posibilidad de establecerse una fistula vesocostigmoidea. S. Creus (23) sugiere que la cirugía debería ser empleada en estos pacientes para prevenir la formación de estas fistulas, lo mismo opinan Reichmn & Watkis (26).

En realidad la única cura verdadera para la diverticulitis es la resección de la parte afectada del colon. El tratamiento quirúrgico tiene como objeto extirpar toda la porción de colon afectada, y establecer la *continuidad intestinal*. En muchos casos, suele conseguirse en un solo tiempo.

Las perforaciones con fistula o las obstrucciones, obligarían a *efectuar la colostomía como primer tiempo, seguida más tarde de resección y anastomosis*. Después se haría un tercer tiempo en que se cerrará la abertura original de la colostomía. H. L. Patrick (27) señala que no debe ser empleada la resección en un solo tiempo como procedimiento de rutina, y que en enfermos que requieran operaciones urgentes o en casos de procesos inflamatorios agudos o externos, la operación en varios tiempos sigue siendo el procedimiento de elección.

Waugh y Waltz (18) son partidarios de efectuar la resección en una sola etapa de ser posible, ya que según ellos, reduce la mortalidad y disminuye la prolongada estadía en el hospital y las pérdidas económicas para el paciente o la institución. Ellos efectuaron resección en una sola etapa en 93 casos de diverticulitis del colon-sigmoideo, que incluyan, resección electiva en jóvenes, síntomas urinarios persistentes en pacientes con diverticulitis, fistula entre sigmoides y otros órganos, diverticulitis intractable médicamente, con episodios recurrentes de diverticulitis, obstrucción aguda, melena inexplicable con evidencia radiológica de diverticulitis.

En casos de perforación pequeña y localizada reciente se deberá hacer resección inmediata del sigmoides, sin embargo si se encuentra la zona afectada muy edematosa y llena de adherencias, es mejor efectuarla en tres tiempos. Son mejor tratados los jóvenes sin complicaciones en un solo tiempo operatorio, que los viejos con complicaciones en tres. La resección del intestino grueso deberá hacerse más allá del área de la inflamación en una zona sana totalmente, las anastomosis nunca deberá ser hecha en un divertículo (dentro). No hay unanimidad sobre el tamaño actual del intestino que deberá ser removido, puede variar de a 50 cm o más si fuera necesario.

Wagner y Zollinger (20), en pacientes con diverticulitis del colon ascendente y ciego 318 casos, cifra bastante crecida, indican que la operación efectuada en estos casos varió mucho: Inversión del divertículo en 46% de los casos, Colectomía derecha 25%, y en el resto extirpación simple con cierre. Mortalidad de 3%. A propósito de esto, Myers y Shearburn (22) dicen que, teóricamente el tratamiento quirúrgico del divertículo con sutura en bolsa o extirpación local y cierre de la abertura del intestino, pero que sin embargo, la hemicolectomía derecha es necesaria hacerla por la dificultad de poder diferenciar entre proceso inflamatorio benigno o maligno.

Rodkey y Welchs (16) después de hecha la resección en 218 pacientes, sugirieron un 2,7% de índice de recurrencias. Bacon y Berkley (17) en 112 pacientes cuyo curso fue seguido después de la operación, señalan 5 casos (5,5%) en que posteriormente aparecieron síntomas de recurrencia del padecimiento. Los pacientes sometidos al tratamiento quirúrgico a quienes se les practicara resección amplia, casi siempre quedan libres de síntomas, aunque se establecen más adelante otros divertículos en el resto del colon.

Leigh, Judd y Waugh (24), señalan que la diverticulosis posterior a la operación, no causa síntomas subsecuentes, en atención a la validez de esto, estudiaron la incidencia de diverticulitis recurrente después de 5 años de hecha la resección del sigmoides y Colon por diverticulitis en 65 pacientes, en los cuales la porción próxima que se conservó del colon contenía divertículos no inflamados al mismo tiempo que la diverticulitis en el segmento extirpado. Pasado ese tiempo 53 pacientes, estaban asintomáticos, cinco pacientes presentaban síntomas vagos abdominales pero no justificaron por escasos, el diagnóstico de diverticulitis. De 5 pacientes que desarrollaron diverticulitis, 3 respondieron al tratamiento médicos y dos requirieron operación secundaria, dos casos presentaron fístula persistentes posteriores a la primera intervención. Este estudio confirma la impresión de que extirpar todos los divertículos presentes en el colon no es siempre necesario para obtener satisfactorios resultados. Las recurrencias severas se desarrollaron en grupos de gentes jóvenes, esto talvez indica la necesidad de extender más la resección en ellos.

