

Exteriorización sigmoidea en la perforación diverticular

Reintegro al vientre del asa cicatrizada

Dres. Roberto Perdomo y César Armand Ugón *

Se presentan 4 observaciones de perforación diverticular sigmoidea, tratadas de urgencia por exteriorización del asa y, en dos de ellas, con ulterior reintegro de esta asa cicatrizada a la cavidad peritoneal. Se formula la fundamentación que lleva a los autores a preferir esta conducta y las condiciones anatómicas y patológicas propias del proceso que determinan la posibilidad de su aplicación. En especial, se enfatiza el aspecto relativo a evitar una resección con anastomosis de urgencia o diferida que, a la luz de la experiencia personal y de algunas referencias bibliográficas, se presenta como un acto preventivo cuyo riesgo excedería los requerimientos evolutivos corrientes de la enfermedad diverticular del colon.

Palabras clave (Key words, Mots clés). MEDLARS: Diverticulosis, colonic / complications.

El tratamiento quirúrgico de las peritonitis por perforación diverticular es aún materia de discusión. Lo demuestra la simple revisión de las diversas técnicas quirúrgicas que se precorizan, con fundamentos variados y a menudo contradictorios, para resolver esta emergencia. La bibliografía relativa al punto es abundante y destacamos dentro de ella los aportes de los autores nacionales (5, 9, 26, 32, 39).

Nos interesa intervenir en tal discusión apoyando al método de exteriorización de la perforación, condicionado a su topografía habitual en el asa sigmoidea y a las características anatómicas de la misma. En línea de conducta similar señalamos los trabajos de Muchnik y col. (27), Staunton (37) y Vacca y col. (38).

Consideramos también de interés comentar la posibilidad de aceptar a esa acción primaria como tratamiento suficiente, reintegrando posteriormente el asa cicatrizada a la cavidad peritoneal. En nuestro país Mautone y Salgado (26) adoptan, con éxito, esta misma con-

Clínica Quirúrgica "F" (Prof. Dr. Luis A. Praderi). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo.

ducta en un paciente enteramente similar a los nuestros.

Nuestra posición se fundamenta en la experiencia adquirida a través de las observaciones que pasaremos a relatar.

CASUÍSTICA

Obs. 1.—Mujer de 51 años. Hospital Pasteur. Diciembre 31, 1962. 48 horas antes: dolor en hemiventre inferior, vómitos y fiebre. El dolor se exacerba en las últimas horas. Constipación. Expulsa gases.

Antecedentes: reumatismo deformante crónico con rigideces de los cuatro miembros que dificultan mucho la movilización.

Examen: Febril, dolorida, lengua seca y saburral. Abdomen: dolor y defensa antálgica generalizada, con máximo en FII e hipogastrio. Distensión difusa, homogénea. Douglas doloroso.

Radiografía de abdomen: Distensión irregular de colon y delgado. Exudado entre asas. No neumoperitoneo.

Operación urgente: Diagnóstico de peritonitis difusa por probable perforación de colon. Paramediana latero-rectal interna infraumbilical izquierda. Exploración: pus abundante, fluido, libre en la cavidad peritoneal. Proceso inflamatorio adherencial que une asas delgadas a la rama proximal del asa sigmoidea, en zona cercana al pie de la misma. Se liberan fácilmente y queda al descubierto una perforación de 2 mm de diámetro, en cara anterior derecha del sigmoidea. Asienta sobre tejido inflamatorio y está rodeada de apéndices epiploicos engrosados por edema. Procedimiento: Decolamiento del colon descendente e íliaco hasta el ángulo izquierdo. Exteriorización de la perforación por la parte alta de la incisión operatoria, mantenida mediante dos varillas transmesiales. Drenaje del Douglas.

Evolución inmediata: Cierre espontáneo de la perforación en pocos días. El tránsito intestinal se reanuda normalmente a través de la zona exteriorizada, una vez retiradas las varillas. Sepultamiento progresivo del sigmoidea. Granulación y epitelización por encima del asa.

Evolución alejada: Julio de 1975. Consulta por eventración. Tránsito intestinal normal. No ha tenido síntomas abdominales, atribuibles a su diverticulosis, en estos 13 años. Colon por encima: Tránsito baritado normal. Divertículos en sigmoidea.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 5 de noviembre de 1975.

* Profesor Agregado y Asistente de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Charrúa 2379, Montevideo (Dr. Perdomo)

Obs. 2.—Mujer de 70 años. Hospital Pasteur. Octubre 12 de 1966. 32 horas antes: bruscamente dolor intenso en hemiventre inferior. Luego difunde a todo el vientre predominando en FII. Vómitos escasos. Constipada habitual; desde hace tres días no moviliza el intestino.

Examen: Delgada, pálida, dolorida, temperatura axilar 37°5, lengua húmeda y saburral, pulso arritmico de 90 p/m. Abdomen: distensión simétrica de hemiventre inferior. Dolor difuso a la palpación predominando en hemiventre superior, donde también hay contractura. En bajo vientre duele sobre todo la FII y se palpan allí materias duras en colon ilíaco. Hipersonoridad generalizada a predominio en hemiventre inferior. Matidez hepática disminuida. Silencio a la auscultación. Douglas saliente, doloroso. Materias en el recto; viene mucus en el guante.

Radiografía de abdomen: Vientre superior opaco. Sospecha de neumoperitoneo mínimo a izquierda. Gases y materias en todo el colon y éste participa de un ileo regional que comprende bajo vientre y pelvis, en contraste con la opacidad superior.

Paracentesis: Se extrae una gota de exudado puriforme sanguinolento. Informe del laboratorio: al examen directo hay abundantes polinucleares y piocitos.

Operación urgente: Diagnóstico de peritonitis hematópurulenta difusa de causa no determinada; se piensa en origen alto por la contractura de esa zona. Paro cardíaco en la inducción anestésica. Masaje cardíaco externo por 10'; recobra buenos latidos y aparece pulso periférico. Se inicia la operación sin más agentes anestésicos. Paramediana derecha laterorrectal interna supra (inicial) e infraumbilical.

