

CORRELATO

Cuadros agudos de origen diverticular colónico

Dres. DANIEL MAUTONE * y MOISES SALGADO

Entendemos que el tema comprende el estudio de los síndromes debidos a la existencia y complicación de divertículos del colon, capaces de motivar urgencia quirúrgica.

Con respecto al *concepto general y clasificación de las colopatías diverticulares*, seguiremos los claros lineamientos que dejara el extinto Prof. Abel Chifflet (2), vigentes en el trabajo de Gutiérrez Blanco (4).

INTRODUCCION

Desde el punto de vista histórico, la cirugía electiva y planeada de las CC.DD. (colopatías diverticulares) es relativamente reciente. Estas afecciones se empezaron a conocer a través de sus gravísimas complicaciones, y es a partir de Smithwick, Pemberton, etc., que se establecen conductas quirúrgicas deliberadas para anticiparse a tales cuadros, frecuentemente fatales.

La cirugía diverticular de urgencia está gravada de una mortalidad de alrededor de 10 % o más (20), mientras que la electiva, en series numerosas no sobrepasa del 1 al 3 % (15, 16).

Esta apreciación conduce, en oportunidades, a la tendencia a tratar de convertir casos realmente emergentes en electivos, con pesimas consecuencias. Es necesario reconocer que hay un porcentaje de síndromes urgentes diverticulares en que no cabe esta tendencia bajo ningún concepto, y por el contrario debe también reconocerse que muchos síndromes agudos pueden ser juiciosamente encaminados a procedimientos electivos de bajo riesgo.

Creemos que es difícil adquirir solvencia en el delicado balance de "como encami-

nar al paciente diverticular agudo", pues muy pocos técnicos reciben una oferta suficiente de casos como para formar una experiencia personal válida (17).

DIVISION

Se agrupan y denominan los cuadros agudos, según sus rasgos clínicos predominantes. Distinguimos: I) *cuadros agudos del cuadrante inferior izquierdo*; II) *cuadros agudos del lado derecho del abdomen*; III) *peritonitis localizadas o abscesos*; IV) *peritonitis difusas*; V) *síndromes obstructivos*; VI) *proctorragias masivas de origen diverticular colónico*.

I) Cuadros agudos del cuadrante inferior izquierdo del abdomen de causa diverticular.

Constituyen la forma clínica más frecuente en que se presentan las CC.DD. El cuadro agudo se debe a la complicación inflamatoria aguda diverticular y a su repercusión a nivel visceral sigmoideo.

El sustrato anatomopatológico se denomina *pericolodiverticulitis* (PCD, en adelante) desde Graser (1899).

A esta afección se debería el 89 % de los ingresos hospitalarios en agudo (20). En su integración sintomática hay: dolor de instalación brusca o precedida por molestias en la FID; estado nauseoso o vómitos, síntomas rectales (tenesmo, pujos, gleras). Antecedentes de cuadros iguales o similares, o de estreñimiento, o alterancia con diarreas. Al examen se encuentra dolor a la palpación de la zona y resistencia muscular parietal. Temperatura elevada axilar y rectal. En ocasiones puede palparse masa dolorosa y hallarse al tacto rectal Douglas doloroso. Muy frecuente-

* Cirujano del Ministerio de Salud Pública. San Carlos, Maldonado, Uruguay.

mente el cuadro se acompaña de elementos suboclusivos. En general se trata de pacientes sin historia de adelgazamiento, y muchas veces excedidos de peso corporal (2).

Con estos datos, o varios de ellos, el clínico debe pensar que está frente a un empuje de sigmoiditis diverticular aguda y deberá tomar las siguientes medidas:

a) comenzar tratamiento médico; b) confirmar el diagnóstico positivo y evaluar la extensión y grado de las lesiones; c) descartar la patología neoplásica; d) planificar una terapéutica definitiva.

a) *Tratamiento médico.*—Antibióticos, calmantes, hielo, sonda nasogástrica, dieta, etcétera, son medidas bien conocidas. Este tipo de tratamiento se emplea siempre, desde que se le conoce efectivo. Previene la aparición de mayores complicaciones, da tiempo a estudiar el paciente y convierte, en general, el caso agudo en electivo.

b) *Confirmación del diagnóstico, extensión y grado de lesiones.*—El estudio radiológico es el elemento de certeza en la demostración de divertículos (DD, en adelante). Se emplea el colon por enema baritado y se obtienen imágenes de relleno y mucosografías. Este examen se solicita con las limitaciones que impone el síndrome de irritación peritoneal o cuando éste desaparece. Lo que no debe omitirse es la radiografía simple de abdomen, en busca de elementos de extensión (abscesos, oclusiones, perforaciones), que cambiarán totalmente las directivas del tratamiento.

La anorrectosigmoidoscopia, empleada con precauciones, informa principalmente sobre la indemnidad anorrectal. En el nivel sigmoideo no debe esperarse encontrar fácilmente orificios diverticulares ni aspectos patognomónicos, sino más bien, exclusión de lesiones asociadas. Se describe una zona de resistencia hipertónica, a nivel de la unión rectosigmoidea, de observación casi constante (2).

c) *Descartar la patología neoplásica.* En este sentido, valen: los antecedentes de menos de un año, el adelgazamiento, la percepción de masa poco dolorosa, la rápida progresión del cuadro a una oclusión completa, etc. La radiología y la endoscopia serán empleadas a fondo con objeto de descartar carcinoma, y aún así, quedará un remanente de casos en duda, con los

que se planificará una conducta reseccionista en breve plazo.

d) *Planificar una terapéutica definitiva.* Se determinará cuidadosamente el destino "médico" o "quirúrgico" de cada paciente. Serán para el primer grupo aquellos en que se domina fácilmente el empuje, con historia poco frondosa, y en los que se descartó con seguridad el carcinoma. Estos pacientes serán además de tratados, vigilados por tiempo indeterminado. Pasarian a cirugía de elección todos aquellos en que no se descartó carcinoma y los diverticulares que presentan empujes rebeldes y frecuentes, en que se temen mayores complicaciones. Parece determinado que los pacientes del grupo de alrededor de 50 años serían los más proclives a complicarse y a repetir los empujes, por lo que a esta edad se indica más frecuentemente el tratamiento quirúrgico.

Sin entrar en la descripción detallada de la anatomía patológica, para lo cual remitimos a los trabajos mencionados (1, 2), insistiremos en que las complicaciones a esperar en la PCD sigmoidea son temibles por su gravedad, como por la complejidad de su manejo y los pobres resultados que se obtienen. No es lo mismo una reacción en frío o una miotomía extramucosa en paciente bien preparado, que una peritonitis difusa, una fístula o una oclusión intestinal completa.

