

Peritonitis por complicación de la enfermedad diverticular colónica (E.D.C.) *

Táctica operatoria y resultados

Dr. BORIS ASINER **

La peritonitis por perforación del colon afectado de E.D.C. o colopatía diverticular (C.D.) puede ser:

- primaria o espontánea: la más frecuente (a la que nos referiremos); o
- secundaria, por efecto de: enema, simple o de estudio contrastado radiológico (colon por enema); maniobras endoscópicas, directa, por aparato o insuflación (la más frecuente).

La efracción de un divertículo colónico establece una comunicación coloperitoneal, sea a peritoneo libre o bloqueado. Puede ser abdominal, pelviana o mixta. Desarrollo de peritonitis de grado y forma variable —difusa o localizada—. Posibilidad de desarrollo a líquido turbio, purulento o fecaloideo, en su evolución. También puede resultar por perforación del proceso séptico que afecta a un sector de colopatía diverticular complicada —supuración— aun sin perforación macroscópica evidenciable —supuesta “permeación”—. Su origen puede ser el microabsceso parietal, desarrollado en un divertículo, o un absceso pericolónico macroscópicamente constituido. En nuestra experiencia (casos operados y necrópsicos) la perforación aislada de un divertículo, evidenciada como causal ha sido la menos frecuente.

La peritonitis por E.D.C. se presenta con mayor porcentaje en personas de más de 40 años. El menor 39 y 79 el mayor en nuestra serie sin predominio de sexo.

De 230 casos de E.D.C. diagnosticados, fueron operados 59 (25 %). De ellos, en la urgencia 37 (63 %) [fuera de la urgencia 22 (37 %) por “cirugía electiva”]. Corresponde a la:

| | | |
|----------------------------|----|------|
| Peritonitis | 30 | 81 % |
| Hemorragia | 3 | 7 % |
| Oclusión | 4 | 10 % |
| Intestino delgado | 3 | |
| E.D.C. de intestino grueso | 1 | |
| Absceso | 1 | 2 % |

La signología predominante fue en bajo vientre. Inicialmente izquierdo, dado el origen frecuente de la complicación en la ubicación sigmoidea, aunque también puede estar en el derecho, o bajo vientre, en relación a la disposición anatómica del sigmoide, que puede estar proyectado a la F.I.D., hipogastrio o aun en la pelvis. El cuadro agudo abdominal puede no ser muy manifiesto y no resulta constante la manifestación perforativa aguda con su expresión integrada de dolor brusco agudo y consecutiva contractura. La instalación, si bien algunas veces fue rápida, muchas fue progresiva con sólo defensa y dolor a la decompresión; no siempre Douglas doloroso en el comienzo. A veces tumefacción perceptible en la pelvis, dolorosa. Habitualmente estado febril, que sin embargo puede no ser destacable. Señalemos que generalmente los pacientes son operados con otros diagnósticos —apendicitis aguda, perforación gastroduodenal, etc.— donde la exploración no encuentra lesión en los supuestos sectores viscerales involucrados, o ellos no justifican el cuadro peritoneal comprobado.

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica “A” (Director: Prof. Héctor Arce) y del Departamento de Emergencia del Hospital de Caseros (Director: Prof. Adj. Walter García Font).

** Docente Adscripto y Cirujano Jefe de Sala del Departamento de Emergencia.

El hecho no sería grave, si al hacer la exploración es reconocida la causa exacta de la peritonitis, que evitará perder la oportunidad de identificar el sector sigmoideo afectado, posibilitando la recuperación al efectuar el tratamiento correspondiente a la E.D.C. que dio origen a la complicación peritoneal. En nuestra serie de 30 casos, el diagnóstico preoperatorio correcto fue globalmente de un 34 %, y 66 % erróneo, aunque en la intervención fue rectificado en un 100 %.

Diagnóstico

preoperatorio (H.) + 8 = 34 % (P.) + 4 = 66 %
 — 16 = 66 % — 2 = 34 %

(H.) = Hospital.

(P.) = Personal.

Es útil, en el planteo diagnóstico, en la urgencia, la obtención de radiografías simples de abdomen, de pie y acostado. Puede permitir reconocer el "íleo peritoneal" vinculado al sector colónico afectado izquierdo y bajo en la placa (frecuencia mayor del origen sigmoideo). Puede ser posible visualizar el neumoperitoneo, que debe ser investigado. Será relacionado a la complicación sigmoidea, si existen elementos de irritación peritoneal izquierda y bajos en el abdomen y en la placa. Aun en casos en que no existan antecedentes de trastornos o sufrimiento colónico. Su ausencia no descartará esta posibilidad. El proceso peritoneal activo puede estar exteriorizado por dolor espontáneo, dolor a la palpación y a la decompresión. El máximo de la signología si bien mayoritariamente es izquierdo y bajo, o de hipogastrio, puede (como vimos) estar proyectado a la derecha. Douglas doloroso, a veces ocupado. En ocasiones puede palparse tumefacción dolorosa en la pelvis. Hay casos en que el episodio perforativo ha pasado desapercibido, ocurriendo el peritoneo pelviano bloqueado. Otras (complicación en mujeres) ha sido interpretado como de causa ginecológica. Cuando la contaminación ha sido escasa, lo que puede estar relacionado al ocurrir en divertículo pequeño, con septicidad limitada, y ostium obstruido, el episodio puede no ser reconocido. Algunos de estos pacientes han sido catalogados

