

PERITONITIS POR DIVERTICULITIS DEL SIGMOIDE

Resección de colon ()*

Dr. José Pedro Otero

Presentamos este caso como un ejemplo del feliz resultado que se puede obtener en el tratamiento de la peritonitis por diverticulitis del sigmoide por la resección del intestino afectado; resección realizada por el método de Mickulicz y cierre ulterior del ano contra-natura. Creemos de interés la presentación de este caso porque tenemos la impresión de que con relativa frecuencia el tratamiento de la diverticulitis del sigmoide conduce a complicaciones desagradables (abscesos, fístulas externas e internas, obstrucción, etc.) y aún a la muerte, y porque creemos que muchas de éstas podrían ser evitadas si se tuviese en cuenta que la terapéutica de elección en la diverticulitis es la *resección del sigmoide*.

Si esta resección fuese hecha precozmente, antes de la formación de abscesos y aún de adherencias, los resultados serían infinitamente superiores a los actuales. Es claro que con frecuencia los cuadros de comienzo son leves y podrían ceder con tratamiento médico lo cual justifica una actitud expectante. Y por otra parte los enfermos pueden llegarnos en período de plastrón, o de absceso colectado, o de fístula, y entonces nos plantearán problemas especiales que deben ser resueltos con un criterio adecuado a cada caso.

Sin embargo, en términos generales y como estado de espíritu predominante debemos siempre pensar que cuando la diverticulitis da lugar a problemas quirúrgicos estos no se resuelven

(*) Esta comunicación fué leída en la sesión del 29 de Octubre de 1947.

con pequeños medios y que la anatomía patológica y el mecanismo del proceso obligan en principio a la resección según tácticas y procedimientos adecuados a cada caso. Sólo la resección dará cuenta de un modo definitivo y total de este proceso que ha comenzado por ser una diverticulitis pero que llega a ser en general una sigmoiditis con proceso inflamatorio al principio agudo y secundariamente cicatrizal, crónico, con infiltración y retracción causando obstrucción y alimentando fístulas recidivantes. En vez lo que sucede casi siempre es que el cirujano quiere resolver la situación con pequeños medios como por ejemplo drenaje de abscesos primero y secundariamente cierre de la fístula, sin advertir que la curación sólo es posible al precio de la exéresis del trozo de sigmoide afectado.

A esto debe agregarse que el tratamiento por exéresis da resultados perfectos con recuperación completa de la salud y sin ninguna secuela, al revés de lo que sucede con frecuencia en el tratamiento económico donde la conservación de la vida se paga al precio de invalideces definitivas (fístulas, abscesos, empujes recidivantes, etc). Y al final resulta que el tratamiento aparentemente menos mutilante llega a ser al revés el más penoso, largo e ineficaz en contraposición a la resección que podría suponerse en un primer momento una conducta exagerada y que resulta ser al final el único procedimiento posible y racional, el único procedimiento realmente curador.

Una vez hechas estas consideraciones de orden general queremos insistir sobre algunos aspectos del caso que relatamos.

1) **Mac Burney explorador.** — Operamos este enfermo con diagnóstico de peritonitis apendicular probablemente por perforación, dada la intensidad del cuadro y sobre todo del dolor. Realizamos una intervención inmediata con incisión de Mac Burney y comprobamos que el apéndice no era responsable de este cuadro peritoneal con exudado purulento. Exploramos entonces a través del Mac Burney y nos encontramos con un "tumor" situado a la izquierda de la línea media, hacia la fosa iliaca izquierda por lo cual resolvimos hacer una mediana infra-umbilical para controlar el origen de esta peritonitis.

Queremos destacar la importancia de esta táctica operatoria

en las peritonitis de origen dudoso, en las cuales no sabemos exactamente donde ubicar la incisión. En tal situación practicamos una incisión de Mac-Burney que nos permite controlar el apéndice (el origen más frecuente) y además darnos cuenta, si el apéndice está sano, cual puede ser el sitio o la causa de la peritonitis. Por los caracteres del contenido patológico peritoneal (alimentos, bilis, pus, sangre, etc.), por el sitio de mayor abundancia de donde mana el líquido, por la palpación con los dedos buscando "tumor", por la introducción de un largo clamp montado con gasa hacia el Douglas, hacia la línea media, hacia el epigastrio y el hipocondrio derecho, etc.; por todas estas maniobras, digo, maniobras simples y no chocantes hechas a través de una incisión mínima y no eventrante nos hemos dado cuenta en todos los casos hasta ahora en nuestra práctica ya extensa, del origen real de la peritonitis. *Por eso nos gusta llamarle Mac-Burney explorador.*

2) **¿Cáncer o diverticulitis?** — Una vez resuelto el origen de esta peritonitis por la exploración mínima a través del Mac-Burney colocamos adecuadamente nuestra incisión mediana infraumbilical. Pero ahora surge un nuevo problema respecto a la naturaleza de este "tumor" sigmoideo y también respecto a la conducta terapéutica que debíamos seguir frente a él. Probablemente algunos cirujanos pensarían que se debería haber hecho la resección si se trataba de un cáncer, y que si se tratase de una diverticulitis debería hacerse un drenaje y exclusión por mechas en forma de Mickulicz para aislar la lesión del resto del peritoneo.