¿Qué se puede esperar del tratamiento médico? Decíamos que en general es efectivo. Es tan efectivo que se ha vuelto prácticamente sistemático en el manejo de los cuadros dolorosos agudos del C.I.I. Y tan sistemático y acreditado se ha vuelto, que cuando se examinan series más o menos extensas de casos de sigmoiditis agudas diverticulares, no faltan nunca pacientes que se perforan "en sala", en pleno tratamiento o que se ocluyen completamente, a pesar de todos los recursos. *En suma: es generalmente efectivo, pero no infalible.*

Creemos que la actitud positiva es vigilar celosamente la respuesta al mismo y hacer un esfuerzo diagnóstico en busca de complicaciones mayores, contemporáneas de la crisis de PCD, como los abscesos perisigmoideos, las oclusiones mecánicas del intestino delgado, etc.

II) Cuadros agudos del lado derecho del abdomen de origen diverticular.

Los DD del ciego y del colon ascendente se manifiestan en su complicación inflamatoria por cuadros agudos pseudoapendiculares, debidos a proceso limitado al D, o propagado al colon y vecindades, como en la PCD sigmoidea.

Frecuencia.

La localización cecoascendente está en el 2 al 4 % de los casos. Se inflamarian un 14 % de los portadores y se operaría un 15 % de éstos (21).

Edad.

Estos cuadros se ven a edades promedio menores que para las diverticulitis sigmoideas. Cuando se revisan muchas historias, la edad que más se repite es de 35 años.

Datos anatomopatológicos generales.

La entidad divertículo solitario del ciego proporciona la mayor cantidad de casos; le siguen los DD congénitos múltiples del colon ascendente; la relación sería de 10 a 1 (21) o de 4 en 11 (22). Se trata en general de DD grandes, de tipo congénito (completos); los del ciego están a la altura de la válvula ileocecal y se desarrollan en sentido posteroexterno (24). La complicación más frecuente es inflamatoria con necrosis, gangrena y perforación. Pueden ocasionar proceso inflamatorio pericolónico regional (masa) y fistulizarse en el propio colon o dar abscesos y peritonitis difusas. Los abscesos retrocecales combaten hacia adelante la cara posterior del ciego.

Sintomatología.

La inmensa mayoría de los casos se ha descubierto por exploración quirúrgica indicada bajo diagnóstico de apendicitis aguda. Nuestros dos casos fueron diagnosticados, uno de ellos, colecistitis y el otro, tumor del ciego. Los diagnósticos preoperatorios son excepcionales. Algunas veces son hallazgos radiológicos.

Se dice que faltan los vómitos en el 90 % de los casos. Algunas veces se palpa masa dolorosa, en flanco o fosa iliaca derecha.

Tratamiento.

Los procedimientos a emplear varían con el grado de compromiso inflamatorio peridiverticular. La inflamación simple del divertículo es tributaria de la diverticulotomía con cierre por jareta o sutura de la base del D. Frecuentemente se halla el D rodeado de una masa inflamatoria pequeña, que es preciso disociar para la individualización y resección del D. Cuando el proceso de PCD da lugar a masa de tipo tumoral, se plantea la duda con proceso neoplásico y se plantea desde luego la hemicolectomía derecha. Frente a esta duda, cabe, en oportunidades bien seleccionadas, efectuar una colotomía pequeña frente al proceso y verificar el compromiso de la mucosa. Si por cualquier motivo resulta imposible descartar el carcinoma, se hará la resección mencionada con ileotransversostomía. Algunas veces se halla el D inflamado y perforado en la pared de un absceso, corresponde drenarlo y tratar de cerrar el cuello diverticular.

En la bibliografía consultada nos llamaron la atención dos casos de coexistencia de DD derechos con DD sigmoideos. Uno de ellos, de Smithwick, sigmoidectomizado, vuelve a operarse a los dos años por perforación de un D del colon ascendente. El otro caso (23) era de un hombre de 54 años que recibe hemicolectomía derecha por masa peridiverticular cecoascendente. Al 4º día agravación. Muerte al 9º día. Necropsia: anastomosis intacta; peritonitis difusa por perforación de un D sigmoideo.

III) Peritonitis localizadas o abscesos de origen diverticular.

Cuando los abscesos pericolónicos toman suficiente entidad, se manifiestan como cuadros agudos de PCD, a los que se agrega la sintomatología propia de absceso, siendo esta última de gran importancia en la pesquisa clínica, pues su hallazgo cambia fundamentalmente el tipo y la oportunidad del tratamiento. Es muy importante el diagnóstico de la enfermedad diverticular en esta "etapa absceso" que precede de cerca

las etapas próximas de peritonitis difusa, fístula, o prolongación del estado toxiinfeccioso. Recomendamos no olvidar, cuando se tratan cuadros de diverticulitis aguda, que con ellos pueden existir los abscesos pericolónicos contemporáneos y que deben buscarse.

Etiopatogenia.

La inflamación supurativa es el carácter esencial de las PCD sigmoideas y cecoascendentes. Se producen supuraciones o abscesos *viscerales* o *parietales* (subserosos, intramusculares) y abscesos *pericolónicos* de cierta entidad, que son los que nos ocupan.

Mayo y Blunt, citados por Delgado (3), señalan que hay abscesos en el 24,5 % de los casos, considerándolos sin discriminar la entidad.

Los abscesos pericolónicos se originan en el foco de PCD a partir de D perforado; de absceso subseroso perforado o por contigüidad.

Topografía.

Seguiremos la clasificación de Chifflet (2), que distingue abdominales y pelvianos. Los primeros a su vez pueden ser: peritoneales, mesocolónicos y retroperitoneales. Los pelvianos, altos y bajos o del Douglas. Y además subperitoneales (celulitis pelvianas). Los de la FII son los más frecuentes y se perciben como masa en las proximidades de la EIAS. Se recomienda abordarlos por vía subperitoneal, por incisiones de tipo Babcock o Lecéne según su altura. Los abscesos mesocelíacos tienen la particularidad de confundirse con apendicitis agudas evolucionadas y se palpan mejor bajo anestesia, como masa intraperitoneal mediana. El abordaje es transperitoneal por incisión mediana. Por razones de contacto, se complican a menudo con problemas obstructivos yeyunoileales. Las CC.DD. del lado derecho se complican con abscesos retrocecales o abdominopelvianos peritoneales.

Sintomatología y diagnóstico.

Al cuadro agudo en evolución de las PCD se agrega la percepción de una masa con caracteres de absceso, y la rebeldía o per-

sistencia de los elementos del síndrome toxiinfeccioso. Autores franceses dan valor a la determinación seriada de fosfatasa en las diverticulitis, como elemento de evolución al absceso (25). La disuria es un síntoma que señala inminencia de fístula colovesical y obliga a buscar el absceso. La cistocopia puede demostrar aspectos congestivos previos a la fistulización, que ponen sobre la pista del absceso. Por otra parte, el íleo persistente y rebelde, pero incompleto, señala la inhibición funcional del intestino en la proximidad de un absceso. La radiología es auxiliar valioso y puede mostrar imágenes de opacidad de absceso o niveles piogaseosos, además de íleo regional de delgado y colon.

Manejo clínico-terapéutico.

Absceso diagnosticado es igual a absceso tratado. El gesto fundamental mínimo es el drenaje. Es una conducta de urgencia impostergradable. Todo absceso de entidad es una etapa intermedia entre la PCD y las peritonitis difusas o las fistulizaciones.