Exploración: Líquido hemorrágico intensamente fétil; escaso arriba y abundante en la pelvis. Coprolitos libres en medio del exudado pelviano. Perforación amplia, de 2 cm de diámetro en borde antemesentérico del vértice del asa sigmoides. No hay otras lesiones aparentes en el colon; la perforación ofrece muy pocas señales de proceso inflamatorio en su torno y ningún tipo de bloqueo regional. Biopsia del borde. Exteriorización del área perforada a través de la incisión. Lavado peritoneal y drenaje del Douglas.

Evolución inmediata: Shock e inconciencia durante las primeras 24 horas. Luego se recupera y evoluciona sin incidentes. Se le practica en Sala colostomía sobre el asa exteriorizada. Alta a los 20 días. Es perdida de vista.

Evolución alejada: Setiembre 1975. Entrevista en domicilio. Ha concurrido a policlínica del H. Pasteur donde se le planteó el cierre de la colostomía y reparación de la eventración; finalmente no fue realizada por problemas cardiovasculares. Moviliza el intestino día por medio por la colostomía. Examen: gran eventración de la incisión operatoria; colostomía sigmoidea lateral de buen aspecto.

Anatomía patológica: Biopsia de intestino grueso con proceso inflamatorio agudo exudativo fibrinoleucocitario en vías de organización, cuya etiología no se puede deducir. En suma: perforación de colon, granuloma inflamatorio inespecífico.

Obs. 3.—Hombre de 51 años, CASMU 301.136. Enero 6 de 1973. 20 días: dolor inguinal derecho. Ayer el dolor se hace más intenso e irradia a todo el bajo vientre, con máximo en FID. Tenesmo rectal. Polaquiuria. Tránsito intestinal diario hasta ayer.

Examen: Temperatura 37°3/38°3. Herpes labial inferior. Halitosis. Lengua saburral. Abdomen: dolor y defensa en hipogastrio, FII y máximo en FID. Tacto rectal: Douglas doloroso.

Operación urgente: Diagnóstico apendicitis aguda. Incisión de Mac Burney-Gosset, ampliada luego en forma de hemipfannestiel, abriendo ambas vainas rectales.

Exploración: Peritonitis difusa, a exudado purulento escaso. Apéndice sano. Sigmoides con proceso inflamatorio intenso: perisigmoiditis con engrosamiento parietal y mesial por infiltración edematosa. Perforación cercana al vértice del asa que conduce a pequeña cavidad parietal llena de material fecal retenido, la cual a su vez comunica con la luz intestinal por pequeño orificio que permite insinuar la punta de una pinza americana. Exteriorización del asa con la perforación por la línea media (interrectal), contenida por varilla transmesial. Apendicectomía. Drenaje del Douglas. Piel abierta y evertida.

Evolución inmediata: Cierre rápido de la perforación exteriorizada. Tránsito conservado. Retirada la varilla, el asa sigmoides se sumerge y la piel la recubre por completo. Marzo 23 de 1973: Herida cerrada.

Evolución alejada: Noviembre 22 de 1973. Reintervención: Liberación y reintegro del sigmoides a la cavidad peritoneal. Cierre parietal.

Noviembre de 1974: Se interna por episodio doloroso abdominal que interpretamos como nuevo episodio de sigmoiditis. Cede al tratamiento médico.

Abril 23 de 1975: Evoluciona bien. Colon por enema: colon permeable con hipertonía predominando en sectores distales. Múltiples divertículos en sigmoides y descendente.

Obs. 4.—Mujer de 60 años. CASMU 128.506. Julio 28 de 1973. 5 días: dolores periumbilicales irradiados a bajo vientre. Fiebre y náuseas. Detención del tránsito intestinal para materias y gases en las últimas 24 hs.

Examen: Obesa, pícnica. Temperatura axilar 37°5. Lengua húmeda y saburral. Abdomen: ligera distensión. Dolor en bajo vientre que predomina en FID. Eventración de herniotomía umbilical, blanda e indolora. Tacto recto-vaginal: tumefacción dolorosa en fondo de saco de Douglas.

Operación urgente: Diagnóstico apendicitis pelviana pseudotumoral. Incisión de Mac Burney-Gosset. Exploración: asa sigmoidea larga que llega hasta la FID. Tumefacción inflamatoria en su rama descendente que ocupa la pelvis. Se despega fácilmente y se exterioriza por la incisión. Perforación de tipo diverticular, aunque no se reconoce divertículo, en el centro de la tumefacción. Da salida a pequeña cantidad de material fecal y permite introducir la punta de una pinza americana hasta la luz del colon. El proceso inflamatorio está bloqueado por perisigmoiditis, sin peritonitis libre. Exteriorización por el Mac Burney, contenida por varilla transmesial.

Evolución inmediata: Luego de una evacuación espontánea el tránsito se detiene progresivamente. Hay distensión abdominal, dolor periumbilical y sensación de empastamiento en la zona. Pensando en trastorno del tránsito en el asa exteriorizada, se abre el asa a bisturí eléctrico: no hay materias en la luz, mucosa normal de visu y a la palpación. Radiografía de abdomen: oclusión mecánica del delgado.

Agosto 3 de 1973: Reintervención: incisión paraumbilical izquierda; se extrae una compresa olvidada entre las asas. Sigue buena evolución. Funciona bien la colostomía sigmoidea.

Evolución alejada: Noviembre de 1973. Cierre de la colostomía. Reintegración del sigmoides a la cavidad peritoneal. Cierre parietal. Piel abierta.

Julio 31 de 1975: Buena evolución clínica. Colon por enema; asa sigmoides elongada originando amplio bucle, hipertónica y con pequeñas imágenes diverticulares.