Para nosotros el problema que se planteaba era el de una lesión que tomaba todo el contorno del sigmoide, y que presentaba en un determinado lugar una pequeña mancha negruzca que pareció ir al esfacele, y que por consiguiente resultaba una amenaza potencial de perforación. Así que, para nosotros no se presentaba la disyuntiva radical o conservadora frente al proceso sino que debíamos forzosamente exteriorizar esta lesión para hacer la profilaxis de complicaciones más que posibles. Además, no podíamos pronunciar de una manera terminante sobre la naturaleza real de la lesión, y esto constituía una segunda razón del tratamiento por exteriorización ya que sólo el estudio histológico podía darnos la certeza respecto a cual era el tipo de "tumor" que debíamos resolver de urgencia.

Pero queremos insistir sobre un aspecto particular en nuestra manera de encarar este caso y es que aún con la seguridad absoluta de que se tratase de una diverticulitis auténtica nosotros hubiéramos adoptado idéntica conducta puesto que postulamos que el tratamiento de elección es la exéresis en todas las complicaciones quirúrgicas de la diverticulosis siempre que ello sea posible. De tal manera que no sólo porque dudábamos respecto a la naturaleza posible de la lesión, no sólo porque queríamos evitar los riesgos de una perforación posible, sino también frente a la posibilidad de que se tratase de una diverticulitis realizamos la exéresis en la más profunda convicción de que esto era lo mejor y lo más adecuado para tal caso.

3) **Táctica operatoria.** — Una vez resuelta la exéresis como procedimiento de elección nos quedaba por resolver cual debería ser el procedimiento a seguir. Es indudable que en este caso agudo, sin ninguna preparación previa, en plena reacción peritoneal nadie se plantearía ninguna otra conducta que no fuese la exteriorización del ansa para una resección extra-peritoneal. Nadie seguramente intentaría realizar una resección con sutura inmediata. En esa situación hicimos lo único lógico que era la exteriorización como primer tiempo de una resección según el procedimiento de Mickulicz.

Pero no dejamos de plantearnos ulteriormente cual podría haber sido nuestra conducta si la lesión hubiese estado situada muy baja cerca de la unión recto-sigmoidea, y por consiguiente imposible de exteriorizar. En ese caso pensamos que hubiéramos hecho la sección por debajo del tumor con cierre del cabo distal y drenaje adecuado, y resección de la lesión, con ano contra-natura terminal utilizando el cabo proximal. Y nos quedaría como recurso para restablecer la continuidad intestinal en ese caso la posibilidad de una íleo-colo-plastia.

Decimos esto porque creemos que se beneficia más el enfermo con una resección aún a riesgo de un ano contranatura que podría ser definitivo que con medidas conservadoras que provocarían casi siempre fístulas intestinales muy difíciles de curar.

4) **Cierre del ano contra-natura.** — El cierre del ano se realizó a los 4 meses de la primera operación porque existió una

ictericia catarral intercurrente que obligó a diferir el segundo tiempo; de lo contrario el plazo hubiera sido más breve.

De cualquier modo el enfermo se restableció completamente desde el punto de vista anatómico y funcional, y en la actualidad está completamente curado y con sus dos cicatrices operatorias en perfectas condiciones.

No tiene ninguna alteración en él el curso de las materias, no se queja de ningún dolor, ni de la menor molestia, y radiológicamente no se observa estrechez al nivel de la sutura intestinal.

La diverticulosis que persiste es un estado patológico que existe en un determinado porcentaje de sujeto (5 por ciento) después de los cuarenta años, y que no da sintomatología propia fuera de las complicaciones. La resección no fué dirigida contra ella sino contra el intestino alterado por la diverticulitis y cuyas lesiones son irreversibles.

Consideraciones

Nuestra manera de encarar el problema de la diverticulitis podrá parecer a muchos muy exagerada y absolutista. Lo es deliberadamente, con la idea de destacar la noción de la necesidad de extirpar sistemáticamente las diverticulitis con complicaciones quirúrgicas en contraposición a terapéuticas más conservadoras. Sabemos perfectamente que las distintas situaciones patológicas impondrán tácticas operatorias diversas, y con frecuencia será necesario diferir la resección para un tiempo ulterior limitándonos a menudo a realizar un ano contra-natura por encima de la lesión. Pero sin perder de vista que la verdadera terapéutica es la exéresis y que no hay que tergiversar y perder el tiempo, la energía y el valor del enfermo y del cirujano con pequeños medios que lo más a menudo a nada conducen ya que al final los hechos nos obligarán a ser reseccionistas en un alto porcentaje de casos.

Las ideas que dejo expuestas no son el resultado de mi experiencia exclusiva sino que ellas surgen sobre todo del estudio y la meditación de las estadísticas integrales de muchos cirujanos, estudio y meditación magistralmente realizado en el trabajo que Smithwick publicó en Anales de Cirugía (junio de 1942, pág. 89). Este trabajo de Smithwick puede ser considerado probablemente

como marcando una etapa en la historia de la cirugía de la diverticulitis, no porque diga nada absolutamente nuevo sino porque encara el tema con claridad, precisión y equilibrio presentando los resultados inmediatos y alejados de las distintas conductas terapéuticas en un número grande de casos estudiados.

En nuestra decisión de extirpar la lesión que tuvimos que tomar en un momento imprevisto influyó no poco el sedimento que había dejado la lectura cuidadosa y repetida del artículo fundamental a que hacemos referencia.