A veces, al drenaje simple y mínimo, se le agrega una colostomía proximal, que sería el primer paso para una resección escalonada. Se acepta que la colostomía tiene poco valor sobre la evolución infecciosa del proceso de PCD y no evita sus complicaciones ulteriores. Tiene la ventaja de dejar algo hecho, y al paciente encaminado en una línea de tratamiento quirúrgico.

En abscesos medianos o pequeños, pueden intentarse medidas preparatorias del colon a breve plazo e irse a emprender algo más que drenajes y colostomías, es decir se puede intentar actuar sobre la colopatía, por resecciones con o sin restablecimiento de continuidad. A este respecto remitimos a trabajos de Colcock (20) y Madden (26).

IV) Peritonitis difusas de origen diverticular.

La complicación más grave de las CC.DD. es la peritonitis difusa, con una mortalidad postoperatoria que oscila entre 23 y 60 %.

Etiopatogenia.

a) En las CC.DD. por hipertonia, se admite que a partir del foco de PCD se llega a peritonitis difusa por: perforación

de abscesos subserosos, de DD inflamados, de abscesos pericolónicos o por contigüidad o permeación.

b) En las CC.DD. por hipotonía, sin fenómenos inflamatorios manifiestos, se considera causa vascular: necrobiosis isquémica de la pared atrófica de grandes divertículos, propios de pacientes de edad avanzada y con arteriosclerosis importante.

c) En las CC.DD. congénitas se llega a la perforación del fondo diverticular o de abscesos peridiverticulares por causas infeccioso-inflamatorias.

d) Los pacientes portadores de CC.DD. (sobre todo los del grupo hipotónico-hipotrófico) son proclives a perforaciones yatrógenas del colon por procedimientos terapéuticos (enemas) o diagnósticos: insuflaciones, rectosigmoidoscopias, etc.

Frecuencia e importancia.

En 156 pacientes diverticulares recopilados por Asiner (1) el año 1963; 11 casos de peritonitis: 7,05 %.

Smithwick da el 13,4 %. En 40 ingresos del Hospital de Clínicas por sigmoiditis, 5 peritonitis: 12,5 %.

Dijo Haines en 1943: "La perforación de un divertículo agudamente inflamado es un accidente raro, pero más raro aún, es que el paciente se recobre del accidente". La peritonitis difusa causa la inmensa mayoría de los casos fatales por CC.DD. La mortalidad postoperatoria varía, según las series revisadas, entre el 20 y el 60 %.

Relaciones entre el tipo de perforación, tipo de paciente y tipo de peritonitis.

La perforación puede faltar, estar tapada, o ser neta. Desde Woodruff (40) se distinguen "perforaciones menores", que corresponderían al grupo de pacientes con CC.DD. inflamatorias, a veces puntiformes y causantes de peritonitis pasibles de bloqueo y a contaminación peritoneal algo atenuada. Y "perforaciones mayores", de más de 0,5 cm. de diámetro, no bloqueadas, con contaminación peritoneal masiva y pasaje de gases y materias por la franca comunicación con la luz del colon. Serían propias del tipo de colopatía hipotónico-hipotrófico de pacientes de edad avanzada, con formas colapsantes gravísimas y al-

gunas veces con formas de peritonitis "a bajo ruido", también propias del anciano. Como vemos, hay grandes diferencias en los pacientes como "terreno", en las causas de la peritonitis y en los grados de contaminación peritoneal, lo que abona en favor de tratamientos no sistemáticos, sino adecuados y variables.

Tratamiento.

Discutiremos los recursos.

a) *Tratamiento médico intensivo.* Consiste en administración de antibióticos, intubación intestinal, medidas antishock y de reposición hidrosalina; atención del estado cardiovascular y respiratorio y utilización de algunas medidas de diagnóstico como la medida de la presión venosa central y la radiografía simple de abdomen.

Este conjunto de actos no debe insumir muchas horas, pero no existe ninguna razón para omitirlo. Prepara para una operación urgente. Tiene resultados benéficos. Algunas veces da la sorpresa de que permite la localización del proceso y hasta puede, en algún caso muy bien elegido, diferida. Pero no debe olvidarse que el poner a tiro de cirugía de elección (15) tratamiento prolongado puede enmascarar un proceso que sigue evolucionando y que su fracaso es igual a mortalidad del 100 %.

b) *El tratamiento quirúrgico.* Múltiples recursos. Se recomiendan incisiones amplias y anestesia general. No debe omitirse, cualquiera sea el procedimiento a emplear, la evacuación de exudados y el lavado peritoneal.

1) *Drenaje simple. Emparedamiento del asa con gasa vaselinada. Drenajes Mickulicz.* Son procedimientos simples, "mínimos", poco agresivos del punto de vista general. Como negativo tienen: que no suprimen el foco, ni lo extraen del abdomen, ni lo desconectan del punto de vista vasculolinfático del paciente. La afección puede seguir el curso de sus complicaciones una vez salvada la peritonitis. Teniendo todo esto en cuenta, el cirujano puede agregar una colostomía proximal, primer paso de una resección escalonada.

2) *Colostomía agregada a procedimientos mínimos.* Tiene la ventaja de dejar algo hecho para el futuro. En lo negativo, se considera que deja al foco en relación

con una columna de contenido colónico entre éste y el estoma (28). No previene la aparición de fístulas y otras complicaciones.

3) *Cierre de perforación más drenaje o más drenaje y colostomía*. El cierre puede ser confiable en unos casos e ilusorio en otros (5); depende de la vitalidad y consistencia de la pared colónica que se sutura o invagina. Aun en cierres "confiables" debe dejarse drenaje.

4) *Exteriorización simple, no obstructiva*, sin resección del asa. Es rápida y sencilla, compatible con perforaciones a cierta altura sobre la unión rectosigmoidea, no exige tanta longitud de meso como el procedimiento Paul-Bloch-Mickulicz, y cumple con el precepto de extraer el foco infeccioso del vientre. Evoluciona a la reintegración espontánea del asa como vimos en 2 casos de nuestra casuística. Hemos observado hechos de acuerdo con los publicados por Muchnik y col. (31). Tiene como negativo: deja el foco en conexión vasculolinfática con el paciente y a este respecto presentamos una observación demostrativa (caso 1) del perjuicio originado. Además deja una eventración y no podría esperarse que de ese modo se curase la colopatía. A pesar de lo dicho, tenemos alguna experiencia en contrario (casos 1 y 2).

5) *Exteriorización obstructiva (Paul-Bloch-Mickulicz)*. Tiene como ventaja sobre la anterior que desconecta el foco del paciente por extirpación y cura la colopatía. Pero requiere un tiempo ulterior de cierre de los cabos, y no siempre es factible por la longitud de meso y de asa necesaria. Es decir, requiere la liberación del proceso y cuando esto se obtiene se opta directamente por una.