COMENTARIO

La extensión de la participación peritoneal permite distinguir formas fisiopatológicas distintas en las peritonitis de origen diverticular: las formas de *peritonitis localizadas*, abecadas o no (Obs. IV), y las *peritonitis difusas* o *generalizadas*. Estas últimas, que son las de mayor interés, comprenden nuestras observaciones I, II y III, y pueden, a su vez, ser separadas en dos tipos fundamentales (8, 9, 21, 37, 38):

a) *Por obstrucción del cuello diverticular*, que lleva a la diverticulitis sigmoidea y ésta a la *peritonitis purulenta*. No hay comunicación de la cavidad peritoneal con el lumen intestinal o ella es muy reducida. Es una forma similar a la que se encuentra corrientemente en las peritonitis apendiculares. No se produce pasaje fecal o éste es mínimo y queda bloqueado en el divertículo.

Corresponde esta descripción a nuestras observaciones I y III. En la serie de Staunton (37) de 14 casos, 13 eran peritonitis purulentas. Vaca y col. (38) refieren 4 observaciones, todas ellas del tipo purulento.

b) *Perforación diverticular por hipertensión endoluminal, sin fenómenos inflamatorios importantes previos*. Se constituyen *peritonitis fecaloideas* porque hay amplia comunicación de la luz intestinal con la cavidad peritoneal. Corresponde a nuestra observación II.

Son éstas las peritonitis más graves del punto de vista pronóstico por su rápida evolución al shock séptico. Es por este aspecto de distinta gravedad que MacLaren (21) y Staunton (37) enfatizan el valor de aquella clasificación fisiopatológica.

Reconocimiento de la lesión perforada. Se reconoce siempre el proceso inflamatorio sigmoideo que da origen a la peritonitis (2, 5). En algunos casos resulta imposible encontrar la perforación en peritonitis purulentas.

Por otra parte, no siempre es posible al cirujano actuante en la urgencia determinar con seguridad, durante la exploración abdominal, que la perforación encontrada tiene su origen en un divertículo. Cuando no existen antecedentes claros de enfermedad diverticular, la interpretación queda subordinada a nociones de frecuencia y al hallazgo contingente de una cavidad perforada de aspecto diverticular en el espesor de la pared del colon. En tal sentido pueden quedar dudas insalvables para la necesaria precisión nosológica. El estudio radiológico postoperatorio aporta datos de probabilidad a la cuestión, pero ellos no son

tampoco seguros. La presencia de otros divertículos no es absoluta para afirmar que hubo una perforación diverticular y su ausencia puede corresponder a la real perforación de un divertículo aislado.

De todos modos, teóricamente pueden existir otras formas de perforación sigmoidea de etiología benigna coincidiendo con la enfermedad diverticular del colon, cuya alta frecuencia en las personas de edad es bien conocida. También pueden quedar dudas sobre la naturaleza benigna del proceso (30). La posibilidad de una neoplasia sigmoidea perforada ha sido planteada y la exteriorización permitiría su observación y biopsia posterior (19, 38). Aunque, nos anticipamos a destacarlo, creemos que si en la urgencia la posibilidad de una neoplasia no se descartase firmemente, la mejor conducta es la resección de la lesión con o sin criterio oncológico (2, 30).

En nuestra experiencia resultó imposible asignar a la causa diverticular las lesiones sigmoideas perforadas halladas en la exploración de urgencia, si bien la macroscopía operatoria permitía alejarse de la etiología tumoral con razonable seguridad.

La mayoría de las perforaciones se producen donde predominan los divertículos numéricamente y donde son máximas las alteraciones colónicas, es decir en el asa sigmoidea. Dentro de ésta, si la perforación es en el vértice del asa, el procedimiento de exteriorización será más factible de realizar. En cambio, resultará imposible si la perforación asienta en la unión rectosigmoidea y será más difícil si lo hace cercana a la unión iliaco-sigmoidea.

La *movilidad del asa sigmoidea* (o el *decolamiento coloparietal*), es la segunda condición necesaria para realizar la exteriorización. Vaca y col. (38) entienden que prácticamente siempre es posible exteriorizar el sigmoides, sea por estar libre o por ser fácilmente movilizable. También es la opinión de Staunton (37), para quien en 12 de sus 14 observaciones se podría haber aplicado este procedimiento.

En 3 de nuestros pacientes el sigmoides se movilizaba libremente y la perforación asentaba cercana al vértice del asa, por lo que no hubo dificultades para su exteriorización. En uno de ellos (Obs. II) se exteriorizó por la laparotomía paramediana derecha; otro (Obs. IV) permitió inclusive ser exteriorizado por la fosa iliaca derecha.

En la Obs. I la ubicación de la perforación en la rama proximal del asa sigmoides, cercana al pie de la misma, obligó a un decolamiento amplio coloparietal del descendente e ilíaco, con el cual se obtuvo también su exteriorización sin tracción por la laparotomía paramediana izquierda. Naturalmente que si la incisión exploradora no permite una salida al exterior y el mantenimiento sin tracción del segmento del asa con la perforación, se debe confeccionar otra más adecuada al efecto (19).

Creemos que no se debe temer a la sección de la reflexión lateral del peritoneo y al decolamiento coloparietal de los planos retroperitoneales (19). Nos apoyamos en la opinión de otros autores (38,41) que no observan la propagación de la infección al espacio retroperitoneal con motivo de esa maniobra. La posibilidad puede ser contrabalanceada mediante una correcta "toilette" peritoneal y una ajustada antibioterapia postoperatoria.

Se han propuesto diversos *procedimientos quirúrgicos* para el tratamiento de esta complicación y de la enfermedad diverticular de base. Cabe su ejecución en uno o más tiempos operatorios y los enunciaremos rápidamente, desde el técnicamente más simple al más complejo:

a) *Simple drenaje del foco y del Douglas*. Asociado a *colostomía proximal*, habitualmente transversa derecha. Fue sugerido por Lockhart Mummery (20) en 1923.

b) *Cierre simple por sutura de la perforación*, con o sin colostomía proximal. Es un procedimiento de excepción, pues habitualmente o no se ve la perforación o el colon periorificial no acepta una sutura en condiciones de mínima seguridad (30,37).

c) *Exteriorización del asa sigmoidea con la perforación* (27,37,38). Comunica al exterior el foco perforado contaminante. Es el procedimiento al cual nos estamos específicamente refiriendo.

d) *Resección primaria del sigmoides*, que puede hacerse con o sin restitución del tránsito digestivo colónico en el mismo acto quirúrgico. *Sin restitución del tránsito por:* abocamiento de los cabos a la pared o por cierre del cabo distal y abocamiento del cabo proximal a la pared (Hartmann). *Con restitución del tránsito por:* anastomosis primaria, con o sin colostomía proximal (7,13,22,34,42,43).