Si comparo el resultado obtenido en este caso con los que he visto en casos similares no puedo menos que tratar de difundir y propagar un procedimiento que puede ser útil a muchos en momentos a veces difíciles, en que hay que tomar una resolución rápida y preñada de consecuencias ulteriores.

Smithwick dice: "Los resultados alejados y la mortalidad después de operaciones varias, tales como laparotomía exploradora, apendicéctomía con o sin drenaje, y operaciones combinadas, sin incluir colostomías o resecciones comprendiendo enfermos que sobrevivieron a la sutura y al drenaje de perforaciones agudas y al drenaje de abscesos, han permitido reunir 98 casos en la literatura. De ellos, el 45,9 por ciento está vivo y curado, y el 33,7 por ciento vive presentando todavía trastornos diversos. Los resultados alejados de la colostomía proximal son señalados en 78 casos, de los cuales el 62,8 por ciento vive y está bien y el 15,3 por ciento vive con trastornos. Estos últimos resultados son mejores en lo que se refiere al alivio de los síntomas, pero la mortalidad es muy próxima, oscilando de 8 a 9 por ciento en cada caso. Es interesante notar que la colostomía fué cerrada en 36 casos, con 47,2 por ciento de fracasos. Los resultados alejados de las resecciones de la sigmoide indican que es la forma de tratamiento más eficaz. De 109 casos el 76,1 por ciento curó definitivamente; el 7,4 por ciento curó conservando algunos trastornos, y la mortalidad alejada, imputable a la afección, llegó a 3,7 por ciento".

Atenuando mis primeras aseveraciones diré como conclusión:

—Conviene en principio reseca las diverticulitis quirúrgicas del sigmoide según tácticas y procedimientos variados y adecuados a cada caso sin dejar de reconocer que en determinadas circunstancias procedimientos menos radicales podrán ser curadores.

R. A., 49 años de edad, oriental, industrial, casado. Ingresa el 15/11/1947. Egresó el 1º/IV/1947.

Diagnóstico: Diverticulitis de colon sigmoide.

Tratamiento: Resección de asa sigmoide.

Historia de la enfermedad actual. — Ingresó por cuadro agudo de vientre que se inició hace 6 horas con dolor en epigastrio que empezó siendo de poca intensidad y aumentó progresivamente. En el momento del examen en su casa, a la hora 4 del comienzo presentaba un cuadro suma-

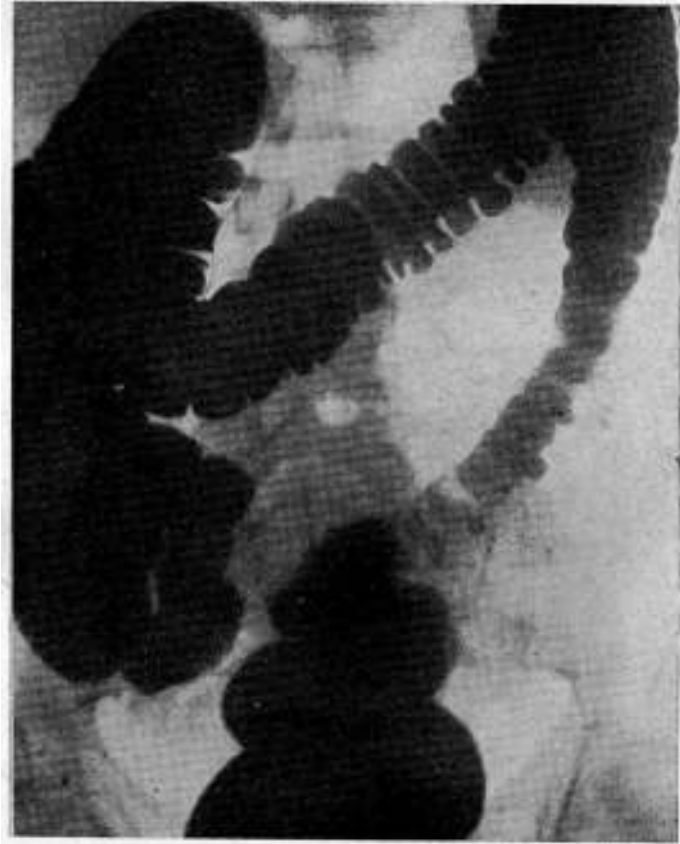


FIG. 1. — Radiografía de colon por enema. La zona operatoria está normal. Se ven los divertículos residuales por encima. (40 días después de la última operación).

mente doloroso de vientre con dolor difuso a la palpación predominando en flanco derecho y F.I.D. La intensidad del cuadro y la difusión hacían pensar en perforación, pero el comienzo no había sido brusco; se decide internarlo en Sanatorio para estudiarlo.