6) *Resección más colostomía del cabo proximal y cierre del cabo distal (Operación de Hartmann)*. Bien conocida por todos. Extrae, extirpa, y desconecta el foco en forma inmediata y deja cabos preparados para una anastomosis diferida. No anastomosa en ambiente séptico. No insume mucho tiempo (desde que se libera el sigmoide). Tiene como desventajas: no siempre es posible, la liberación para resección puede ser ardua y obligar a renunciar; requiere un tiempo operatorio diferido.

7) *Resecciones (sigmoidectomías) con restablecimiento inmediato de continuidad*. Lo negativo: no siempre puede researse por dificultades inflamatorias locales. Se anastomosa en ambiente séptico. Tiene un pasivo de morbilidad (fístula, infecciones de pared, abscesos, peritonitis) y de mortalidad del 8 % (28). Es un procedimiento de cirugía anastomótica mayor a emplear en pacientes de elevado riesgo.

Lo positivo: experimentada en series importantes y consecutivas (no en pacientes seleccionados) (28) da mejores resultados que todos los otros procedimientos juntos, que tienen morbilidad de 55 % y mortalidad de 35 %, casi cuatro veces mayor. En otro aspecto, si no se tratara de una diverticulitis, sino un cáncer la lesión causal, se reforzaría la indicación de resección inmediata (28). Este tipo de procedimiento ahorra tiempo de inhabilitación y gastos y es curativo y definitivo. Puede serle agregada una colostomía proximal de seguridad, como recomiendan algunos, en caso de duda sobre la viabilidad de la anastomosis.

Conclusiones.

Vistos los recursos, y teniendo en cuenta los datos expuestos sobre naturaleza de las perforaciones, no creemos que sea necesario pronunciarnos por uno o varios de ellos. Creemos, en primer lugar, que no debe omitirse el tratamiento médico intensivo, ni tampoco esperar mucho de él durante más de 4 a 6 horas. Creemos que el objetivo principal es salvar la vida del paciente, sin perder la oportunidad que dan ciertos casos de proceder contra la enfermedad de origen, curándola. Sabemos que a veces es imposible liberar sin ocasionar daños importantes. Pensamos que hay una operación ideal que es la colectomía segmentaria con anastomosis inmediata y que todo cirujano debe capacitarse para practicar esta operación con la mayor destreza posible, en el menor tiempo posible y con el mejor juicio posible de las circunstancias para emprenderla. Creemos firmemente que todos los recursos deben dominarse, conocerse y tenerse en cuenta. El problema más difícil es la adecuación de los recursos a las circunstancias.

Creemos, finalmente, que la gama de circunstancias es lo suficientemente vasta como para no permitirse ignorar ninguno de ellos.

V) Síndromes obstructivos.

Es corrientemente aceptado que las CC.DD. no llevan generalmente a obstrucciones completas. Pero hay abundantes excepciones, lo que justifica su consideración. A continuación serán revisados los factores obstructivos en los pacientes diverticulares.

1) *Empujes de PCD o sigmoiditis agudas diverticulares.* El componente oclusivo o suboclusivo es casi constante (95 %). La inmensa mayoría cede con el tratamiento conservador y sólo algunos pacientes pasan a completar la oclusión por algunos o alguno de los factores que veremos. Y que deben investigarse oportunamente en todo caso de sigmoiditis aguda diverticular.

2) *En las PCD evolucionadas,* juegan los factores retracción del calibre por fibrosis y los eventuales cambios de dirección del asa por adherencias fibroplásticas. Cuando se agrega empuje inflamatorio el edema y la congestión parietal completan la oclusión. Si el cuadro cede netamente con las medidas conservadoras y se comprueba la estenosis orgánica, se considerará al paciente candidato para resección electiva en un tiempo. Si la oclusión es completa y no cede se hará colostomía transversa derecha y tratamiento en etapas; o se hará operación de Hartmann en seguida. La elección dependerá de factores locales y circunstanciales.

3) *Los abscesos perisigmoideos o pericolónicos* en general son importantes aportadores de síndrome oclusivo, por inhibición funcional o compresión enterocolónica. La oclusión obliga a buscar absceso. Ambas son situaciones que pueden estar asociadas. Ambas requieren tratamiento operatorio urgente. Puede suceder que se trate quirúrgicamente el absceso sin actuar sobre la oclusión. Pero ésta en general cede, desaparecida la causa. Es mucho más importante que advertamos que en algún caso puede ser tratada la oclusión sin que se actúe sobre el absceso, lo que puede conducir a gravísimas complicaciones toxi-

infecciosas (desequilibrio hidrosalino, sepsis, embolia pulmonar séptica, etc.).

4) *La oclusión de delgado* tiene cierta frecuencia (3 casos en 40). En gran parte funcional, pueden verse casos de sigmoiditis agudas con cuadro oclusivo y niveles de delgado en la radiografía, que desaparecen con el tratamiento médico. De todos modos, creemos que la participación del intestino delgado en un proceso diverticular agudo obliga a tres cosas: 1º) Vigilar celosamente el caso y operar oportunamente si se requiere por la persistencia o progresión del síndrome. En este sentido ayuda el estudio contrastado con yodados hidrosolubles por ingestión o por sonda. 2º) Buscar y descartar la presencia de abscesos, sobre todo mesoceliacos. 3º) Reforzar la indicación operatoria "de elección" en los casos que se mejoran.

Cuando el paciente se interviene en agudo hay que actuar sobre el asa delgada por liberación simple, resección más anastomosis o cortocircuito y además, tratar la causa inmediata (abscesos, peritonitis) y la causa primaria, PCD por el procedimiento que se crea más adecuado (colostomía preparatoria o resección inmediata).

5) *Peritonitis, procesos enteroperitoneales.* En las peritonitis difusas el proceso de índole funcional, es en general reversible, cuando se trata con éxito la causa. El problema lo plantean las llamadas "peritonitis a bajo ruido", propias del anciano, por perforación inopinada de grandes divertículos de base ancha, con gran contaminación peritoneal. En este tipo de pacientes el síndrome doloroso puede ser poco llamativo y ser interpretado el enfermo como primariamente ocluido. Por la edad avanzada, el estado general precario, etc., se toman medidas conservadoras y se retarda el diagnóstico y la operación, que al efectuarse descubre una perforación y una peritonitis generalmente fatal. Es la historia de nuestro caso 9, en que el paciente demoró en consultar y concurrió por detención del tránsito intestinal haciéndose diagnóstico por el neumoperitoneo a tensión que presentaba. En estos casos vale: estar advertido de esta forma clínica geriátrica y no omitir radiografía simple de abdomen y punción abdominal.

6) *Carcinoma*. Cuando un diverticular, conocido o no, instala una oclusión aguda de colon, es obligatorio pensar que tiene un carcinoma hasta que se demuestre que no lo tiene. El esfuerzo diagnóstico continúa cuando se hace la colostomía. Hay que explorar la lesión y buscar las metástasis. Y este esfuerzo continuará en el postoperatorio, pues es necesario determinar la extensión del plazo óptimo para la resección, que debe ser breve para carcinoma y prolongado para diverticulitis. En caso de duda se resecará a breve plazo. Cabe también plantear resecciones Hartmann, en etapa aguda.