erróneamente como supuesta "diverticulitis en empuje". Cuando han existido manifestaciones oclusivas —hipertensión endoluminal colónica— la posibilidad de contaminación es mayor. Por lo expuesto, el proceso piógeno iniciado en la complicación séptica, con perforación espontánea de la C.D., puede evolucionar a formas de "peridiverticulitis limitadas" que pueden ser tomadas como "empuje simple" o "agudización" de la propia E.D.C. Tendrían lugar en zonas de bloqueo por perivisceritis previa, donde el proceso puede quedar localizado y no resultar extensivo. Más aun, cuando por medidas conservadoras y uso de antibióticos, se logra hacerlo retroceder. Sin embargo, la situación debe ser cuidadosamente controlada en ambiente quirúrgico. El estudio complementario, radiológico simple de abdomen de pie y acostado, puede mostrar un "íleo peritoneal" —localizado— concordando con el cuadro clínico habitualmente referido a la parte baja izquierda del abdomen. Pasado el proceso agudo, el estudio de contralor —colon por enema— puede permitir plantear como causal la C.D. sigmoidea. Estos pacientes sólo presentan dolor y defensa, pudiéndose palpar ocasionalmente en la profundidad una tumefacción de caracteres inflamatorios —seudotumoral— dolorosa, o aun en la pelvis, por tacto rectal. La repercusión general es variable; puede haber estado febril. La E.D.C. con complicación no será planteada definitivamente, puesto que la diferenciación disagnóstica con el carcinoma complicado en esa topografía puede resultar difícil.

Por valoración e interpretación errónea de radiografías simples del abdomen obtenidas en la urgencia, varios de estos pacientes fueron inicialmente etiquetados como presentando un cuadro oclusivo. Valoración unilateral de la presencia de niveles intestinales —aeroilia y aun colia— de "contigüidad", que no corresponden a una oclusión. Exteriorizan la existencia de un proceso peritoneal limitado, que por la confrontación clínica comprueba elementos de irritación peritoneal y existencia de "silencio" abdominal, permitiendo identificar la situación. Por otra parte, no hay ausencia definida del tránsito intestinal. El conjunto orienta al diagnóstico de peritonitis localizada. Varios de estos pacientes, en nuestras guardias hospitala-

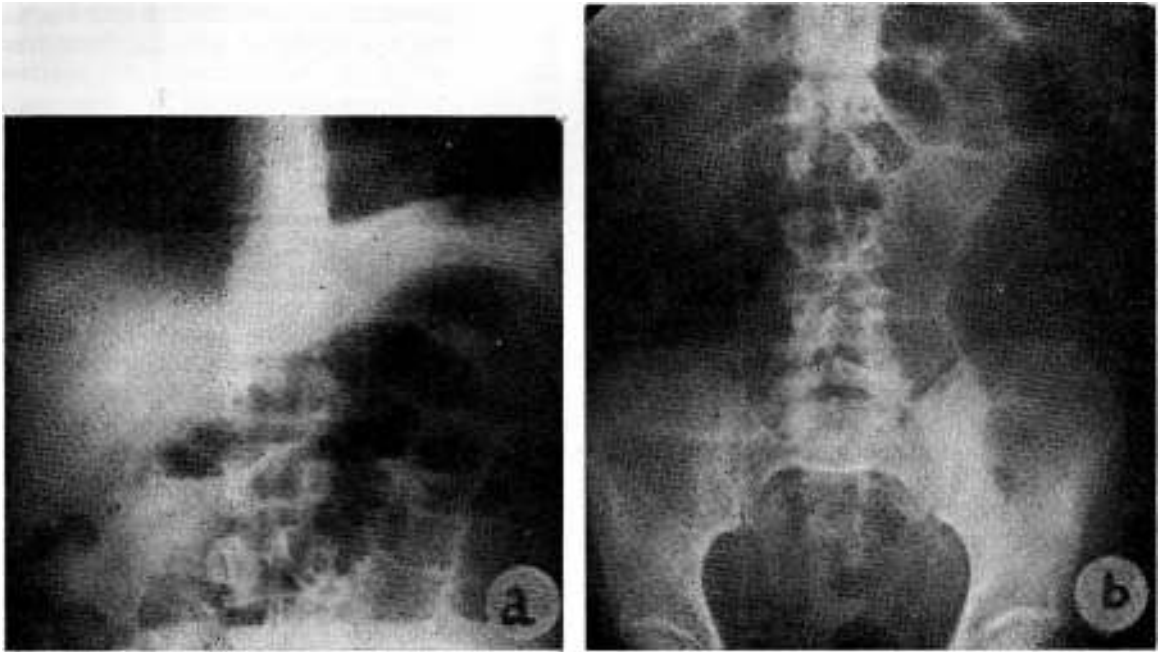


FIG. 1.— Radiografía simple de abdomen de pie y acostado a y b. Peritonitis por perforación de E.D.C. sigmoidea. Tratamiento: drenaje peritoneal + colostomía proximal, transversa derecha. Recuperación. Contralor postoperatorio, colon por enema. Confirma E.D.C. a topografía sigmoidea.