1ª Etapa Quirúrgica: la exteriorización sigmoidea. Es de sencilla ejecución. Consiste simplemente en exteriorizar el segmento de asa con la perforación, previamente liberado y movilizado en toda su amplitud, y mantenerlo in-situ sostenido sobre varilla transmural, ya sea por la herida principal o por contrabertura en la fosa iliaca izquierda. Es además un procedimiento rápido que puede ser ejecutado en tiempo mínimo sin desmedir de su efectividad, como lo demuestra nuestra observación II.

Las series de Staunton (37) y Vaca y col. (38) destacan las bondades del procedimiento: su adecuación al fin esencial de salvar la vida del paciente en la instancia de urgencia y especialmente su baja morbilidad. Ni en los pacientes de estos autores ni en los nuestros se produjeron fenómenos tóxicos atribuibles al mantenimiento de la conexión linfocanguínea del foco exteriorizado con el resto del organismo (14). Una observación de Mautone y Salgado (26) mereció esa interpretación.

Evolución del asa sigmoidea exteriorizada. La perforación se cerró espontáneamente en nuestros casos I y III sin dar lugar a fistulización sigmoidea. Muchnick y col. (27) insisten en que la condición esencial para que esto se produzca es la de que las materias fecales circulen libremente por el asa exteriorizada hacia el recto.

El asa dejada evolucionar in-situ se sumerge una vez retiradas la o las varillas transmiales y se produce la epitelización completa por encima de ella en un plazo de 40 a 60 días (38). Tal lo observado en nuestros pacientes (Obs. I y III).

2ª Etapa Quirúrgica: acción sobre el asa exteriorizada. La posición ortodoxa aconseja la reintervención en un plazo de 5 a 6 semanas (30,41). Según Linder y Hoffman (19), en 2 a 3 meses el asa sigmoidea estaría en condiciones ideales para ser resacada. Si persisten dudas sobre la posibilidad de una neoplasia estos plazos deberían abreviarse y reintervenir a la tercera semana (2).

En nuestros pacientes: Dos no fueron reintervenidos. Uno por problemas cardiovasculares (Obs. II) y lleva 9 años bien, con una colostomía in-situ; otro (Obs. I) 13 años después sigue bien del punto de vista intestinal con el sigmoides incluido bajo la cicatriz operatoria, habiendo consultado recientemente por su eventración.

Los otros dos pacientes fueron reintervenidos, reintegrándose el asa *sin resección* a la cavidad peritoneal. Se realizó en ellos solamente la reparación parietal. El asa estaba en aparentes condiciones normales. Uno de ellos (Obs. III) presentó posteriormente un episodio que interpretamos como nuevo empuje de su enfermedad diverticular, que retrocedió con tratamiento médico.

Fundamentos de esta conducta. En los casos que fueron reintervenidos y el asa reintegrada, sin tratamiento complementario de la misma, se actuó con los siguientes fundamentos:

a) El divertículo complicado con inflamación y/o perforación y peritonitis seguramente cura y desaparece como tal, luego del procedimiento primario. Se produce la cicatrización de la lesión por organización conjuntiva y el cierre definitivo del defecto. Todo ello rápidamente y ante los ojos del examinador cuando el asa ha sido exteriorizada.

b) Creemos que la posibilidad de que los divertículos restantes generen otra complicación similar o distinta no es mayor que en la diverticulosis corriente, y en todo caso bajo dependencia del genio evolutivo particular a cada situación que será preciso tener en cuenta. Nuestros pacientes no tenían historia de sufrimiento previo por enfermedad diverticular del colon. En la serie de 93 perforados de Dawson y col. (14), apenas 3 pacientes tenían síntomas previos. La diverticulosis es de hallazgo frecuente en personas mayores de 40 años y de buena tolerancia en la mayoría de

los casos. Según Horner (17) un 30 % solamente de las diverticulosis experimentarán episodios de diverticulitis. Además, de estos divertículos "que sufren" estadísticamente se complican y requieren operación por tal causa un porcentaje entre 15 % (36,44) y 20 % (2); el resto responde al tratamiento médico.

c) La exéresis del asa sigmoidea podría suprimir la mayoría de los divertículos restantes, pero no su totalidad ni anular la tendencia natural del paciente a su formación. De tal modo, tendría solamente carácter preventivo limitado a ese sector diverticular exclusivamente. Es discutible, y por la mayoría de los autores no es aceptada, la acción quirúrgica preventiva dirigida a evitar posibles complicaciones de la enfermedad diverticular del colon.

d) La resección sigmoidea con anastomosis primaria y aún diferida tiene apreciable morbimortalidad. No obstante, desestiman este riesgo autores como Mañén (22), MacLaren (21) y Brown y Toomey (6).

Conclusiones. Pensamos que la posibilidad de una nueva complicación grave por enfermedad diverticular del colon será menos gravativa en morbimortalidad, aunque haya que reintervenir al paciente, que la emanada de una resección sigmoidea con anastomosis de urgencia o diferida, y que ésta no pone a cubierto de aquélla. Adoptamos pues, una conducta ulterior que nos parece razonable y que se apoya en la buena evolución de nuestros pacientes, la cual ponemos a la discusión y al confrontamiento con la experiencia de los colegas.

RESUME

Exteriorisation du sigmoïde dans les perforations diverticulaires. Réintégration dans le ventre de l'anse cicatrisée.