Al examen en el Sanatorio se comprueba:

Que la sensibilidad difusa del vientre se ha localizado más definidamente en F. I. D. Duele también sin embargo F.I.I. e Hipogastrio. El vientre sup. está libre, la macidez hepática está conservada, las fosas lumbares no son dolorosas. El tacto rectal demuestra una próstata algo aumentada de volumen y saliente en el recto, no dolorosa. Por encima de la

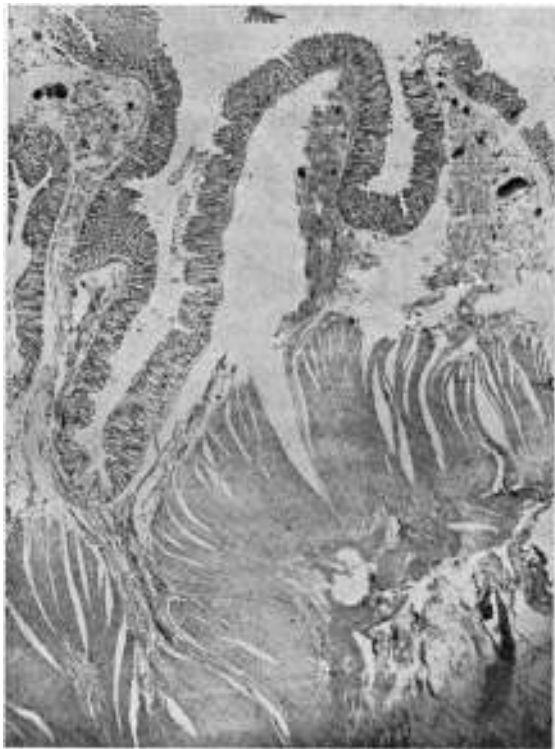


FIG. 2. — **Diverticulitis del sigmoide** Desembocadura de dos divertículos.

próstata, que es grande se toca el Douglas que no tiene mayor sensibilidad peritoneal.

Temperatura axilar $38^{\circ} \frac{1}{2}$. Temperatura rectal, $38^{\circ} \frac{1}{2}$. Pulso 120. El fascies del enfermo es normal habiendo desaparecido el cuadro de shock por dolor que tenía al comienzo. La auscultación de pulmones y corazón es normal.

Consideraciones: Se piensa que se trata de una apendicitis aguda que ha empezado con dolor de epigastrio, difundido luego a todo el vientre y que ahora tiende a localizarse en F. I. D.

Electrocardiograma: normal. P. A.

Intervención. — Dr. Otero, Dr. Hill.

Anestesia general éter. N. Galli.

Incisión Mac-Burney; sale pus por la herida operatoria. Se exterioriza ciego y apéndice y se comprueba que éste es normal y que no es la causa de la peritonitis. Se explora con el dedo hacia la línea media comprobándose una masa en flanco y F. I. I.

2º tiempo. — Incisión mediana infra-umbilical. Se comprueba una



Fig. 3. — N° 2. Corte de un divertículo en el espesor de la capa muscular.

masa situada en asa sigmoidea a más de 4 traveses de dedos de la unión recto sigmoidea.

Se libera la cara externa de meso-sigmoideo y parte del colon descendente para poder exteriorizar el asa con la lesión.

Los caracteres de la lesión son los siguientes: se trata de un tumor que infiltra el sigmoide predominando sobre una de sus caras, acartonada, existe además una inflamación con tumefacción de los apéndices epiploicos que están rojos edematosos y congestivos en número de 3 o 4 alrededor de la tumoración.

La extensión de la lesión en sentido longitudinal, es de unos 3 ó 4 centímetros. Su aspecto hace pensar o en neoplasma sigmoideo o en diverticulitis del sigmoide.

El aspecto más bien inflamatorio nos hace pensar sobre todo en diverticulitis. Se pasa una bujía de Hegar a través del meso sigmoideo para exteriorizar la lesión. Se cierra la parte superior e inferior de la incisión mediana.

Cierre del Mac-Burney. En un sitio de la lesión descrita en el sigmoide existe una zona negruzca del tamaño de un grano de maíz que posiblemente va a la necrosis.

Consideraciones. — El comienzo brusco, dramático, hacía pensar

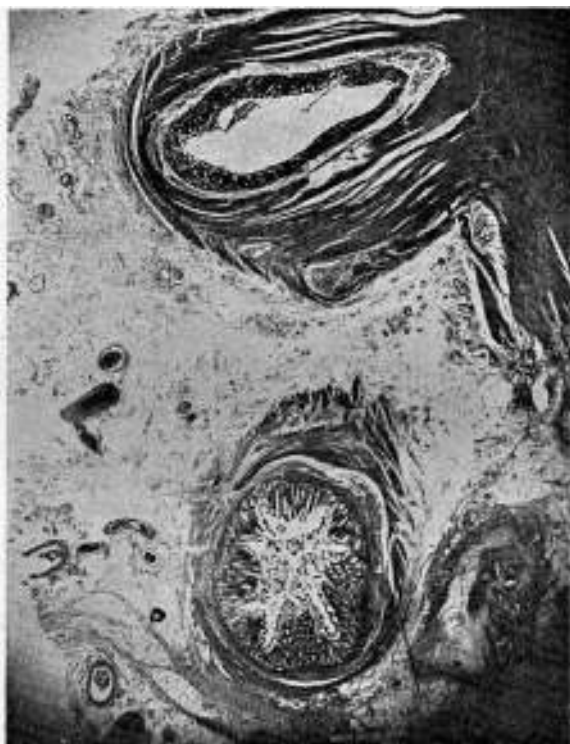


FIG. 4. — No 3) Corte de dos divertículos que envueltos por músculo liso alcanzan el sub-peritoneo.

en perforación así como la intensidad extrema del dolor. Después de la morfina el dolor y la sensibilidad cedieron y se localizaron en el hemiventre inferior. Existía dolor a la palpación en la F. I. D. y en la F. I. I. predominando según el enfermo en esta última.