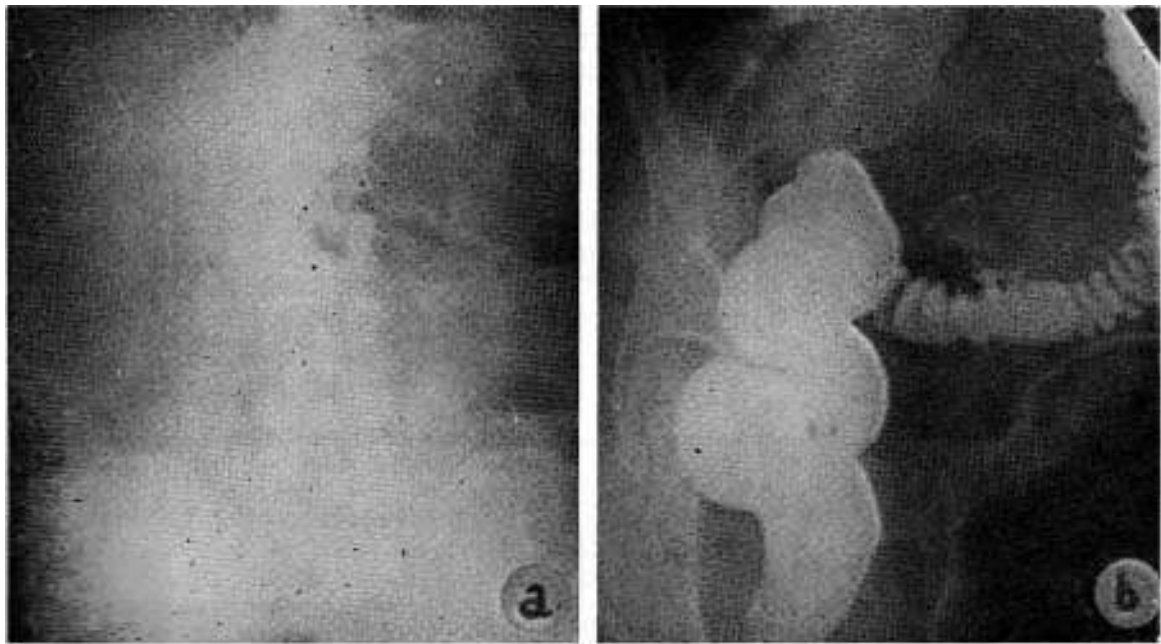


FIG. 2.— a) simple de abdomen de pie por síndrome doloroso de bajo vientre, con tumefacción sensible pelviabdominal izquierda. Se comprueba "íleo peritonítico regional". Operación: absceso perisigmoideo con propagación peritoneal localizada: drenaje peritoneal y colostomía proximal transversa derecha. b) Otro caso: enfermedad diverticular con complicación peritoneal y absceso señalándose la perforación de un divertículo de ubicación sigmoidea documentada por salida de bario fuera de la luz intestinal.

rias, con escaso grado de complicación peritoneal, cedieron con tratamiento "conservador" (reanimación controlada, antibióticos, etc.). El estudio posterior (colon por enema) permitió ubicar la causa como resultante de colopatía diverticular, como única lesión. Cuando el carcinoma colónico no es excluido con certeza, la laparotomía exploradora debe ser propuesta.

El diagnóstico de complicación perforativa por E.D.C. es habitualmente tardío. Hay casos donde la autopsia ha revelado la existencia del proceso. La oportunidad de rectificar el error en la urgencia puede estar en la exploración operatoria que permitirá en consecuencia tratar adecuadamente la situación. A veces el contralor evolutivo de un cuadro agudo de abdomen bajo, puede precisar la indicación.

Señalemos que una de las causales más frecuentes de fallecimiento por E.D.C. o C.D. es la perforación.