VI) Proctorragias masivas de origen diverticular colónico.

Se entiende por proctorragia masiva aquella que repercute francamente sobre el estado general del paciente, desarrollándose en plazos breves y dando como resultado anemia clínica o shock oligohémico. Las puede causar cualquier lesión enterocolónica capaz de sangrar en esa forma, y las CC.DD. son responsables de una proporción sumamente discutida de ellas. Lo que no se discute actualmente es su neta responsabilidad en elevado porcentaje de casos.

La dificultad en la evaluación de esta proporción de culpabilidad depende seguramente de los siguientes hechos: a) gran cantidad de piezas operatorias y necrópsicas en que no se halla la lesión; b) frecuente presencia de lesiones asociadas capaces de sangrar.

Frecuencia.

Con respecto a pacientes con CC.DD.: en 253, 20 casos, 8 % (2). Con respecto a casos de hemorragia digestiva baja (4): en 176, 18 casos, 10 %. Con respecto a resecciones practicadas: en 114, 5 casos, 4,3 % (26).

Etiopatogenia.

Antes que nada debemos considerar la edad de los pacientes. Está absolutamente determinado que se trata de pacientes de edad muy avanzada: 82 % mayores de

60 años, según Asiner. El 90 % con edad promedio de 69 años (2). Más frecuente es el grupo de 70 a 80 años (30). Edad promedio, 73 años (26).

El problema de la etiopatogenia consiste en que es dificultoso contestar las preguntas: ¿qué sangra?, ¿dónde está? y ¿por qué sangra?, en los propios pacientes portadores de DD colónicos. No hay ningún método paraclínico seguro para determinar el sitio exacto de la hemorragia. Es de esperar que la angiografía selectiva permita solucionar este importantísimo paso diagnóstico (43).

Riggs y Ewing (34) revisaron la literatura y hay un solo caso en que se vio salir sangre de un D por rectosigmoidoscopia.

Pueden sangrar, según algunos autores, DD múltiples no inflamados, diseminados por todo el colon (1, 2, 39, 41). En la serie de Olsen, 12 de 13 pacientes intervenidos tenían divertículos múltiples.

Admitiendo esta comprobación, ¿por qué sangran los DD?

Según Chifflet (2) y Gutiérrez Blanco (4), sangran por vasculopatía arteriosclerótica. Han visto alteraciones vasculares del tipo de la trombosis en los vasos mesocólicos durante operaciones. Y asimilan el proceso al de las perforaciones isquémicas. Por otra parte, hay pruebas de que la hemorragia se asocia también con cambios inflamatorios. En la Clínica Mayo hay piezas operatorias en que se ve el vaso abierto en la base del D (39). Mobley, Dockerty y Waugh (37, 39) en 32 piezas operatorias de intervenciones por hemorragia masiva, no hallaron la causa en 14, y en las 18 restantes, lo más frecuente fue ulceraciones y tejido de granulación inflamatorio en relación con DD. También hallaron DD invertidos y ulcerados que sangraron "como pólipos". En un solo caso hallaron un vaso erosionado y conocen otros 3 casos. La fuente de la hemorragia masiva sería generalmente no un vaso en particular, sino un tejido inflamatorio granulomatoso que ocupa zonas extensas en relación con DD, de donde vendría sangre en forma persistente. La arteriosclerosis tendría influencia como vasculopatía. La infección también tendría influencia en la formación del tejido granulomatoso (7). Según Bacon (14) y

Todd (36), es posible ver por rectosigmoidoscopia zonas granulomatosas sangrantes en relación con DD.

Con respecto a las lesiones asociadas, Judd (25) dice que se hallan frecuentemente pólipos en las piezas de resección. Para otros autores es muy improbable que la mayoría de las hemorragias masivas se deba a enfermedad diverticular (34). Para otros sería la causa más frecuente (39).

Comparando responsabilidades con carcinoma, Ross y Eddy (35) hallan en 420 casos de CC.DD., 19 hemorragias masivas y en 253 de carcinoma, una.

Después del análisis precedente, queda como positivo: a) Que la edad y la vasculopatía arteriosclerótica tienen un papel importante. b) Que las proctorragias masivas se dan con gran frecuencia en las CC.DD. a múltiples DD, lo que complica grandemente el problema de hallar el responsable. Conocemos de un solo caso en que se hizo una diverticulectomía por hemorragia (20). c) Que está demostrado que pueden sangrar: tejido de granulación, ulceraciones diverticulares y DD invertidos ulcerados, siendo excepcional la demostración de vasos erosionados. d) Que cerca de la mitad de las veces no aparece lesión responsable en las piezas de resección (39). e) Que las CC.DD. son causa frecuente de hemorragia masiva baja (mucho más que el cáncer), causando el 25 % de las mismas (7).

Diagnóstico.

1) Debe diagnosticarse hemorragia masiva baja. 2) Debe confirmarse o conocerse la presencia de DD (el colon por enema se puede hacer en plena hemorragia). 3) Debe excluirse toda causa anorrectal por rectosigmoidoscopia. 4) Debe hacerse una apreciación de la entidad de la hemorragia, teniendo en cuenta lo que se expulsa y lo que se retiene en el colon (7), anotándose el número de deposiciones, vigilando la presión arterial, pulso, presión venosa central y hematócrito, por lo menos. Deben considerarse los volúmenes de sangre necesarios para mantener los índices vitales.

Tratamiento.

La gran mayoría de los casos cede con reposición sanguínea en plazos variables. El tratamiento debe incluir actuación de internistas y cardiólogos (1). Debe preservarse a los pacientes arterioscleróticos de las hipotensiones bruscas. Se recomienda además de la administración regulada y controlada de sangre, la administración de enemas tibios y otras medicaciones.

Resultados. Se detienen alrededor del 80 % de los casos con estas medidas: 10 de cada 11, según Quinn (6); 2 de 17, según otros (35). En 18 pacientes en que se usó sólo tratamiento médico, curaron 16 y fallecieron 2 por exanguinación (36).

Es decir, que el tratamiento médico es efectivo en más del 80 % de los casos y cuando se emplea como único recurso tiene una mortalidad del 11 %.

Indicación operatoria. Se requeriría en menos del 20 % de los casos. Hay un criterio de indicación y oportunidad operatoria bien definido por Moos (30): persistencia mayor de 48 horas; requerimiento mayor de 1.500 c.c. de sangre por c/24 horas; persistencia del ritmo de deposiciones cada 3 a 6 horas. Se entiende (6) que después de 48 horas habría cambios regenerativos en miocardio, hígado, riñón, etcétera.

Manejo quirúrgico. Deben emplearse anestesia general y amplias incisiones. Comenzar por explorar bien estómago y duodeno; buscar D de Meckel y pólipos y divertículos yeyunoileales. Luego dirigirse al examen del colon. Debe contarse con que casi nunca hay lesión evidente, o con hallar DD múltiples sin poder determinar cual sangra, o hallar una CC.DD. sigmoidea. Se recomienda no resecaer segmentos a ciegas. Hay muchos ejemplos de recidiva de la hemorragia después del empleo de este procedimiento (6, 26).