En esa situación lo lógico era empezar por un Mac-Burney, como se hizo. La táctica operatoria fué buena.

Post operatorio. — 19 de febrero de 1947. El día siguiente a la operación (24 horas después) en la noche, llegó a tener 170 de pulso (casi

incontable) y un estado de agitación y dolor, pidiendo morfina desesperadamente.

El tercer día (treinta horas después de la operación) se abrió el ansa con el termo, cerca de su extremo superior. En la tarde había tenido una gran mejoría de pulso y estado general; había echado gases. En la noche movió el vientre por su fístula y hubo que cambiarlo.

El 18/11, hubo que cambiarle tres veces la curación, por haber evacuado el intestino.

El 19/11 el pulso y la temperatura son casi normales, el estado general es excelente.

4/11. Ha evolucionado muy bien. El 23/11, 7 días después de la primera intervención, se le reseco el ansa exteriorizada, en una extensión de unos 10 centímetros, tratando de seccionar los cabos lo más alto y bajo posible, o sea lo más profundo posible. Sección del mesosigmoideo con tijera y ligaduras con catgut O.

En los días siguientes hizo abscesos de las dos heridas. Hubo que abrir la parte superior e inferior de la mediana y también el Mac-Burney. Estas incisiones fueron curadas y lavadas dos veces por día. Se han ido limpiando y hoy (4/11) el Mac-Burney está granulando, en vías de cerrar; la mediana está excavada profundamente arriba y abajo debido en parte a la abertura y también a la eliminación de tejidos necrosados; su aspecto es bueno, rojo. Los dos cabos intestinales están en el medio de la incisión, acolados entre sí y a los bordes de la herida.

El estado general del enfermo es excelente, come un régimen de salud, hace 5 días que no tiene fiebre.

Pieza operatoria. — La pieza reseca está constituida por unos 10 cms. de sigmoide. Exteriormente hay dos o tres franjas epiploicas más o menos espesadas, edematosas. Las paredes del sigmoide están infiltradas por un proceso cuyos caracteres han sido bien estudiados en la descripción operatoria. Se abre longitudinalmente según su gran eje y se comprueba que:

1) La mucosa es de aspecto, color, consistencia y espesor normales (algo edematosa, succulenta). No está infiltrada, ni tiene la menor ulceración. La subserosa y la muscular están espesadas en tres o cuatro veces sus dimensiones normales, invadidas por un proceso de color blanquecino, uniforme, de consistencia no dura, ni friable, que no tiene aspecto neoplásico.

Se envía al Laboratorio para su estudio.

Exámenes de Laboratorio. — Orina, Normal. Tiempo de coagulación venosa, 6'. Tiempo de sangría, 2'. Leucocitosis, 9.000. Neutrófilos, 74 %. Eosinófilos, 1. Linfocitos, 20. Monocitos, 5.

Radioscopia. — Se le practicó una radioscopia de urgencia de vientre

la cual demostró que no había gas bajo el diafragma, ni niveles líquidos intestinales.

Esta radioscopia fué realizada personalmente por mí momentos antes de la primera intervención.

Sección del espolón. — Una vez que su herida mediana estuvo en condiciones se inició la sección del espolón que hubo que realizar repetidas veces por tratarse de un espolón muy espeso (unos tres cms.) debido a que no se fabricó un espolón por sutura sero-serosa de los dos pies del ansa durante la operación.

Post operatorio alejado. — Fué dado de alta a los dos meses más o menos para mejorar su estado general y terminar de seccionar el espolón.

En el curso del tercer mes más o menos hizo una ictericia catarral con tinte icterico muy acentuado y con una marcada hepato-megalia con aumento de la consistencia del hígado y dolor a la palpación. Tuvo además una repercusión marcada sobre el estado general con gran adelgazamiento. Esto obligó a demorar la segunda intervención para cierre del ano. Esta ictericia duró alrededor de un mes y nos hubiera hecho pensar en metástasis hepáticas si nouviésemos el resultado del estudio anatomo-patológico de la pieza que afirmaba categóricamente que se trataba de una diverticulitis.

Curó de su ictericia, su hígado volvió a su tamaño y consistencia normales y fué sometido entonces a la intervención de cierre del ano.

Intervención. — Dr. Otero, Dr. Cendán, Dr. Hill (25-VII-1947).

Anestesia general. Dr. Pernin.

Incisión sobre la cicatriz y contorneando el ano. Se penetra de ambos lados hasta la aponeurosis. Se decolan un poco los labios de la incisión para visualizar perfectamente la hoja anterior de la vaina del recto. Se entra en la vaina del recto izquierdo de arriba hacia abajo y luego se entra al peritoneo por la parte superior de la incisión, para alejarse de la zona de adherencias. Se libera de arriba a abajo, y de ambos lados la zona del ano contra-natura y se exterioriza completamente el ansa sigmoidea. Se resecan los bordes para avivarlos. Sutura transversal en dos planos con gastergut o de la brecha del colon. Se espolvorea la sutura con sulfatiazol.

Cierre de la herida en tres planos, colocando sulfatiazol en la incisión. Pequeño tubo de drenaje por la extremidad inferior de la herida.