Présentation de 4 observations de perforation diverticulaire du sigmoïde, traitées d'urgence par exteriorisation de l'anse avec, pour deux d'entre elles, réintégration de celle-ci, une fois cicatrisée, dans la cavité péritonéale.

Les auteurs présentent les raisons qui fondent un tel choix dans la conduite opératoire et indiquent dans quelles conditions anatomiques et pathologiques il est possible d'appliquer ce procédé.

Ils insistent sur le fait qu'il convient d'éviter la résection avec anastomose d'urgence ou différée qui d'après leur expérience personnelle et certaines références bibliographiques, représente un acte préventif dont les risques ne sont pas justifiés par les caractéristiques évolutives de la maladie diverticulaire du colon.

SUMMARY

Sigmoid exteriorization in diverticular perforation. Abdominal reinstatement of the scarred loop.

The authors present 4 cases of sigmoid diverticular perforation which were treated in the emergency

by exteriorization of the loop, and, in two cases, with later reinstatement of the scarred loop into the peritoneal cavity.

They present the fundaments which led them to choose this technique, and the anatomical and pathological conditions of the process which determine the possibility to apply it.

They especially emphasize the necessity to avoid an excision with anastomosis, in the emergency or later, which, according to the personal experience of the authors, and to some bibliographical references, is only a preventive measure the risks of which largely exceed the common evolutive requirements of the colonic diverticular disease.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ARMAND UGON C. Peritonitis por enfermedad diverticular del colon o colopatía diverticular. Tesis de doctorado. Facultad de Medicina de Montevideo, 1974 (Inédita).
2. ASINER B. Enfermedad diverticular del colon. Montevideo, Imprenta Magallanes, 1972.
3. ASINER B. Diverticulitis cólica y sus complicaciones. Estudio clínico y orientación terapéutica. *Día Méd Urug*, 24: 1489, 1957.
4. ASINER B. Indicaciones quirúrgicas en las diverticulitis colónicas. *Congreso Uruguayo de Proctología*, 19, 1: 139, 1963.
5. ASINER B. Peritonitis por complicación de la enfermedad diverticular colónica. Táctica operatoria y resultados. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 209, 2: 41, 1971.
6. BROWN DB and TOOMEY WP. Diverticular disease of the colon: a review of 258 cases. *Br J Surg*, 47: 458, 1960.
7. MYRNE RV. Primary resection of the colon for perforated diverticulum. *Am J Surg*, 112: 273, 1966.
8. CHIFFLET A. La cirugía en la diverticulitis del sigmoide. *Día Méd Urug*, 265: 602, 1955.
9. CHIFFLET A. Complicaciones de la colopatía diverticular. *Congreso Latinoamericano de Proctología*, 29, 1: 39, 1963.
10. COLCOCK B and SAS RE. Surgical management of diverticulitis. *Surg Gynecol Obstet*, 102: 721, 1956.
11. COLCOCK B. Surgical management of complicated diverticulitis. *N Engl J Med*, 259: 570, 1958.
12. COLE FR. Sigmoid resection for diverticulitis of the colon with complications. *J Int Coll Surg*, 26: 108, 1956.
13. CRILE G (Jr). Dangers of conservative surgery in abdominal emergencies. *Surgery*, 35: 122, 1954.
14. DAWSON JL, HANON I and ROXBURGH RA. Diverticulitis coli complicated by diffuse peritonitis. *Br J Surg*, 52: 354, 1965.
15. DELGADO B. Abscesos perisigmoideos de origen diverticular. *Congreso Internacional de Proctología*, 39, 1: 53, 1963.
16. GUTIERREZ BLANCO H. Colopatías diverticulares. *Día Méd Urug*, 36: 426, 1969.
17. HORNER JL. Natural history of diverticulitis of the colon. *Am J Dig Dis*, 3: 343, 1958.
18. LARGE JM. Treatment of perforated diverticulitis. *Lancet*, 1: 413, 1964.
19. LINDER JM and HOFFMAN S. Exteriorization in the surgical management of acute free perforations in diverticulitis of the sigmoid colon. *Surg Gynecol Obstet*, 114: 755, 1962.
20. LOCKHART-MUMMERY JP. Diseases of the rectum and colon their treatment. London, Beilliere, Tindal and Cox, 1964.
21. MACLAREN IF. Perforated diverticulitis. *J Roy Coll Surg Edinb*, 3: 129, 1957.
22. MADDEN JL. Primary resection and anastomosis in the treatment of perforation of the colon. *Am Surg*, 31: 781, 1965.
23. MADDEN JL and TAN PY. Primary resection and anastomosis in the treatment of the perforated lesions of the colon, with abscess or diffusing peritonitis. *Surg Gynecol Obstet*, 113: 646, 1961.
24. MAQUIEIRA G. Causas de muerte en la colopatía diverticular. *Congreso Internacional de Proctología*, 39, 1: 1963.
25. MAUTONE J, CAUNEGRE E y HOJMAN I. Diverticulitis sigmoidea. *Rev Méd del Este (Maldonado)*, 19: 28, 1953.