PRESENTACION DE DOS CASOS

Caso N° 1.—R. M. S. masculino, 30 años de edad, operado en el H. C. del S. S.

Antecedentes familiares, personales patológicos y no patológicos; sin importancia para el padecimiento actual.

Padecimiento actual: Se inicia hace 4 años, con dolor de poca intensidad localizado a la fosa ilíaca izquierda e hipogastrio, de tipo cólico, que se acompañó de diarrea con moco pero sin sangre, había además tenesmo., tanto la diarrea como la expulsión de gases por el ano, calmaban momentáneamente el dolor. Este período inicial de su padecimiento le duró pocos días, y la misma sintomatología le volvió a aparecer 8 meses después, pero agregándose fiebre de mediana intensidad y ya el dolor no se calmaba con la evacuación ni con la expulsión de gases por el ano. La repetición de esta sintomatología se hizo cada vez más frecuente y desde hace 6 meses, las molestias son prácticamente continuas, agregándose meteorismo de difícil canalización rectal y notando la reducción en el calibre de sus heces. Hace 4 meses comenzó a presentar además, poliaquiuria más acentuada durante la defecación. Desde hace dos meses, nota expulsión de gases y materias fecales por la uretra. Exploración física: Paciente, íntegro normal lúcido, buen estado general. TA-130/80. pulso 70, temperatura 37°C. No se encontraron datos patológicos

en cráneo, cuello y tórax. En abdomen, se despertaba dolor a presión en la Fosa iliaca izquierda y en hipogastrio. No se aprecian masas palpables. Por el tacto rectal, se reconoce sensación de masas altas, pero sin poderse precisar caracteres.

Laboratorio y Gabinete: VDRL, no reactiva. ORINA: albúmina cuatro cruces, mucho pus y tres glóbulos rojos por campo (*existían materiales fecales en esta muestra de orina*).

Hb 12, 7gm%. Eritrocitos $4\frac{1}{2}$ millones por mm³. Leucocitos 6 mil, diferencia normal.

Estudio radiológico del colon por enema demostró: Existencia de numerosos divertículos en el asa sigmoidea, así como defecto de llenado en esta misma asa que mide aproximadamente 5 cm de extensión, no anular y notándose fluoroscópicamente fijez del órgano.

Proctosigmoidoscopia: Se exploraron 22 cm. de mucosa rectal, hasta un punto localizado a esta distancia, en el que existía una angulación imposible de vencer, toda la mucosa explorada, tenía caracteres normales.

Cistoscopia: En la pared posterior e inferior de la vejiga, entre las nueve y las tres de acuerdo con la carátula del reloj, se aprecian dos formaciones crateriformes, con múltiples vesículas que en algunas partes tienen el aspecto de proliferaciones como coliflor, con gran zona de infiltración a su alrededor, con alguna tendencia a sangrar. Estas dos zonas, según la impresión cistoscópica parecen corresponder a un proceso tumoral de origen extravesical. La biopsia obtenida por el cistoscopista fue reportada por el patólogo en la siguiente forma: Hay varios pequeños brotes superficiales derivados del epitelio cervical que inician la invasión del corión como elementos independientes. Diagnóstico: Carcinoma que penetra escasamente el corión. Sin embargo el patólogo expresó dudas sobre la seguridad de dicho diagnóstico, ante esta circunstancia y pensando que se trataba probablemente de una diverticulitis del sigmoide con fistula a vejiga urinaria se decidió intervenir al paciente. Encontrándonos que la lesión tenía aspecto macroscópico de tipo más bien benigno, por lo que se le hizo una colostomía del transverso como primer tiempo operatorio. 8 semanas después se hizo el segundo tiempo, resecando 15 cm. de sigmoide en el que se incluía la lesión. Para entonces se encontró que el trayecto fistuloso sigmoideo vesical se había prácticamente obliterado, habiendo desaparecido en el enfermo las manifestaciones urinarias y los exámenes eran nor-

males. El reporte anatomopatológico de la pieza resecada concluyó que realmente se trataba de diverticulitis con fístula urinaria. Posteriormente 6 semanas después se hizo el tercer tiempo operatorio, cerrando la colostomía y obteniendo así la continuidad del intestino, (este último tiempo se hizo posterior a un control radiológico de la porción distal del colon. Un nuevo control cistoscópico hecho dos semanas después fue totalmente negativo a lesiones, y no se encontraron las descritas en el primer estudio.