R. A., (21; VIII: 1947).

Evolucionó perfectamente, sin el menor incidente y cerró su herida operatoria por primera intención, retirándosele el drenaje a las 48 horas.

Fué de cuerpo normalmente al 3er. día con enemias saladas, y después siguió evacuando su intestino todos los días espontáneamente. Se quejaba en los primeros 7 u 8 días de su dolor en la F. I. D. del tipo de un dolor leve y persistente, que se le acentuaba cuando se levantaba, y caminaba. Este dolor cedió completamente con obleas anti-espasmódicas, y en lo sucesivo no se volvió a quejar más de eso. Se levantó al 4º día y no tuvo nada de fiebre.

En el momento actual y desde hace tiempo está en plena actividad.

Sanatorio Modelo.

Montevideo, Marzo 3 de 1947.

Examen ordenado por el Dr. José Pedro Otero para el Sr. R. A.

Nº 30838.

Material examinado; anatómo patológico de segmento resecaado del sigmoide, por diverticulitis

Segmento del sigmoide de unos 12 cms. de largo, abierto longitudinalmente. La mucosa está aparentemente íntegra, edematosa: la capa muscular gruesa, compacta hialinizada.

El sub-peritoneo muy grasoso, el peritoneo y el meso aparecen inflamados, compactos, apelmazados, con alteración profunda de la grasa.

En cortes seriados transversos, en formas de rodajas, se reconocen cerca de uno de los cabos, dos trayectos diverticulosos finos, con pared propia, de unos 4 milímetros de diámetro y largos de unos 4 centímetros, que partiendo de la luz cólica van hacia la profundidad del meso, donde es difícil señalar su terminación, borrada por el proceso inflamatorio exudativo-infiltrativo leucocitario.

El examen histológico confirma la estructura de estos divertículos, de mucosa cólica y capa externa muscular.

Diverticulosis del sigmoide, con diverticulitis y perisigmoiditis aguda.

Enrique Castro.

Dr. García Capurro. — Es muy interesante el trabajo del Prof. Otero, e indudablemente que es de un resultado feliz y trataremos de imitarlo cuando podamos.

Yo he tenido dos casos de diverticulitis sigmoidea, uno hace muchos años, lo intervine, era un hombre obeso, en el que no pude exteriorizar el ansa. En aquel tiempo no había antibióticos. Hice mechado alrededor y al costado del ansa, ese hombre falleció de peritonitis. Yo le saqué la lesión después de muerto, le hice la resección un poco tarde, y lo hice estudiar por el anatómo-patólogo Castro, el que me comprobó que se trataba de un intestino que tenía varios divertículos uno de ellos perforado.

Hace pocos días, tuve otro caso. Una mujer con un cuadro agudo de vientre, que yo encaré en un sentido genital, de manera que hice una incisión mediana, y me encuentro con una lesión exactamente como la describe el Prof. Otero. En realidad se parece mucho a un ántrax de la pared intestinal; una zona indurada con algunos agujeritos, rodeada por un absceso con pus, a colibacilos y alguna materia fecal; tampoco pude exteriorizarlo en este caso estaba pegado a la parte anterior del Douglas, sobre el repliegue peritoneal. Tuve que limitarme a rodear la lesión con compresas y a exteriorizar el intestino a 10 cms. por encima del lugar de la lesión sobre la misma incisión mediana.

De manera que es muy interesante lo que el Prof. Otero nos dice, pero yo, con mi pequeña experiencia, no lo he podido aplicar.

Creo que todos estamos de acuerdo, y que si el caso lo permite trataremos de imitar al Prof. Otero con la esperanza de obtener el mismo brillante resultado.

Dr. Stajano. — He oído con mucho gusto al Dr. Otero y voy a narrar un caso en el cual yo intervine con la misma intención inicial del Dr. Oter . Es un colegã nuestro, muy grueso, que hizo un cuadro de vientre que me hizo pensar en una apendicitis, aunque yo no estaba muy convencido. Le puse una bolsa de hielo y esperé a la tarde; a la tarde persistía el cuadro de vientre peri-umbilical, con defensa alrededor del ombligo y una discreta distensión. Hizo una leucocitosis de 15.000 a 16.000 y me hizo inclinarse al diagnóstico de apendicitis. Lo operé frente a esa evolución y me encuentro un apéndice sano y que existe una pequeña cantidad de líquido en el vientre, y quedé intrigado sobre lo que podía ser. Entonces tuve la suerte de que palpando el vientre izquierdo, con la mano izquierda y los dedos medidos en el Mac Burney sentí una masa móvil, completamente móvil, que pude exteriorizar alzando con mucha suavidad la pared un divertículo de color hoja muerta, amarillento verdoso, ciertos puntos, que era un divertículo del sigmoide que se pudo exteriorizar perfectamente, sin mayor tracción y lo pude extirpar perfectamente, reparando en dos planos de sutura y me quedé quieto. Y marchó muy bien; de esto hace muchos años, hace 10 u 11 años. Tengo la idea de que el Dr. Larghero vió esa pieza y tuve la suerte de que el enfermo colega evolucionara sin otros accidentes. En diagnóstico de apendicitis fué en lo que yo pensé, en ningún momento en la diverticulitis y resultó diverticulitis, felizmente en una etapa mucho menos avanzada que el caso que presentó el Dr. Otero; pieza muy móvil, divertículo no adherente, etapa inflamatoria no muy avanzada. Eso en cuanto al primer caso. Las consideraciones que ha hecho el Dr. Otero en las múltiples contingencias de un sigmoide con divertículo en los distintos períodos de evolución nos ha mostrado todas las gradaciones de un proceso inflamatorio. Lo único que objetaría al Dr. Otero sería la sistematización de la conducta. Yo decía: cada conducta — simple o temeraria — debe ajustarse a cada caso; y es el criterio quirúrgico personal, el que aplica la llave a cada cerradura.