Cuando no hay seguridad sobre el sitio de origen, puede hacerse colostomía transversa y ver de que lado viene sangre. Si se puede y hay respuesta neta, agregar hemicolectomía correspondiente. De todos modos, hay casos en que procediéndose así hubo que agregar resección del colon restante por recidiva (6). Hecha la colostomía, puede no venir sangre; se recomienda terminar la operación y vigilar.

Si vuelve a sangrar, hemicolectomía del lado correspondiente.

Cuando se hace *colostomía transversa como único tratamiento*, se administran lavados tibios por ambos cabos y se espera. En algunas series tiene excelentes resultados (2). En otras se han comprobado recidivas, tanto como para resecciones segmentarias a ciegas (6, 26, 31). También pueden hacerse clampeos escalonados cada 10 cm. y ver que parte se rellena. Este procedimiento se comenta como engorroso y poco práctico en los frecuentes casos en que el colon está lleno con coágulos y materias fecales. Las colonotomías escalonadas se han empleado. Tienen el inconveniente de ser engorrosas, de su riesgo de septicidad y de la pérdida de tiempo que insumen las suturas. Lo mismo se adjudica a la exploración endoscópica sobre colotonotomía.

El recurso máximo y más efectivo, bien comentado por la mayoría, es la colectomía subtotal, con o sin restablecimiento por ileorrectostomía. Sus limitaciones corren por cuenta de la resistencia del paciente, evaluada parsimoniosamente (30, 31, 35, 37, 39, 41).

Colcock (20) afirma que el riesgo no es muy grande si se realiza en intervalos de hemorragia con el paciente bien compensado.

Todd (36) dijo que es una operación que debe ser evitada, recordando 2 casos perdidos en el St. Marks a consecuencia de la misma.

En suma: es muy difícil adherir a tal o cual conducta. Creemos que el conocimiento de los recursos (todos los recursos) y su adecuación al caso en forma mesurada e inteligente, es la mejor contribución que el cirujano puede ofrecer a su paciente en semejante situación.

CASUISTICA

Incluimos solamente casos demostrativos, propios y de otros colegas, que recibieron tratamiento operatorio urgente. Comentaremos los casos después de su descripción sumaria.

CASO 1.—A. G., masculino, 54 años. Ingresó al Sanatorio de San Carlos el 10-III-60

por peritonitis difusa. Antecedentes: estreñimiento y dolores en FII desde hace 5 años. Se interviene (Dr. Mautone) comprobándose sigmoiditis diverticular y perforación de un D. Exteriorización simple por la mediana subumbilical y lavado peritoneal. Evoluciona bien 5 días, luego instala cuadro disneico e insuficiencia cardíaca. Visto por el Prof. Migliaro, piensa que se trata de microembolias pulmonares a partir de trombosis pélvica. Tratamiento médico (cardiotónicos y anticoagulantes, antibióticos). Curación con eventración que no ha querido repararse. No ha sufrido más de diverticulitis y está bien en octubre de 1970.

Este caso puede ser comentado en el sentido de insistir en las consecuencias de dejar el foco infeccioso en relación vasculolinfática con el paciente. También demuestra que el asa se reintegra espontáneamente dejando una eventración y que la perforación se cierra sola a medida que el asa se introduce en medio de tejido de granulación. No creemos que el buen resultado de este procedimiento sobre la evolución de la enfermedad diverticular deba tomarse como ejemplo, a pesar de que el caso siguiente demuestra lo mismo.

CASO 2.—C. R. L., masculino, 53 años. Ingresó al Hospital de San Carlos el 14-II-62 y se opera por apendicitis con participación peritoneal. Anestesia general (cirujano, Dr. Mautone). Incisión de Mc Burney hallándose peritonitis de causa diverticular. Apendicectomía e incisión mediana subumbilical. Exteriorización del sigmoide con absceso subseroso perforado y diverticulitis. Buena evolución. El asa se introduce espontáneamente y sin pérdidas de gas entre tejido granulante en unos 20 días. A los 2 meses se obtiene estudio radiológico, colon por enema, que muestra los DD y a los 8 meses se reopera, cerrándose la eventración sin actuarse sobre el colon por su aspecto casi normal. Está bien en octubre de 1970 y no ha sufrido más de diverticulitis.

Este paciente ilustra bien sobre destino del asa exteriorizada y da el mal ejemplo del precedente con respecto a curación de la diverticulitis por este procedimiento.

CASO 3.—D. T., masculino, 48 años. Litiásico conocido, que ingresa al Sanatorio por cuadro doloroso agudo de cuadrante superior derecho, con reacción peritoneal. Se opera (Dr. Mautone) hallándose escaso exudado muy fétido subhepático y litiasis vesicular con bridas perivesiculares. Se efectúa colecistectomía y se lava la región persistiendo la fetidez. Se explora el ángulo derecho del colon por decolamiento y despegamiento coloepiploico hallándose una perforación diverticular coló-

nica de la parte superior del ascendente, bloqueada y tapada. Se extirpa la lesión y se hace un cierre a puntos separados en tres planos. Drenaje subhepático. Curación. Buena evolución a la fecha (octubre de 1970).

Caso 4.—M. C. M., masculino, 72 años. Cuadros agudos de FID en los últimos meses. El colon por enema muestra que el ciego no se rellena completamente. Se opera en una crisis y se halla apéndice sano y absceso retrocecal enquistado por perforación de divertículo. Drenaje y sutura en dos planos a nivel de la base del D. Buena evolución.

Los dos casos de DD del colon derecho que nos tocó resolver demuestran que además de simular apendicitis agudas, pueden presentarse como otras afecciones. En el último caso se habían dispuesto las cosas para efectuar una colectomía derecha que no fue necesaria. En el primero (D. T.) la fetidez sirvió de motivo para explorar bien la región, evitando un resultado quizás desastroso.

Caso 5.—M. P. de F., femenino, 82 años. Desde hace 48 horas proctorragia masiva sin antecedentes. Tratada con reposición, lleva 6 vol. de sangre y no se detiene. Al examen, eventración de mediana subumbilical por histerectomía 20 años atrás. Se opera (Dr. Mautone) con anestesia general y por la incisión mediana. Se halla un saco de eventración conteniendo sigmoide lleno de DD hipotróficos no inflamados. Colotomía proximal y colonoscopia. No viene sangre. Se cierra la colotomía y se reintegra el sigmoide, reparándose la eventración. Curación. Fecha de la operación: 30-XI-67. En octubre de 1970 está perfectamente bien.

Este caso confirma aquello de que muchas veces se hallan DD, pero no se les ve sangrar. Pensamos que la retención del sigmoide diverticular en un saco herniario pudo haber provocado la grave hemorragia que cesó con la simple liberación del asa.