El paciente tiene actualmente 7 años de operado y en los controles hechos, no se ha evidenciado ni clínica, ni radiológicamente datos de diverticulitis.

Caso N° 2.—R. P. M. Hospital San Juan de Dios. Masculino, 69 años de edad.

Antecedentes familiares y personales patológicos y no patológicos; sin importancia excepto por diabetes desde hace 11 años.

Padecimiento actual: desde hace varias meses, viene sufriendo de polaquiuria, nicturia y disuria, con la aparición últimamente de expulsión de gases y materias fecales por la uretra al orinar. Estreñimiento moderado que corrige con laxantes, no relata sangre en heces. Exploración Física: Lúcido, íntegro, normal, buen estado general. PA-140/70, P-80, temp. 36.8° C. Cráneo, Tórax y extremidades sin datos patológicos. Abdomen: blando, ligeramente doloroso en la fosa ilíaca izquierda, hoy por tacto rectal, hipertrofia prostática grado III (provoca ocasionalmente retención urinaria).

Laboratorio: Glicemia 182 mgs%. Nitrógeno Urea 15 mgs. Hb. 11,6 gms% Ht. 37. Glóbulos rojos: 3.600.000 mm³ Leucocitos 14.900 mm³ en banda, segmentados 70. E: linfocitos 11, monocitos 6.

Proctosigmoidoscopia: Dió resultados negativos. Colon por enema: señaló la existencia de numerosos divertículos en el colon sigmoideo y descendente, con fístula de este órgano a la vejiga urinaria. Pielograma Intravenoso: Se notó una discreta hidronefrosis derecha y un defecto de llenado vesicular de probable origen prostático. Cistoscopia: Capacidad vesicular normal, mucosa congestionada y más o menos a las 2 de acuerdo con la carátula del reloj, se aprecian unas formaciones crateriformes que tienen edema buloso, con algunas formaciones mamelonadas con tendencia a sangrar, toda esta zona está muy congestionada y

tiene aproximadamente el tamaño de un peso, el cuello deformado por la presencia de lóbulos laterales hipertrofiados. Diagnóstico: Parece tratarse de una perforación de sigmoideas a vejiga, que puede corresponder a una diverticulitis o a una tumoración. Al enfermo se le controló su diabetes y una vez que se consideró el caso en condiciones para cirugía previo control cardiológico, se le practicó el primer tiempo operatorio, consistente en colostomía del transverso a la derecha de la línea media. 2 meses después se le efectuó el segundo tiempo, consistente en resección de 15 cms. de sigmoideas en el cual se encontraban numerosos divertículos en proceso inflamatorio, uno de ellos perforado y fistulizado a vejiga urinaria. Una pequeña colección purulenta estaba presente alrededor del trayecto fistuloso y la fístula se había ya obliterado. Se practicó después de la resección, anastomosis término terminal. Tres semanas después, antes del cierre de la colostomía, un colon por enema mostró un correcto paso del bario a través de la anastomosis, dejando ver solamente un divertículo, se procedió entonces al cierre de la colostomía evolucionando posteriormente el paciente en forma satisfactoria.

En el curso de los dos años transcurridos después de la operación el paciente se ha manifestado asintomático.