Puede ser orientador cuando a la abertura del abdomen se aprecia olor fecal (puede serlo también por apendicitis agu-

da evolucionada) o contenido fecal. Puede encontrarse un sigmoide patológico engrosado, edematoso, rojo vinoso, congestivo --sigmoiditis—. No siempre se reconocen los divertículos tumefactos en su extensión. Ocasionalmente, aspecto necrótico. Otras, cubierto de pseudomembranas. A veces divertículos turgentes; apéndices epiploicos engrosados. En varios pacientes operados en la urgencia, con peritonitis por esta causal, no fue identificada la perforación sigmoidea. Sólo sigmoide patológico con proceso inflamatorio agudo. Por otra parte, no es imprescindible buscarla en esta circunstancia, puesto que la táctica orientada fundamentalmente a la complicación peritoneal (toilette peritoneal, aspiración y secado, drenaje del foco y del Douglas) con "aislamiento" (colostomía por arriba) o resección de la lesión (tipo Hartmann) o "primaria" o "exteriorización" (tipo Mikulicz), pueden obtener la recuperación. La lesión hallada, *peritonitis* y su causa, en los casos analizados fueron:

| | | | Recuperación | Muerte |
|--------------------------|------|------------|--------------|--------|
| Sigmoiditis diverticular | (H.) | 24 | 17 | 7 |
| | (P.) | 6 | 6 | 6 |
| Divertículo perforado | (H.) | 3 sigmoid. | 1 | 2 |
| | (P.) | 1 cecal | 1 | 0 |
| | (P.) | 0 | 0 | 0 |
| Absceso perforado | (H.) | 2 | 0 | 0 |
| | (P.) | 0 | 0 | 0 |

En un caso, coexistencia con carcinoma colónico.

La apreciación del contenido intraperitoneal permite objetivarlo en:

| | | | Recuperación | Muerte |
|----------------|----|------|------------------------------|--------------|
| Líquido turbio | 21 | (H.) | 17 (1 con perf.) | 4 |
| | | (P.) | 4 | 0 |
| Purulento | 8 | (H.) | 6 — 2 + perf. — 4 — perf. | 14 (1 perf.) |
| | | (P.) | 2 | 2 |
| Fecal | 1 | (H.) | 1 | 1 |
| | | (P.) | 0 | 0 |