26. MAUTONE D y SALGADO M. Cuadros agudos de origen diverticular colónico. *Cir Urug*, 40: 529, 1970.
27. MUCHNIK S, ALBERT JF, CARBONET JC y RAVASCHINO AL. Evolución de las asas colónicas exteriorizadas. *Prensa Méd Argent*, 52: 2248, 1965.
28. OTERO JP. Peritonitis por diverticulitis de sigmoide. *Congreso Internacional de Proctología*, 39, 1: 123, 1963.
29. PAINTER NS. Diverticular disease of the colon. *Br Med J*, 3: 475, 1968.
30. PEMBERTON J, BLACK H and MAINO CR. Progress in the surgical management of diverticulitis of the sigmoid colon. *Surg Gynecol Obstet*, 85: 523, 1947.
31. PORRAS Y. Tesis de doctorado. Facultad de Medicina de Montevideo, 1967 (Inédita).
32. PRADINES J. Tratamiento quirúrgico en la enfermedad diverticular del colon. *Congreso Internacional de Proctología*, 39, 1: 88, 1963.
33. ROXBURGH RA, DAWSON JL and YEO R. Emergency resection in treatment of diverticular disease of the colon complicated by peritonitis. *Br Med J*, 3: 465, 1968.
34. RYAN P. Acute diverticulitis and diverticulitis with perforation. *Med J Austr*, 2: 51, 1964.
35. RYAN P. Emergency resection and anastomosis for perforated sigmoid diverticulitis. *Br J Surg*, 45: 611, 1958.
36. SMITHWICK RH. Surgical treatment of diverticulitis of the sigmoid. *Am J Surg*, 99: 192, 1960.
37. STAUNTON MD. Treatment of perforated diverticulitis coli. *Br Med J*, 1: 916, 1916.
38. VACA AA, CORNET M, CENTART JC y AGUIRRE C. Exteriorización del asa en la diverticulitis sigmoidea perforada en cavidad libre. *Prensa Méd Argent*, 61: 45, 1974.
39. VALLS A. Peritonitis por perforación diverticular colónica. *Congreso Uruguayo de Proctología*, 19, 1: 113, 1963.
40. VARELA SOTO R. Las complicaciones en el intestino delgado por enfermedad diverticular colónica. *Congreso Internacional de Proctología*, 39, 1: 63, 1963.
41. WATKINS GL and OLIVER GA. Management of perforative sigmoid diverticulitis with diffusing peritonitis. *Arch Surg*, 92: 928, 1966.
42. WAUGH JM and WALT AJ. An appraisal of one stage anterior resection in diverticulitis of sigmoid colon. *Surg Gynecol Obstet*, 104: 332, 1953.
43. WELCH C, ALLEN A and DONALDSON GA. An appraisal of resection of the colon for diverticulitis of the sigmoid. *Ann Surg*, 138: 332, 1953.
44. YOUNG JM and YOUNG EL. Diverticulitis of the colon. *N Engl J Med*, 230: 33, 1944.

DISCUSION

DR. LORENZO MÉROLA.—A mí me pasa lo mismo que al Dr. Perdomo, es decir, mentiría si diera números, pero seguramente paso la docena y posiblemente la quincena de casos en los que he procedido salvo detalles a una técnica y táctica quirúrgica muy parecida a la que nos relata el Dr. Perdomo. Nosotros creemos que es el tratamiento ideal de estas perforaciones en el momento actual; en los enfermos nuestros, hacemos sutura de la perforación y exteriorización de la perforación suturada. Pero no siempre una exteriorización amplia, con varilla en el meso, a veces hemos suturado prácticamente los planos en corona sobre la pequeña zona exteriorizada y le podríamos llamar al procedimiento, si se quiere, *extraperitonización mínima* o exteriorización mínima con perforación suturada.

¿Cómo suturamos la perforación? Como una úlcera perforada, y siempre hay algún elemento mesial o epiploico que nos permite plasiar por encima.

Habitualmente vemos que esa perforación expuesta al ambiente exterior lógicamente bien cuidado el enfermo y bien curada la herida no se reperfora.

Estamos totalmente de acuerdo en que el tránsito se mantiene, sobre todo si no hacemos acodamientos violentos y exteriorizaciones muy grandes. Tenemos muchos enfermos tratados así con excelentes resulta-

dos. Admitimos por supuesto que puede haber la posibilidad de no poder hacer esto —que para nosotros es el ideal— debiéndose entonces recurrir a otros recursos terapéuticos.

DR. BORIS ASINER.—El cirujano que enfrenta este problema en la Emergencia tiene dos cosas a resolver: el tratamiento de la peritonitis, de ese aspecto el Dr. Perdomo no se ocupó ni yo tampoco, pero digamos que es una instancia fundamental del tratamiento, y el tratamiento del factor causal, es decir, la colopatía diverticular complicada. El Dr. Perdomo se refirió a uno de los tantos procedimientos y no estoy de acuerdo en que haya infinidad de procedimientos sino que depende de la experiencia del cirujano y de las condiciones locales bien evaluadas, creo que hay que actuar con criterio selectivo. El presenta la exteriorización simple, que es una de las tantas maneras de resolverlo. Hay quien sostiene, y vuelvo a defender al Dr. Madden, que en la enfermedad complicada la resección da menores índices de morbimortalidad y por eso el 9 % frente al 40 % de los resultados de cirugía en etapas en manos de ellos. Es lo que he podido obtener de la revisión bibliográfica que he hecho del tema. Pero eso sí, para ello se requieren cirujanos de mucha experiencia, anestesta capacitado y ambiente equipado. Ahora bien, la resección simple, es un procedimiento que también puede ser usado porque algunas veces, exteriorización, como bien dijo el Dr. Perdomo, no es posible, por existir meso corto, esclerolipomatosis, infiltración, etc., y es imposible llegar a nivel parietal tratando de exteriorizar la lesión sin decolamiento importante. Entonces este procedimiento se efectúa en algunas circunstancias donde el meso lo permite y las condiciones anatómicas lo permiten.

El problema de la sutura nosotros no lo hemos hecho nunca pero hemos podido observar viéndolo hacer a otros colegas, que cada punto es un orificio más. Acepto que exteriorizada la lesión, ésta retrocede y se restablece el tránsito. De modo que en definitiva, creemos que es un procedimiento útil en algunas circunstancias.

Queríamos señalar además que la perforación puede corresponder, no al divertículo, sino a la propia pared colónica alterada, y suturar esa pared no es aceptado por muchos.

DR. ALBERTO VALLS.—Estoy de acuerdo con lo actuado por el Dr. Perdomo; en lo que no estoy de acuerdo es en la evolución de lesiones. Por ejemplo, él dice que la perforación cura. Lo que cura es la perforación, pero no siempre. Nosotros hemos hecho la exteriorización en algunos enfermos y no ha curado con el asa exteriorizada. Cuando cierra sí se puede hacer perfectamente la reintroducción.