Caso 6.—D. R. de M., femenino, 70 años. H. C. 299.374 del Hospital de Clínicas. Ingresó el 1º-X-70, operándose por hemorragia masiva baja. Se hallan divertículos múltiples de todo el colon. Colostomía transversa. Sigue sangrando del lado izquierdo. Se reopera: colectomía izquierda. Deja de sangrar, pero sigue grave por insuficiencia cardíaca y desequilibrio electrolítico. Oligoanuria, de la que se repuso. Fallece posteriormente por tromboembolismo.

Este caso ilustra sobre como es posible a veces que la colostomía simple fracase y la resección detenga la hemorragia.

Lamentablemente, se perdió el caso por tromboembolismo, pero con la hemorragia bien resuelta.

Caso 7.—R. B. de A., femenino, 61 años. Antecedentes de constipación y diarreas de varios años. Ingresó al Sanatorio Cantegril por cuadro agudo de bajo vientre. Se opera (Dr. Mautone) por incisión mediana hallándose exudado turbio escaso y masa sigmoidea diverticular sin perforación aparente. Lavado peritoneal y sigmoidectomía con anastomosis terminoterminal. Buena evolución; alta al 8º día; bien a la fecha (octubre de 1970).

Caso 8.—H. Di C., masculino, 62 años. Cuadro abdominal agudo datando de 48 horas, tratado con antibióticos. Examen: dolor y defensa en bajo vientre. Douglas doloroso. Se palpa masa alta. Se opera (Dr. J. C. Pertusso Fierro) por incisión mediana. Apéndice sano. Peritoneo húmedo. Tumefacción colónica pélvica que se libera. Presenta dos perforaciones de donde viene pus. Resección de unos 20 cm. y anastomosis terminoterminal en un plano. Buena evolución; alta al 8º día con tránsito intestinal normal. Anatomía patológica (Dr. Cassinelli): diverticulosis y diverticulitis sigmoidea supurada. Aspecto de perforación diverticular inflamatoria tapada por adherencias o exudado.

Los casos 7 y 8 demuestran que cuando se dan las condiciones de posibilidad de liberación sigmoidea e infección peritoneal no masiva, es posible emplear con éxito resecciones con restablecimiento en un tiempo con curación definitiva.

Caso 9.—J. M. D., masculino, 80 años. Oclusión intestinal y dolor abdominal de 3 días de evolución cuando ingresa al Hospital de San Carlos el 10-IX-70. Se examina y diagnostica peritonitis evolucionada con neumoperitoneo a tensión. Se opera (Dr. Mautone) por incisión mediana hallándose vientre lleno de materias y porotos sin digerir. Colon retobado sobre porotos. Gruesa perforación de 2 cm. de diámetro en sigmoide, situada sobre una zona con divertículos grandes color "hoja muerta". Exteriorización y evacuación más lavado peritoneal. Falleció a las 12 horas por shock tóxico.

Se puede encuadrar el caso como ejemplo demostrativo de perforaciones diverticulares a "bajo ruido" con causa isquémica.

Caso 10.—D. G., femenino, 93 años. Ingresó al Hospital de San Carlos el 10 de octubre por hemorragia profusa baja. Cede con reposición y tratamiento médico. A los 7 días instala oclusión de colon que no cede con tratamiento. Se opera con anestesia local y se prepara el transversal para colostomía. Se hace

un Epointol IV y se explora el vientre; diverticulosis sigmoidea con estenosis. Se termina la colostomía y la paciente se recupera bien hasta la fecha.

Consideramos este caso como una curiosa asociación de complicaciones diverticulares. Lamentamos no agregar más datos por falta de tiempo.

RESUMEN

Se describen las urgencias diverticulares colónicas.

En los síndromes agudos del cuadrante inferior izquierdo del abdomen, se previene especialmente sobre la investigación de otras complicaciones (abscesos, oclusiones, peritonitis) que pueden estar presentes, excediendo el tratamiento conservador habitual, considerado generalmente efectivo, pero no infalible.

Luego se describen los síndromes diverticulares agudos del lado derecho, generalmente diagnosticados como apendicitis. Se relata un caso simulando colecistitis y otro con diagnóstico preoperatorio de cáncer de ciego.

Se considera la peritonitis difusa como la causa más importante de mortalidad por enfermedad diverticular del colon. Se consideran diferentes tipos de perforación y peritonitis, según la colopatía original. Y se describen los recursos quirúrgicos y tácticas correspondientes. Se recomienda el uso de procedimientos adecuados y no de recursos sistemáticos.

Los síndromes oclusivos diverticulares son descritos según sus factores de origen. Se recomienda especialmente la investigación de estos factores. Siempre deben detectarse los abscesos y peritonitis para ser oportunamente tratados. Se describe la táctica en las oclusiones yeyunoileales. Se considera que toda oclusión aguda de colon en pacientes diverticulares tiene la posibilidad de ser un carcinoma.

Se describen datos etiopatogénicos y diagnósticos sobre hemorragias masivas diverticulares. Se discuten los recursos quirúrgicos y se describe el manejo táctico. Se relatan 10 casos demostrativos operados, en que fueron empleados diferentes procedimientos que incluyen desde mínimos a radicales y complejos recursos, según las circunstancias presentes.

RÉSUMÉ

Description des urgences diverticulaires coloniques.

Dans les syndromes aigus du quart inférieur gauche de l'abdomen, l'auteur prévient tout particulièrement sur la recherche d'autres complications (abcès, occlusions, péritonite) qui peuvent se présenter et dépasser le traitement de conservation habituel, lequel est généralement considéré comme efficace mais nos infallible.

Suit une description des syndromes diverticulaires aigus du côté droit, généralement diagnostiqués comme appendicite. L'auteur rapporte un cas simulant une cholécystite et un autre dont le diagnostic pré-opératoire était de cancer du cœcum.

La péronite diffuse est considérée comme la cause de décès la plus importante dans la maladie diverticulaire du côlon. L'auteur distingue différents types de perforations et de péritonites, suivant la colopathie originale. Il décrit les ressources chirurgicales et les tactiques correspondantes, et recommande l'usage de procédés appropriés et non de ressources systématiques.

Les syndromes oclusifs diverticulaires sont décrits suivant leurs facteurs d'origine. L'auteur recommande tout particulièrement la recherche de ces facteurs. Les abcès et la péritonite doivent toujours être détectés afin d'être traités à temps. Description de la tactique à suivre dans les occlusions jéjuno-iléales. Toute occlusion aigue du côlon chez des malades diverticulaires est susceptible d'être un carcinome.

Description des données étiopathogéniques et diagnostiques sur les hémorragies massives diverticulaires. Discussion des ressources chirurgicales et description de la tactique. L'auteur rapporte 10 cas démonstratifs opérés, dans lesquels divers procédés furent employés, allant de l'utilisation de ressources minimales à celle de ressources radicales et complexes suivant les circonstances qui se présentaient.

SUMMARY

Colonic diverticular urgences are described.

In acute syndroms of the left lower quadrant of the abdomen, prevention is made about detection of other complications

(abcess, obstruction, perforation) that may be presents, exeding the common conservative treatment, considered generally effective, but not infallible.

Right side acute diverticular syndroms are after described. Generally diagnosed as appendicitis. A case simulating colecistitis and other diagnosed cancer of the coecum are related.