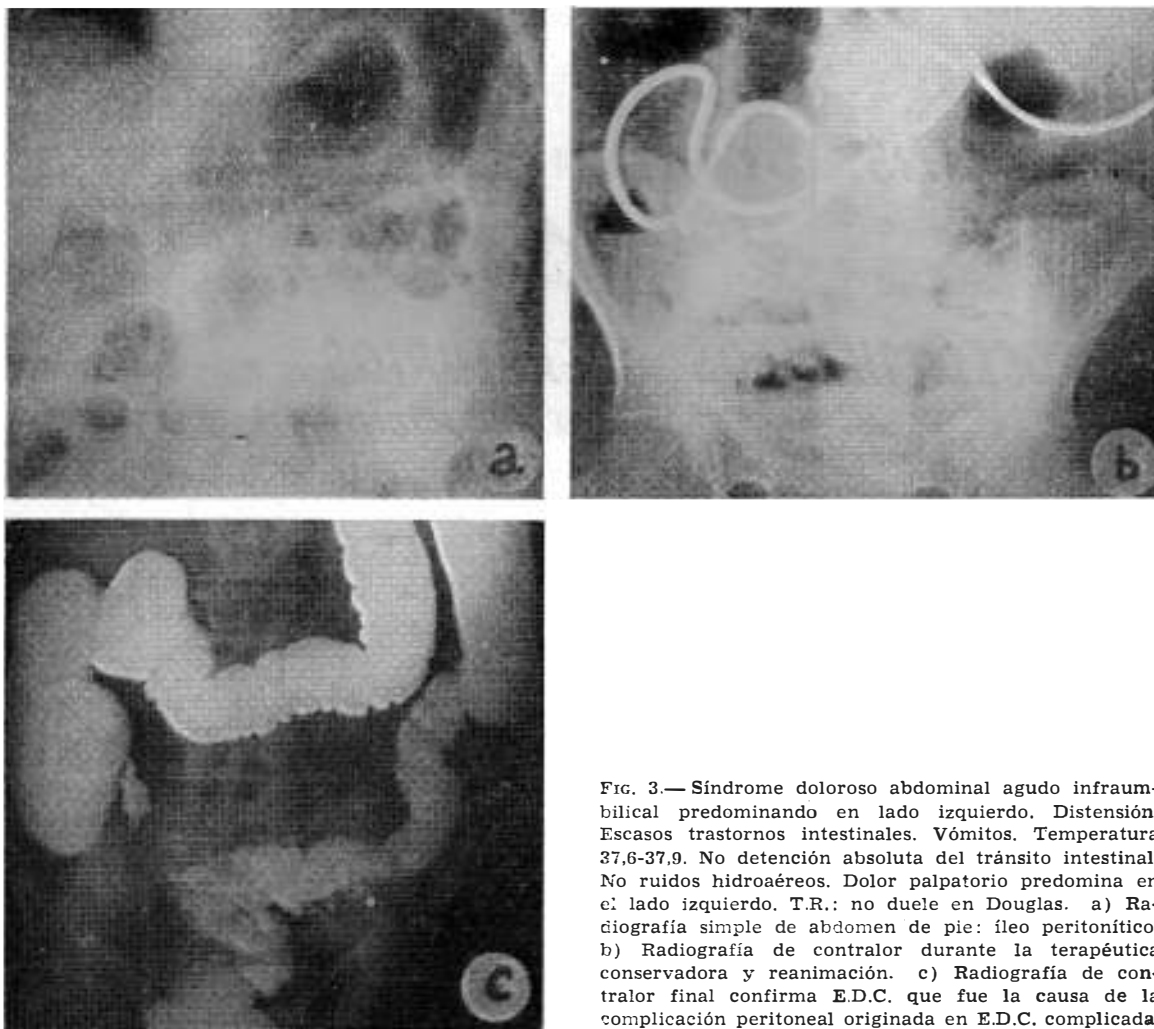


FIG. 3.—Síndrome doloroso abdominal agudo infraumbilical predominando en lado izquierdo. Distensión. Escasos trastornos intestinales. Vómitos. Temperatura 37,6-37,9. No detención absoluta del tránsito intestinal. No ruidos hidroaéreos. Dolor palpatorio predomina en el lado izquierdo. T.R.: no duele en Douglas. a) Radiografía simple de abdomen de pie: íleo peritonítico. b) Radiografía de contralateral durante la terapéutica conservadora y reanimación. c) Radiografía de contralateral final confirma E.D.C. que fue la causa de la complicación peritoneal originada en E.D.C. complicada.

Se aprecia en lo que antecede la evolución de estas situaciones. Globalmente las cifras de morbimortalidad son altas (2, 4). La mortalidad global fue del 30 %. Puede estar relacionada a:

Tiempo transcurrido desde el comienzo de la complicación hasta su reconocimiento diagnóstico y tratamiento. Valls (12) en 11 casos analizados (del Hospital de Clínicas) de peritonitis por E.D.C., señala que sólo hubo reconocimiento diagnóstico en 2 antes de las 24 horas. Globalmente en nues a serie en un 60 % de las veces o hubo diagnóstico exacto preoperatorio. En los casos personales, quizá por el interés por la E.D.C., las cifras fueron diferentes.

Tipo y extensión de la lesión peritoneal, localizada o difusa. Caracteres del contenido. Existencia —reconocimiento o no— de perforación. Situación y condiciones del sigmoide en complicación.

Condiciones del paciente; eventual existencia de asociaciones lesionales (frecuente situación geriátrica) y

Carcinoma colónico coincidente.

Es fundamental cumplir una reanimación ajustada (cateterización venosa a vena cava superior —contralateral de la P.V.C.— y vía de reanimación); cateterización vesical para diuresis horaria (grado de perfusión renal); intubación y aspiración nasogastrointestinal; antibióticos, etc. Mayorita-

Cuadro 1.

| | | | |
|---------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| PERITONITIS: | SIMPLE | CON O SIN | PERFORACION EVIDENCIABLE |
| | PURULENTA | | |
| | FECALOIDEA | | |

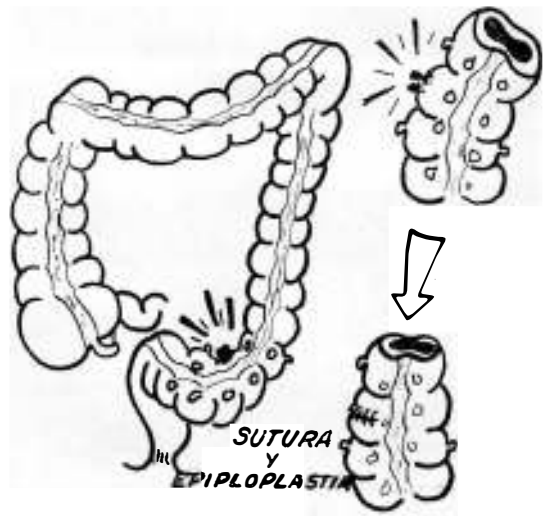
● PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS

EJ. PERFORACION SIGMOIDEA

I: CIERRE SIMPLE y DRENAJE
(PERFORACION DE UN DIVERTICULO)

CON
O
SIN **COLOSTOMIA PROXIMAL**

| | | |
|--------------|---------------------|----------------|
| TOTAL | RECUPERACION | MUERTES |
| 3 | 2 | 1 |



II: COLOSTOMIA y DRENAJE

DEJA SECTOR COLONICO PATOLOGICO CON CONTENIDO FECAL ENTRE LA OSTOMIA y LA PERFORACION - FUENTE EVENTUAL DE PERSISTENCIA DE SEPTICIDAD - TOXICIDAD

| | | |
|--------------|---------------------|----------------|
| TOTAL | RECUPERACION | MUERTES |
| 16 | 12 | |



riamente intentamos solucionar la complicación peritoneal, pretendiendo además aislar la fuente, origen de la complicación, aunque actualmente esto último está en revisión (2, 5, 6, 9, 13), como más ade-