El otro hecho que quiero señalar es que se ha dicho que si se hace una colostomía por encima de la perforación, no cura. Es posible que la inmensa mayoría de las veces no cure; uno de los enfermos que presenté en el Congreso de Proctología del año 1963 había hecho una perforación con una peritonitis fecaloidea. Le hice una colostomía y drenaje por la fosa lumbar porque tenía un absceso por la fosa lumbar y estaba saliendo el contenido fecaloideo por ahí. El enfermo ese evolucionó muy bien y cuando se estudió unos meses después, estaba totalmente cerrada la perforación. Se cerró la colostomía y evolucionó

bien sin haberle tratado la lesión perforada que se cerró sola dentro del abdomen.

Es decir que aun con una colostomía puede hacerse la curación de una perforación.

DR. ALBERTO AGUIAR.—El trabajo presentado es incuestionablemente de gran interés. Es un procedimiento que debe conocerse que se inscribe dentro del bagaje que todo cirujano debe disponer para el tratamiento de esta complicación que es frecuente, que es importante y que es grave. Queremos hacer, aparte de las consideraciones que han sido ya expresadas muchas de las cuales compartimos, alguna consideración más. Nos parece que en este tema es necesario distinguir los tipos de colopatía diverticular perforada, y es necesario distinguir además los tipos de peritonitis asociada o determinada por esa perforación. En cuanto a los tipos de colopatía, es indudable que la perforación, sea del divertículo o como se dice actualmente y lo señalaba el Dr. Asiner, la posibilidad de que sea la propia pared colónica adelgazada que se perfora, es una perforación habitualmente en peritoneo libre, de un colon por lo demás sano que a lo sumo tendrá otros divertículos y una pared delgada, pero que no tiene otra patología. En este tipo de perforación, es indudable que el cirujano puede disponer y ser tentado de hacer muchos tipos de tratamiento, desde el cierre simple de la perforación y drenaje del peritoneo que hemos hecho alguna vez, con o sin colostomía y simplemente emparedando el sigmoide al exterior o como lo señala el Dr. Perdomo exteriorizándolo. Creo que vale la pena señalar que este tipo de complicación, sobre todo en nuestra experiencia es el que tiene mejores resultados con cualquier tipo de tratamiento.

Muy distinta es la perforación de la diverticulopatía con gran proceso inflamatorio, en donde hay una sigmoiditis, una perisigmoiditis y un engrosamiento difuso en todos los tejidos vecinos con retracción del meso. Allí existe una perforación, reconocible o no, pero en nuestra experiencia —contrariamente a lo que han mostrado los autores— ha sido siempre tremendamente difícil la exteriorización de un sigmoide en estas condiciones, aun cuando la perforación asiente en el vértice del asa sigmoidea porque es necesario ir a hacer decolamiento que en nuestra opinión no deben hacerse en este tipo de complicaciones.

Procedemos en esos casos a la sutura de la perforación (que nos ha resultado tremendamente difícil y algunas veces que lo hemos intentado es coser un tejido absolutamente friable en el que uno no tiene la mínima seguridad de lo que está tomando con los puntos de sutura) y al emparedamiento a través de la fosa iliaca izquierda. Hacemos una colostomía transversa aparte del drenaje del peritoneo si éste lo exige. El hecho es que la colostomía transversa deje sin evacuar el sector comprendido entre la colostomía y la perforación, nunca nos ha ocasionado problemas porque la perforación con este tratamiento habitualmente cierra y simplemente el retiro de los drenajes permite el cierre sólo del Mc Burney izquierdo y luego permite el estudio alejado del enfermo, antes del cierre de la colostomía.

Defectos de exteriorización: hemos visto morir dos enfermas en el Hospital de Clínicas con exteriorización de sigmoides perforada porque la exteriorización exige una gran abertura peritoneal y a través de ese

colon sigmoide exteriorizado que luego se transforma en una colostomía, entran materias para el vientre. De modo que tenemos una mala experiencia. Creemos que es una maniobra difícil, que debe ser tenida en cuenta para casos especiales.

Por último dos palabras sobre la resección. Somos reseccionistas cada día más en agudo del neoplasma complicado, pero no somos reseccionistas de la colopatía diverticular en agudo, que creemos que debe ser drenada, derivada, detransitada con una colostomía y reestudiado el enfermo en frío más adelante.

DR. LUIS A. GREGORIO.—No es lo mismo estar frente a un enfermo con una colopatía diverticular sigmoidea en un paciente conocido como portador de una diverticulosis a un paciente que uno lo ve por vez primera en Emergencia y tiene que resolverlo. Porque en el primer caso uno puede tener dudas de lo que debe hacer en virtud de la extensión lesional que la conoce y en general ha estudiado al paciente que muchas veces ha hecho episodios ya de sigmoiditis que han sido resueltos por medios médicos.

Cuando la extensión es grande, evidentemente ya el Dr. Perdomo y quienes me precedieron en los comentarios plantearon todas las eventualidades, pero cuando la extensión es grande es evidente que una colostomía derivativa puede resolver el problema sin necesidad de abordar directamente el foco. Nosotros procedemos así habitualmente y drenamos el Douglas y el foco si es necesario si la cantidad de pus y de materias fecales que hay en el peritoneo así lo aconsejan. Cuando podemos hacer la exteriorización creemos que es el mejor procedimiento pero al igual que lo que acaba de expresar el Dr. Aguiar, no siempre es fácil hacer una exteriorización porque el proceso inflamatorio actual al que se suma muchas veces un proceso de esclerosis previa debido a un largo sufrimiento hace que no sea fácil proceder a desbridar y exteriorizar la zona que en mi concepto es el procedimiento ideal toda vez que se pueda realizar. En cuanto a la resección primaria del proceso inflamatorio somos totalmente contrarios, creemos que es una intervención de enorme riesgo realizada en un paciente supurado, creemos que los riesgos están muy por encima de las posibilidades que ofrece la recuperación este tipo de intervención.