BIBLIOGRAFIA

1. BARBOKA, C. J. and TEXTER, E. C.: Diverticulosis and Diverticulitis. *S. Clin. North America* 34:209-220. 1954.
2. SEYMOR J. GRAY.: Diverticulosis y Diverticulitis. *Medicina Interna Harrison*. II Tomo. pág. 1443. 1962.
3. SCHIFF LEON. Divertículos del Intestino Grueso. *Fisiopatología Clínica, Sódeman*. pág. 567. 1959.
4. PALMER L. WALTER.: Divertículos Intestinales. *Medicina Interna, Cecil & Loeb*. Octava edición. I tomo, pág. 735. 1953.
5. SCHATZKI, R.: The Roentgenologic Differential Diagnosis between Cancer and Diverticulitis of the Colon. 34: 651. 1940.
6. BUIE, L. A.: *Practical Proctology*. Edition 2. Springfield, Illinois, Charles C. Thomas. pág. 448 . 452. 1960.
7. SMITHWICK E. H.: Experiences with surgical management of diverticulitis of Sigmoid. *Ann. Surg.* 115:962 . 985. 1952.
8. WELCH E. CLAUDE. Diverticulosis y Diverticulitis. *Tratado de Patología Quirúrgica*. Christopher. Tomo I. Sexta edición. pag. 651. 1958.
9. YOUNG E. L. Diverticulitis of Colon Review of literature and analysis of 91 cases. *New England J. Med.* 230: 33 . 38. 1944.
10. JUDD E. S. and MERAS T. W. Diverticulitis. Progress toward wider application of single stage resection. *A. M. A. Arch. Sur.* 70:818 . 825. 1955.
11. KNIGHT C. D. Massive hemorrhage from diverticular diseases of the colon. *Survey* 42: 853 . 861. 1957.
12. PATTERSON H. A. The Management of the complication of diverticulitis of the colon. *S. Clin. North America*. 35: 451 . 462. 1955.
13. MORTON J. J. Diverticulitis of the Colon. *Ann. Surgery*. 124: 725 745. 1964.
14. MAYO C. W. and BLUNT C. P. The Surgical Management of the complications of diverticulitis of the large intestine. *Clin. North America*. 30: 1005 . 1012. 1950.
15. HICKEY R. C. Massive Colonics Bleeding secondary to diverticulitis. *Gastroenterology* 26. 754 . 757. 1954.
16. RODKEY G. V. and WELCH C. E. Diverticulitis and Diverticulosis of the Colon. *Diseases of the Colon and Anorectum*. Philadelphia. W. B. Saunders Company, pág. 633. 1959.
17. BACON H. E. and BERKLEY J. L. Surgical Management of Diverticulitis of the Colon with particular Reference to Rehabilitation. *A. M. A. Arch. Surg.* 86: 646. April. 1960.
18. WAUGH M. and ALEXANDER J. WALTZ. Current Trends in the Surgical Treatment of Diverticulitis of the Sigmoid Colon. *The Surgical Clinics of North America*. Vol. 42, N° 5. October. pág. 1267. 1962.
19. JORDAN M. S. and BOLES S. R. Diverticulitis, *Modern Medical Monographs*. Grune & Stratton. 1960.
20. WAGNER D. E. and ZOLLINGER E. W. Diverticulitis of the Cecum and Ascending Colon. *Arch. Surg.* 83: 436. (sept). 1961.
21. STAUNTON M. D. Treatment of Perforated Diverticulitis. *Gastroenterology*. December. Vol. 43. N° 6. Pág. 710. 1962.
22. MYERS N. RICHARD and E. W. SHEARBURN. Acute Diverticulitis of the Ascending Colon. *Colon and Rectum*. Vol 5 N° 5. pág. 384. Sept. Oct. 1962.
23. SITGES CREUS A. Vesico Sigmoidal Fistulas. *Gastroenterology*. Vol. 43. N° 2. pág. 241. August. 1962.
24. LEIGH J. E. and JUDD E. S. Diverticulitis of the Colon. (*Mayo Clinic*). *Amer. J. Surgery*. 103: 51. Jan. 1962.
25. THOREK P. Diverticulosis y Diverticulitis. *Diagnóstico Quirúrgico*. Edición Interamericana. Pág. 136. 1962.
26. REICHMAN H. R. and J. B. WATKINS. Diverticular Disease of the Colon. *J. A. M. A.* Vol. 182. N° 10. pág. 1023. December 8. 1962.
27. PATRICK L. H. Diverticulitis of the Sigmoid Flexure. *The Journal of the International College of Surgeons*. Vol. 39. N° 1. pág. 1 . 9 January. 1963.