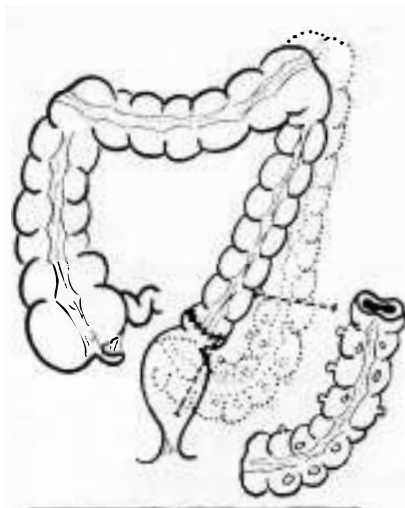
lante analizaremos. Hemos hecho en más de un 50 % de las veces colostomía transversa, drenaje peritoneal y del foco. En los cuadros siguientes se objetivan los procedimientos operatorios.

Cuadro 2

III: RESECCION y ANASTOMOSIS PRIMARIA

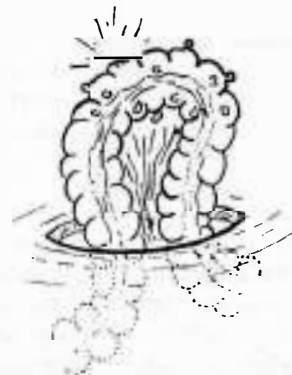
CON
 SIN
**COLOSTOMIA PROXIMAL
 TRANSVERSA DERECHA**

TOTAL RECUPERACION MUERTES
 2 0



IV: EXTERIORIZACION EXCLUSION CON RESECCION POSTERIOR

TOTAL RECUPERACION MUERTES
 4 3 1



MIKULICZ

V: RESECCION - COLOSTOMIA DEL CABO PROXIMAL - CIERRE DEL CABO DISTAL

TOTAL RECUPERACION MUERTES
 4 3 1

HARTMANN



| | | Recu- pera- ción | Muer- te |
|--|-------------------|------------------------|-------------|
| Colostomía transversa de- recha + drenaje | (H.) 13 (P.) 3 | 9 3 | 4 0 |
| Exteriorización + drena- je (Mikulicz) | (H.) 3 (P.) 1 | 2 1 | 1 0 |
| Cecostomía + drenaje (divert. cecal) | (H.) 1 (P.) 0 | 1 0 | 0 0 |
| Sutura de perforación + drenaje | (H.) 3 (P.) 0 | 2 0 | 1 0 |
| Resección sin anastomo- sis | (H.) 3 (P.) 1 | 2 1 | 1 0 |
| Resección con anastomo- sis (con colostom. trans. derecha) | (H.) 1 (P.) 1 | 1 1 | 0 0 |

La sutura de perforación se hizo en 3 casos (H.), con adición de colostomía transversa derecha, perforación de divertículo aislado y colon en condiciones de aceptar la sutura. Personalmente no hemos tenido casos para esta indicación. Habitualmente no es aconsejable hacerla, puesto que el colon afectado está edematoso y friable. Por otra parte, la mayoría de las veces no hemos podido reconocer el sitio de la perforación "tapada" (epiplón, apéndice epiploico, ansas, etc.), ni tampoco lo hemos intentado. Basta reconocer la colopatía diverticular con su complicación peritoneal, identificar la peritonitis y su causa, hacer el inventario del sigmoide afectado, clasificar la peritonitis difusa o localizada, simple, purulenta o fecal y orientar la terapéutica sobre estos hechos. Fue evidente que en los casos con resección, el postoperatorio inmediato fue mejor. De los 6 realizados hubo 1 muerte (H.). Los 2 con restablecimiento de la continuidad tuvieron evolución favorable.

La evolución posterior fue:

| | |
|---|---|
| De los 17 que se recuperaron se hizo (H.) re- sección en 8: | |
| Evolución buena | 5 |
| Con complicaciones | 2 |
| Muerte | 1 |
| De los 6 que se recuperaron se efectuó (P.) resección en 5: | |
| Evolución Buena | 4 |
| Con complicación | 1 |
| No se hizo resección (evolución buena) (Efectuándose el cierre de la colostomía previo "contralor") | 1 |

En la serie estudiada hubo complicaciones relacionadas a:

- contaminación: infección de herida, eventración;
- fuga anastomótica: fístula, peritonitis;
- trombosis venosa;
- infección urinaria.