Diffuse peritonitis is considered the most important cause of mortality from colonic diverticular disease. Different types of perforation and peritonitis according to original colopatya are considered, and surgical recuses and tactics described. Recommendation is made about use of adequate and not systematic tactics.

The obstructive diverticular syndrom is described according to original phisiopathologic factors. Investigations of these factors is especially recommended. Abcess and peritonitis must be detected always, to be treated opportunally. Management of yeyunoileal obstruction is described. Possibility of carcinoma is considered in all acute colonic obstruction in a diverticular patient.

Ethiopathogenic and diagnostic dates on massive diverticular hemorrhage are reviewed and surgical recuses discussed. Tactical management is described. Ten operated and demonstrative cases are related. Were employed different proceedings that include minimal to radical and complex recuses, according to presents circumstances.

BIBLIOGRAFIA

Nacional.

1. ASINER, B. Indicaciones quirúrgicas de las diverticulitis colónicas. *III Congreso Internacional de Proctología*, 1: 139, 1963.
2. CHIFFLET, A. Complicación de la colopatía diverticular. *III Congreso Internacional de Proctología*, 1: 39, 1963.
3. DELGADO, B. Abscesos perisigmoideos de origen diverticular. *III Congreso Internacional de Proctología*, 1: 53, 1963.
4. GUTIERREZ BLANCO, H. Colopatías diverticulares. *Día Médico Urug.*, agosto-nov. 1969.
5. MAQUIEIRA, G. Causas de muerte en la colopatía diverticular. *III Congreso Internacional de Proctología*, 1963.
6. MAUTONE, J., CAUNEGRE y HOJMAN, I. Diverticulitis sigmoidea. *Rev. Méd. del Este*, 1953.
7. OTERO, J. P. Peritonitis por diverticulitis de sigmoide. *III Congreso Internacional de Proctología*, 1: 123, 1963.
8. PERTUSSO, J. C. Comunicación personal, 1970.
9. PORRAS, Y. Tesis de doctorado, 1967.
10. PRADINES, J. Tratamiento quirúrgico en la enfermedad diverticular del colon. *III Congreso Internacional de Proctología*, 1: 88, 1963.
11. VALLS, S. Peritonitis por perforación diverticular colónica. *III Congreso Internacional de Proctología*, 1: 113, 1963.
12. VARELA SOTO, R. Las complicaciones en el intestino delgado por enfermedad diverticular colónica. *III Congreso Internacional de Proctología*, 1, 63, 1963.

Extranjera.

13. ANDERSON, W. Massive hemorrhage from diverticular disease of the colon. *Canad. J. Surg.*, 7: 21, 1964.
14. BACON, H. S. Discusión. *III Congreso Internacional de Proctología*, 2: 431, 1963.
15. BACON, H. and Mc GREGOR, R. A. Diverticulitis and its surgical management. *Surgery*, 49: 676, 1961.
16. BAHABOZORGUI, S., DE MUTH, W. E. and BLACKMORE, W. S. Diverticulitis of the ascendent colon. *Amer. J. Surg.*, 114: 300, 1968.
17. BEVAN, G. Acute diverticulitis. *Brit. Med. J.*, 11: 400, 1961.
18. BOYDEN, A. Surgical treatment of colonic diverticulitis. *Ann. Surg.*, 131: 329, 1950.
19. CLEMENTS, N. C. Diverticular diseases of the colon as a cause of severe hemorrhage in the aged. *Surg. Clin. N. Amer.*, 40: 933, 1960.
20. COLCOCK, B. Surgical management of complicated diverticulitis. *Surg. Clin. N. Amer.*, 48: 543, 1968.
21. DE COSSE, J. and AMENDOLA, F. The significance of bleeding in diverticulitis of the sigmoid colon. *Ann. Surg.*, 145: 540, 1957.
22. DELOYERS, M. Quelques aspects chirurgicaux des diverticulites du sigmoide. *Actualites Hep. Gast. Enter. de L'Hotel Dieu*, 330, 1955.
23. DE PAULA, A. Enfermedad diverticular del colon. Su estudio radiológico. *III Congreso Internacional de Proctología*, 1: 30, 1963.
24. DE PAULA PINTO, E. Divertículo intervenido para la luz intestinal. *III Congreso Internacional de Proctología*, 2: 553, 1963.
25. JUDD, E. Massive hemorrhage from colon. *Surg. Clin. N. Amer.*, 49: 977, 1969.
26. MADDEN, J. and TAN, P. Y. Primary resection and anastomosis in the treatment of perforated lesions of the colon with absceces of the diffuse peritoneum. *Surg. Gynec. Obst.*, 113: 646, 1961.
27. MAMMONI, O. H., BESARES, A. E. y otros. Diverticulitis del ciego. *Prensa Méd. Argentina*, 52: 2215, 1965.
28. MARSHALL, S. M. and YOUNG, W. C. Emergency surgery in diverticulitis of the colon. *Surg. Clin. N. Amer.*, 46: 653, 1968.
29. MENENDEZ, R. O. Peritonitis generalizada por diverticulitis perforada. *III Congreso Internacional de Proctología*, 2: 471, 1963.

30. MOOS, D. Massive colonic hemorrhage. *Minnesota Med.*, 44: 41, 1961.
31. MUCHNIK, S., ALBERT, J. F. y otros. Evolución de las ansas colónicas exteriorizadas. *Prensa Méd. Argentina*, 52: 2248, 1965.
32. MYERS, N. and SHEARBURN, E. W. Acute diverticulitis of the ascending colon. *Amer. J. Surg.*, 100, 744.
33. PRESTON, F. y CUMMINS, G. (Jr). Problemas en el tratamiento de la hemorragia masiva de esófago y tubo digestivo. *Clin. Quir. N. Amer.*, febrero 1970.
34. RIGGS, B. M. and EWING, M. R. Current attitudes, with particular reference to colonic bleeding. *Arch. Surg.*, 92: 321, 1966.
35. ROSS, S. and EDDY, E. Massive hemorrhage from diverticulitis. *Dis. Colon and Rectum*, 3: 441, 1960.
36. TODD, I. Discusión. *III Congreso Internacional de Proctología*, 2: 431, 1963.
37. WAUGH, J. M. y WALT, A. J. Tendencias habituales en el tratamiento de las diverticulitis del colon sigmoideo. *Clin. Quir. N. Amer.*, 1267, 1962.
38. WELCH, C., ALLEN, A. and DONALDSON, G. An appraisal of resection of the colon for diverticulitis of the sigmoid. *Ann. Surg.*, 138: 332, 1953.
39. WISE, R. E. and JOHNSTON, D. C. The role of angiography in the evaluation of surgical patients. *Surg. Clin. N. Amer.*, 50: 654, 1970.
40. WOODRUFF, M. Spontaneous perforation of the large bowel. *Ann. Surg.*, 135: 221, 1952.
41. WYCHULIS, A., BEAHR, O. H. and JUDD, E. S. Surgical management of diverticulitis of the colon. *Surg. Clin. N. Amer.*, 47: 961, 1967.