No voy a hacer otros comentarios, sino apoyarlo en toda su exposición. Ahora voy a preguntarle al Dr. Otero y a los cirujanos que tengan experiencia, incluso al Dr. Larghero, si han tenido ocasión de ver un tipo especial de divertículo del colon a evolución intestinal. Yo tengo dos casos de divertículo entre sigmoide y recto; yo tengo las dos observaciones que quise traerlas a la Sociedad, pero como no he podido recuperar las piezas no me parecía autorizado a traer una comunicación tan fundamental sin las piezas anatómicas; una pieza la tuvo el Dr. Domínguez, otra, el Dr. Lasnier, con toda clase de recomendaciones, porque para mí eran piezas interesantes y dignas de comunicarse. Se trataba de dos casos: uno lo operé cuando yo estaba en Ginecología, y otro en el Hospital Italiano; dos enfermas operadas por procesos genitales, en el curso de la intervención pelviana me encuentro en uno de los casos con un proceso del sigmoide recto, sigmoide más bien, en parte no exteriorizable, y en la parte fija un proceso que yo me quedé intrigado sobre su naturaleza. Era un proceso de endurecimiento intra parietal con tendencia a la retracción, no saliendo

hacia afuera como salen los divertículos inflamados, que tienen una saiente sub peritoneal en la cavidad peritoneal sino incluidos en la pared y como la operación había sido larga, lo dejé para otra oportunidad, para estudiar esa enferma bajo otro punto de vista en el post operatorio. Fué dada de alta, a condición de que volviera rápidamente a examinarse, pero la enferma no vino y al tiempo, dos meses y medio llegó con un cuadro de oclusión. A esa enferma le tuve que hacer un ano izquierdo. Y la enferma evolucionó bien de su oclusión y entonces en un segundo tiempo intervine sobre el proceso que había determinado la oclusión, que era aquella lesión tumoral que yo había visto, sin poder precisar su naturaleza e hice una extirpación entonces de la parte terminal, — del sigmoide y parte alta del recto.

No hice una abdómimo-perineal, sino que extirpé el asa distal y cerré el recto por encima del elevador. La pieza interesante, nos mostró una estenosis de tipo intersticial, intramural y que macroscópicamente creo que era un neoplasma; la hago estudiar perfectamente y era un divertículo intersticial, intra parietal. Había hecho una evolución larga, actimia y se había inflamado y determinada la estenosis y la oclusión. Iba a presentar esa comunicación con el nombre de divertículos o diverticulosis intersticial hipertrófica y estenosante.

Bien, ese fué un caso del que me acuerdo hasta el nombre de la enferma y del que no me olvidaré jamás.

El segundo caso, fué otra señora, una señora de edad, madre de un amigo mío, que la operé por una seria cuestión pelviana, y me encuentro con un enorme tumor pélvico, además del genital; el proceso tumoral, muy grande, tenía talmente el aspecto exterior de un grueso neoplasma recto-sigmoideo, la palpación, la dureza, la consistencia, Era tan enorme y tan grande que no se movía; le hice un ano izquierdo terminal para operar en un segundo tiempo, que realicé a los 15 ó 20 días, fué una operación laboriosa porque no me podía mover ni a derecha ni a izquierda, sin embargo pude hacer extirpación, saqué a la enorme pieza convencido de que era un neoplasma y envié al laboratorio y era un divertículo intersticial intramural con un gran proceso inflamatorio y productivo alrededor que daba la tumefacción de ese proceso parietal y la estenosis.

Dos casos por consiguiente, a plazo dilatado de procesos tumorales simulando neoplasmas como dice el Dr. Larghero, con un divertículo o una evolución superficial, sino a evolución intersticial que yo no lo he visto descrito mayormente en ninguna parte, en los trabajos de diverticulosis y diverticulitis. No se habla de ello lo suficiente, de manera que lamento verme impedido de presentar esos casos oficialmente porque las piezas no las pude reconquistar. Son dos piezas preciosas y creo que son de gran interés; ese es el aporte que yo hago a la comunicación del Dr. Otero, uno de diverticulitis solitaria del sigmoide y dos casos de diverticulitis intersticial hipertrófica y estenosante dando la máscara de un neoplasma, con extirpación y curación.

Dr. Otero. — Contestando al Dr. García Capurro quien nos presenta

dos casos muy interesantes que él aporta, en los cuales la extirpación no fué posible, diré que eso demuestra que en un determinado porcentaje de casos la situación parece ser muy difícil.

En lo que se refiere al Prof. Larghero, cuya experiencia en esta cirugía es grande y en la cirugía de urgencia en general, yo estoy de acuerdo con todas las cosas que él ha dicho y le agradezco el aporte de sus casos y de las oportunas consideraciones que ha hecho.