Cuando se plantea la posibilidad de que se esté frente a un neoplasma perforado con un proceso inflamatorio sobreagregado, nosotros hemos hecho en dos oportunidades biopsias que fueron negativas y que después el estudio radiográfico confirmó que efectivamente era un proceso diverticular con complicación perforativa e inflamatorio que habíamos considerado como casi segura.

Finalmente, nosotros hemos hecho en alguna oportunidad, porque la situación hacía pensar que así había que resolverla, el cierre simple de la perforación valiéndonos además de apéndices epiploicos para afirmarla y como dice el Dr. Asiner es realmente difícil hacer el cierre de la perforación pero mediante artifices que a veces los cirujanos hacemos y que nos conforman lo practicamos y además drenamos el foco y el Douglas. Recuerdo una enferma que hace 15 años se operó en esa situación, hace un mes y medio que la vi, tiene 76 años en el momento actual, quedó con una fístula mucosa, fístula que nosotros le hemos propuesto sin mucha convicción de tratarla por la resección. Sin mucha convicción, digo, porque es una

enferma con una serie de taras que hace que no seamos muy entusiastas para practicar la resección. Es una complicación que a veces queda y que como en este caso creo que hay que saber soportarla, tolerarla, porque los enfermos conviven con ella muchas veces de forma bastante satisfactoria.

DR. HADEL SUAYA.—Quería decir que nosotros nunca pudimos en una peritonitis por una sigmoiditis perforada exteriorizar el asa, siempre hemos encontrado que eran enfermos obesos de cierta edad, con una peritonitis en muy mal estado y con un sigmoide con meso esclero atrófico y prácticamente nunca pudimos exteriorizarlo, de modo que me llama la atención la facilidad con que la mayoría de los colegas lo han podido hacer, posiblemente nuestras fallas técnicas sean el problema.

El otro problema es la evolución. Nosotros habíamos leído que siempre se debía resecar a posteriori y la mayoría de las veces que fuimos a resecar en la zona donde se produjo la posible perforación, muchas veces nos encontramos con intestinos normales sin alteraciones mayores, pero alguna vez hemos encontrado un proceso inflamatorio que a pesar de varios meses de evolución anterior a la perforación y de haber sido derivado el tránsito, persistía un proceso inflamatorio evolutivo, un verdadero tumor inflamatorio que nos dio grandes problemas para su resección. Nada más.

DR. ROBERTO PERDOMO. (Cierra la discusión).—Agradezco a quienes han aportado sus comentarios y siento que dado lo avanzado de la hora no voy a poder contestar a todos.

Al Dr. Mérola: no sabíamos que él hacía eso, pero está en la línea de lo que nos parece que se debe hacer. Nosotros no tenemos un procedimiento que venga a sustituir a otros. Traemos un tema conocido sobre el que nos parece que vale la pena insistir y cambiar ideas. La exteriorización-sutura nos parece una cosa interesante. En realidad, nunca nos pusimos a suturar los orificios. Por regla general son muy pequeños y no creemos que sea cosa de pasar un punto. Nos da la impresión de que esos orificios se tapan más que se suturan. Oponiéndoles, por ejemplo, un apéndice epiploico encima se logra cubrirlos y después, si se va a la exteriorización, entonces se estará más tranquilo. Porque parecería haber una contradicción entre lo que dijo el Dr. Mérola y lo expresado por el Dr. Asiner de que los puntos desgarran. Ciertamente, pero tal vez no sea cosa de poner puntos simplemente sino más bien de apoyar la sutura con

algún tejido vecino. Eso es una cosa interesante y para nosotros ya valió haber traído el problema; que el Prof. Mérola dijera estas cosas.

No nos ocupamos del tratamiento de la peritonitis. En verdad, lo dimos por obvio. Nos centramos en el punto que era el que entendíamos de interés discutir aquí. Naturalmente que es necesario tratar la peritonitis correctamente.

El Dr. Valls decía que habíamos considerado que la colostomía por detrás no cura. No, no dijimos eso; tal vez se nos entendió mal. En realidad hay autores que preconizan ese procedimiento y con él curan a sus enfermos. Lo que quisimos destacar es que esos autores, inclusive, intentaron en un segundo tiempo no ir a la resección del sigmoide, sino simplemente cerrar la colostomía y fracasaron en muchos casos. Porque si la perforación queda adentro del vientre, uno no sabe lo que pasa con ella, en qué condiciones evoluciona y hasta qué punto se puede confiar en su cicatrización. Así es un peligro enorme. Pero si la perforación está afuera, la vemos cicatrizar y seguramente no hay manera que la piel pase por encima de ella si no está perfectamente curada. Si se mantuviera una supuración, si persistiera el proceso inflamatorio tendríamos una fístula y nunca un cierre parietal. El propio hecho de que la piel cicatriza por encima del colon asegura que la viscera ha curado. Todavía tenemos la oportunidad, cuando vamos a reintervenir al enfermo, de examinar el colon, y a menudo impresiona como un colon normal, exactamente como dice el Dr. Suaya. Si no fuera normal, naturalmente que tenemos que cambiar el procedimiento y no reintegrarlo. En cuanto a las posibles dificultades para exteriorizar, la realidad las muestra sin lugar a dudas. Sin embargo, Staunton, que ha hecho varias exteriorizaciones, dice que los casos en que no exteriorizó lo hubiera podido hacer también. Probablemente, si se intenta realizarla decididamente se logrará en la mayoría de los casos, aún en aquellos que de entrada se presentan como difíciles.

Para nosotros, en los cuatro casos, fue muy fácil y solamente en uno debimos recurrir al decolamiento coloparietal. En cuanto a la resección con anastomosis primaria no parece existir opinión favorable a ella, por los riesgos que implica.

No sabemos específicamente al cabo de esta discusión si los colegas nos acompañan en la decisión de reintegrar el colon una vez cicatrizado o si prefieren ir a una resección secundaria. Pensamos que éste es un aspecto que merece ser meditado.

Nada más. Muchas gracias.