La táctica frente a la perforación sigmoidea por E.D.C. y peritonitis ha sido revaluada por diversos autores: Crile (2), Dawson (4), Madden (6), Roxburgh (8), Ryan (9), etc., vistos los pobres resultados de esta emergencia y su alta morbimortalidad. Vimos que de 16 veces que se hizo colostomía transversa y drenaje, se obtuvo recuperación en 12 y hubo 4 muertes. Proponen realizar un ataque más "activo" y "radical", efectuando la resección primaria del sector involucrado. Refieren mejores índices de recuperación, con disminución de la morbimortalidad. Proponen sustituir las operaciones "escalonadas" —drenaje y colostomía— con posterior resección, por "resección primaria y anastomosis". De acuerdo a nuestra limitada experiencia, creemos que lo importante en esta orientación lo constituye la resección. Si las condiciones presentes lo permiten, integradas por experiencia del cirujano y "ambiente adecuado". La anastomosis y restablecimiento de la continuidad colónica pueden ser planteadas. Es conocido que fuera de la urgencia ello tiene menores riesgos. El mismo Madden señala que ha tenido fístulas fecales, abscesos, peritonitis, infección de herida operatoria y dehiscencia. Justamente procesos que pueden estar relacionados a fuga anastomótica, falla de sutura. A pesar de

esto, sus resultados globales —índice de recuperación— resultaron mejores por resección primaria. En 28 casos por perforación de C.D., la “resección primaria” tuvo menos morbilidad, frente a operaciones escalonadas. Cuando se realiza la resección primaria y anastomosis, es aconsejable adicionar una colostomía transversa derecha. No previene la falla de sutura, pero sí disminuye sus riesgos. Hay autores que la sugieren como complementaria. Si bien prefieren la resección primaria, no hacen objeción a la colostomía. En el colon izquierdo los cabos pueden exteriorizarse (Mikulicz) y luego realizar la resección, o exteriorizar el proximal como colostomía y hacer el cierre del cabo distal (Hartmann). Si es preciso movilizar el recto de su lecho —anastomosis cercana al suelo pelviano—, es aconsejable efectuar la colostomía por arriba; igualmente frente a cualquier circunstancia de duda. A menudo el colon está afectado más allá de la supuesta lesión, más allá del proceso patológico visible (congestión infiltración edema) por lo cual el restablecimiento de la continuidad tiene sus riesgos. Sin embargo, los que la proponen expresan que “...el cirujano que hace la intervención y no reseca, es porque piensa que no puede hacer más...”; “...cree que si lo intenta el riesgo será grande y la mortalidad también...”. Sin embargo, Madden tuvo como resultado de “resección primaria” una mortalidad de 9,1 % frente al 40,3 % de “cirugía escalonada”. Dice que “...estos pacientes son tan graves que lo único que puede mejorarlos es la resección primaria”. La alta mortalidad podría estar vinculada a la persistencia del contenido intestinal entre la colostomía y el foco perforativo, con posibilidad de salida continua por la perforación. El sector colónico dejado “in situ” sería “...un cuerpo extraño autógeno y tóxico”. Si se plantea la posibilidad de que la complicación puede corresponder al carcinoma colónico complicado o él no puede ser excluido con certeza el procedimiento quirúrgico debe incluir principios oncológicos (bloqueo pedicular venoso, inicial y de la luz intestinal realizando la exéresis con el margen admitido en sector sano intestinal y del meso correspondiente). Muchas veces estos pacientes son intervenidos en

la urgencia por cirujano sin la experiencia requerida para estos procedimientos de cirugía compleja. Es posible, cuando el sector causal de la E.D.C. con complicación peritoneal es abordado en ambiente quirúrgico “adecuado” (cirujano, anestesista, etc.) y la condición lesional del sigmoide lo habilita, efectuar la resección primaria como táctica —resección del sector colodiverticular causal—. Esto aporta beneficios a la recuperación. Vimos que puede ser resección al modo de Hartmann o resección con anastomosis, con o sin colostomía adicional por arriba, o aun cuando hay meso amplio y paciente no obeso, efectuar la exteriorización al modo de Mikulicz para resección posterior. Si la lesión es importante y el contenido es fluido, la resección tiene mejores beneficios. La resección no es de aplicación indiscriminada y no sustituye a otras tácticas, si hay razones que se oponen a ella. Ciertamente es una tendencia a considerar, que debe ser juiciosamente valorizada en sus posibilidades. Hay una orientación creciente, meditada, en muchos autores, hacia la conducta reseccionista.

RESUMEN

El autor presenta su experiencia y resultados en el tratamiento de las complicaciones peritoneales de la E.D.C. Analiza 30 casos de una serie de 230 pacientes con E.D.C. El diagnóstico preoperatorio fue correcto sólo en 34 % de los casos. En el restante 66 % otros diagnósticos fueron planteados (apendicitis, úlcera perforada, etc.). En todos los casos, sin embargo, se hizo el diagnóstico operatorio.

El síndrome clínico perforativo clásico no estuvo presente en la mayoría de los casos, habiéndose presentado sintomatología progresiva en muchos. El examen radiológico simple de abdomen se considera fundamental. La lesión más frecuentemente hallada fue la sigmoiditis con participación peritoneal. En sólo 3 casos se encontró perforación evidente. La mortalidad global fue del 30 %. Los procedimientos operatorios utilizados fueron diversos; se hizo resección primaria en 6 casos, habiéndose restablecido la continuidad colónica en 2 de ellos, teniendo evolución favorable. Si las condiciones ambientales (cirujano, anestesista, etc.) y

del paciente, son favorables, es aconsejable la exéresis en agudo del sector sigmoideo afectado. En otras situaciones se optará por los diversos procedimientos de drenaje y derivación fecal externa.