Me quiero referir especialmente a los casos del Prof. Stajano, porque él plantea una serie de cuestiones sobre las cuales quiero decir algunas cosas. En primer lugar el Dr. Stajano plantea la diferencia entre diverticulitis en divertículos salientes hacia el exterior de la pared del colon, más allá de la serosa, formando botón exterior visible y palpable por una parte, y por otra parte, divertículos intramurales, divertículos que no pasan más allá del peritoneo en las capas del intestino, del sigmoideo. Y parecería que pensara que lo más frecuente son los divertículos que se exteriorizan hacia afuera; yo pienso al contrario, que lo más común son los intramurales, que es el caso mío en que la histología demuestra que no pasan más allá de la capa peritoneal y la inflamación del intestino es una verdadera sigmoiditis por divertículo no exterior, y que no es posible ver por fuera. Por consiguiente las consideraciones del Dr. Stajano me sugieren que uno debía considerar en dos capítulos separados desde el punto de vista patológico y terapéuticos los divertículos exteriores, visibles, que pueden ser resecaos en su pie de implantación por un lado; y por otro lado los divertículos intramurales, que se manifiestan por una inflamación de la pared del sigmoide, sin divertículo exterior visible y que sólo podrán extirparse resecao el sigmoide mismo. Recuerdo haber leído artículos y especialmente uno del Prof. Lecene en que considera la resección del divertículo en su pie de implantación como la terapéutica de elección en casos similares a los del Prof. Stajano y al que relata el Prof. Larghero. Y esto no sólo para el sigmoide sino también para los divertículos del ciego y del resto del colon, mucho menos frecuentes. De manera que si se me presentara tan favorable circunstancias haría lo mismo con toda convicción.

Respecto a los casos del Prof. Stajano de los tumores pélvicos tomados por neoplasmas del sigmoide con su infiltración y su enorme tamaño aparente ellos constituyen uno de los problemas más frecuentes porque la mayoría de las personas que tratan diverticulitis en esas condiciones piensan que son neoplasmas, y tienen la sorpresa agradable ulteriormente de ver que no lo son. Le agradezco también sus expresiones favorables respecto a nuestro modo de encarar el tema.

En cuanto a lo que dice el Dr. Andreón, yo le quiero señalar lo siguiente: parecería que hubiera interpretado que yo creo que los divertículos se presentan siempre en la forma que se me presentó en mi caso, sin embargo yo digo de una manera bien clara que la afección es multiforme, que tiene distintos tipos y distintas formas, según la etapa anatómo-patológica, y supongo que me hará el honor de creer que yo sé per-

fectamente bien que la diverticulitis se puede presentar en una etapa inicial, en período de plastrón, en período de absceso, o determinando una oclusión por encima con posibilidad de confundirlo con una estenosis por neoplasma, y que sé que las diverticulitis se presentan casi siempre como una afección a confundir con otras lesiones, con apendicitis, con casos genitales, con afecciones que se toman como oclusiones, etc. Yo no digo tampoco en mi comunicación que la terapéutica sea la resección inmediata en todos los casos; al contrario digo que la indicación debe ser oportuna y digo que la resección tiene que ser en principio la conducta a pensar como lógica, lo cual quiere decir que si encuentro un absceso pelviano no voy a hacer una resección, haría drenaje y ano contranatura; me orientaría según el caso, si tiene oclusión ano contranatura, si hay absceso drenaje, etc. Yo no planteo la resección como conducta inmediata posible en todos los casos, sino como ideal a encarar dentro de una afección que de acuerdo con las estadísticas generales da una serie de complicaciones y de secuelas muy grandes si no se la trata en esa forma.

Respecto a lo que dijo de que la sutura puede ser estenosante o luego desarrollarse una estenosis, tengo la impresión de que las complicaciones post-operatorias después de resección en la estadística de Smithwick son mucho menores que las complicaciones por la lesión misma. Es decir que si yo fuera a pensar en estenosis, pensaría que es mucho más estenosante y mucho más posible obtener una oclusión intestinal por la lesión abandonada a sí misma que por la resección.

Ahora, yo no digo que la resección sea el tratamiento adecuado *en toda* diverticulitis del sigmoide como parece haberlo entendido, sino que la resección es el tratamiento de elección en las complicaciones quirúrgicas de la diverticulitis del sigmoide ya que *el 90 % más o menos de las sigmoiditis por diverticulitis ceden al tratamiento médico (Smithwick)*. — Por consiguiente en los casos atenuados de diverticulitis se hará tratamiento médico que curará el proceso en una forma bien simple.

Además yo no digo que la resección sea el tratamiento obligatorio a hacer de *inmediato* en las complicaciones quirúrgicas sino el tratamiento ideal, en principio, como meta a alcanzar y según tácticas y procedimientos variables para cada caso (drenaje en abscesos, ano contranatura en oclusión, etcétera), seguidos, eso sí, más tarde de resección. Pocos serán los casos de indicación de resección primaria como lo fué el mío. Pero en circunstancias semejantes a las mías, peritonitis por diverticulitis, la indicación de elección es la resección primitiva si es posible que es el motivo central de nuestra comunicación.

Quiero creer que el Dr. Andreón no ha escuchado en todo momento con atención la lectura de mi comunicación y creo que cuando la vuelva a leer se formará una idea diferente, y verá que no hice aseveraciones tan radicales como él supuso, y en cuyo caso y con toda razón podría haber puesto las cosas en su punto, como esperó ponerlas.