RÉSUMÉ

L'auteur présente les résultats du traitement de la péritonite par complication de maladie diverticulaire chronique (M.D.C.): 30 cas sur une série de 230 reconnus comme M.D.C. La péritonite a été la complication aigüe qui a rendu nécessaire l'opération d'urgence dans 81 % des cas. Dans 66 % des cas il n'y avait pas eu de diagnostic pré-opératoire à l'Hôpital. Celui-ci put cependant être fait pendant l'exploration chirurgicale, lorsqu'on a constaté qu'il n'y avait aucun lien entre la cause supposée et la péritonite et qu'on a trouvé par contre un sigmoïde pathologique avec ou sans diverticules, avec ou sans perforation reconnue. La lésion rencontrée le plus souvent fut la sigmoïdite diverticulaire et trois fois seulement on a constaté une perforation du diverticule sigmoïdien. La tableau clinique perforatif aigu n'a pas été le plus fréquent: il s'est présenté progressivement, avec réaction péritonéale, Douglas douloureux et parfois tuméfaction perceptible dans la région pelvienne. La mortalité globale a été de 30 %. Le procédé opératoire employé le plus fréquemment a été le drainaga du foyer et du Douglas et la colostomie transverse droite (13), l'extériorisation et le drainage (4), la coecostomie et le drainage (1), diverticule coecal perforé, résection du type Hartmann (4) et résection et anastomose primaire dans 2 cas, avec évolution favorable. Suture de perforation et drainage dans 3 cas.

L'auteur est d'avis que si l'on dispose d'un milieu chirurgical approprié, si l'on a de l'expérience et la lésion permet sa résection, celle-ci peut être pratiquée. De plus en plus certains auteurs penchent vers la résection à chaud.

SUMMARY

The author's personal experience and results in peritoneal complications of the diverticular colonic disease (D.C.D.) are presented. A review is made of 30 cases selected of a series of 230 patients presenting D.C.D.

Preoperative diagnosis was correct in only 34 % of the cases. In 66 % other diagnosis were considered (appendicitis, perforating ulcer, etc.). In all cases, however, operative diagnosis was established.

The classic perforative syndrome was absent in the majority of the cases, in which the symptomatology was progressive.

Plain X Ray study is considered of main importance. The most frequently founded lesion was sigmoiditis with peritoneal extension. In only 3 % of cases perforation of one diverticul rendered evident was present. Total mortality was 30 %.

Various surgical procedures were utilized: primary resection in 6 cases with anastomosis in 2 of them, with good results.

If the patient's conditions and with qualified surgeon and anaesthetist, primary resection is advisable. In other circumstances, different kinds of colostomy and drainage should be used.

BIBLIOGRAFIA

1. ASINER, B. Indicaciones quirúrgicas en la enfermedad diverticular colónica. *III Congreso Internacional de Proctología*, 1: 139, 1963.
2. CRILE, C. (Jr.). Dangers of conservative surgery in abdominal emergencies. *Surgery*, 35: 122, 1954.
3. CHIFFLET, A. Complicaciones de la colopatía diverticular. *III Congreso Internacional de Proctología*, 1: 39, 1963.
4. DAWSON, J. L., HANON, I. and ROXBURGH, R. A. Diverticulitis coli complicated by diffuse peritonitis. *Brit. J. Surg.*, 52: 354, 1965.
5. GREGG, R. O. The place of the emergency resection in the management of obstruction and perforating lesions of the colon. *Surgery*, 37: 754, 1955.
6. MADDEN, J. and TAN, P. Primary resection and anastomosis in the treatment of perforated lesion of the colon with abscess of diffusing peritonitis. *Surg. Gynec. & Obst.*, 113: 646, 1961.
7. PRADINES, J. Tratamiento quirúrgico de la enfermedad diverticular del colon. *III Congreso Internacional de Proctología*, 1: 88, 1963.
8. ROXBURGH, R. A., DAWSON, J. L. and YEO, R. Emergency resection in treatment of diverticular disease of the colon "complicated by peritonitis". *Brit. Med. J.*, 3: 465, 1968.
9. RYAN, P. Emergency resection and anastomosis for perforated sigmoid diverticulitis. *Brit. J. Surg.*, 45: 611, 1958.
10. SMILEY, A. F. Perforated sigmoid diverticulitis with spreading peritonitis. *Amer. J. Surg.*, 116: 431, 1966.
11. TODD, I. Discusión. *III Congreso Internacional de Proctología*, 2: 43, 1963.
12. VALLS, A. Peritonitis por perforación diverticular colónica. *III Congreso Internacional de Proctología*, 1: 113, 1963.