

SIMPÓSIO SOBRE DOENÇA DIVERTICULAR DO CÓLON

Apresentação no XXXI Congresso Brasileiro de
Colo-Proctologia, 6-8 de setembro de 1981 -- São Paulo

Presidente: Waldemiro Nunes (SP)
Coordenador: Fidel Ruiz Moreno (México)
Secretário: Hugo Bonfim Pinheiro (SP)

Participantes: Angelino Manzione (SP)
Eduardo Donnelly (Argentina)
Francisco F. Ginani (DF)
Nilo Cerrato (RS)
Renato Bonardi (PR)

Perguntas:

1. Você indica o uso de dieta rica em resíduos? Por quê?

Respondida pelo Dr. Francisco F. Ginani

A dieta rica em resíduos é um elemento importante na condução clínica da forma não complicada da doença diverticular. Sendo esta uma doença de crescente importância na civilização moderna, não deixa de estar associada a fatores como o *stress*, a dieta típica de países industrializados e a alterações da atividade motora intestinal. Dados epidemiológicos e experimentais sugerem que, uma dieta sem resíduos, pode ser o fator de desenvolvimento da doença diverticular. Uma dieta muito refinada é absorvida no intestino delgado, resultando numa diminuição do volume fecal. Em alguns países da África e Ásia, essa doença é rara, embora que recentemente ela venha sendo relatada com mais frequência, atribuindo-se a meios de diagnóstico mais acessível. Em países do Oeste europeu e nos Estados Unidos, ela tem experimentado progressiva incidência nos últimos 50 anos. A doença parece não ter conotação racial, desde que incide em japoneses e africanos que vêm para o mundo ocidental. Na Inglaterra, diversos autores como *Walker* e *Burkitt*, estudando pessoas com hábitos alimentares diferentes da média britânica, encontraram uma relação direta na quantidade de fibra ingerida versus trânsito intestinal, peso, volume e consistência das fezes. Uma dieta deficiente em fibras,

resulta em um trânsito intestinal prolongado, que está associado a eliminação de fezes pequenas e firmes, enquanto uma dieta com suficiente resíduos provoca um efeito reverso. A mudança no peso fecal pode ocorrer como resultado do conteúdo de água nas fezes, sendo a chamada água não solvente (gel), intimamente associada com o resíduo da dieta. De acordo com *Burkitt*, enquanto as proteínas, gorduras e carboidratos têm sido exaustivamente estudados, a parte da fibra que é inabsorvida tem sido ignorada, tanto por não ser digerida, como por seu valor nutritivo inexpressivo. A fibra é perdida quando o carboidrato é refinado, argüindo-se em base histórica e epidemiológica, que a deficiência de fibra causa entre outras doenças, a diverticulose cólica. Nesse aspecto, considera-se a dieta rica em fibras vegetais, como um fator preventivo da doença. Isto tem coincidido com o aumento da incidência da doença, nos últimos anos, nos países industrializados. O aumento da ocorrência da doença diverticular na África urbana, também parece relacionar-se às mudanças da dieta. Entretanto, nem todos os estudos confirmam essa hipótese. *Manousos* observou que, na Grécia, a incidência dessa patologia é maior nos habitantes das cidades do que naqueles que habitam no campo, embora nenhuma diferença de dieta pudesse ser observada. Foi sugerido que a dieta contivesse mais fibras vegetais em detrimento das de cereais. É possível, que o conteúdo de gorduras, proteínas ou carboidratos na dieta tenha mais importância do que o fator resíduos. Há

também evidência que alterações na dieta produzem variações na flora bacteriana fecal, nos sais biliares e seus metabólitos. O efeito da dieta, conforme essa corrente de opinião, pode não ser mecânico, mas, de alterar a motilidade intestinal por via neurogênica ou hormonal. Por outro lado, **Painter** afirma que o *bran* — feito da parte mais não digerida do trigo — produz melhora clínica em pacientes com doença diverticular, aumentando significativamente o trânsito intestinal na doença diverticular, mudando o fluxo fecal, atuando como um veículo para a água ou gel molecular. O *bran* também reduziu o aumento da pressão intraluminal, em resposta ao estímulo, na doença diverticular. É de interesse afirmar que o peso das fezes e o trânsito intestinal nem sempre aumentam com suplemento de *bran*.

Brodribb, numa pesquisa duplo-cega, controlada, observou que os resultados obtidos quando da adesão a uma dieta rica em resíduos, são obtidos com o tempo de uso da mesma. **Manousos**, estudando o trânsito gastrointestinal, observou que o mesmo era efetivamente mais rápido em pacientes com doença diverticular em comparação a pessoas normais, aproximando-se comparativamente ao observado na síndrome do cólon irritável. Isto coloca em evidência a hipótese que a atividade motora colônica incoordenada, é o ponto preliminar das alterações. Os sintomas, intermitentes e crônicos dessas duas condições patológicas, são idênticos, levando a **Bockus**, após fazer repetidos estudos radiológicos em pacientes com SCI, concluir que uma proporção deles desenvolvem divertículos depois de alguns anos do diagnóstico firmado, sugerindo que a irritabilidade colônica pode ser um fator predisponente no desenvolvimento do divertículo. Ambas as condições exibem respostas exageradas a estímulos normais, como, alimentos e bebidas. A atividade muscular não coordenada, segundo **Williams**, necessariamente não causa sintomas. Segmentação, pode ser explicado por *stress*, já que o aumento das contrações do sigmóide eleva a pressão intraluminal. A hipersegmentação que ocorre, em particular, na região sigmoidiana, além de elevar a pressão intraluminal, desencadeia a hipertrofia e espessamento das camadas musculares do sigmóide, na maioria das vezes com formação de divertículos. **Morson**, estudando 173 espécimens cirúrgicos de pacientes com diverticulite cólica, encontrou encurtamento e espessamento de ambas as camadas musculares, circular e longitudinal, em todos os casos. **Painter** também afirma que o espessamento dessas camadas musculares é a primeira anormalidade que ocorre no intestino. Este espessamento e encurtamento mus-

culares contribuem para a compartimentalização do intestino em várias pequenas câmaras de elevada pressão interna, contribuindo para a formação dos divertículos através dos pontos frágeis da parede intestinal. Esta segmentação é mais marcante no sigmóide, levando a um grande aumento da pressão intraluminal. **Edwards**, estudando o cólon desses pacientes, verificou que a irritabilidade marcante do sigmóide leva ao espasmo muscular e hipertrofia. Este processo se estende para segmentos proximais do intestino grosso, encurtando o intestino com espessamento irregular das camadas circulares do intestino, e marcante espasmo. **Parks e Connell** demonstraram alterações musculares intestinais em pacientes com divertículos, no pré e pós-operatório, acreditando que distúrbios miogênicos constituem um fator primário e não, secundário. Quanto maior for a atividade muscular do sigmóide, maior será o desenvolvimento de ambas as camadas musculares com a conseqüente redução da luz intestinal. Isto explica porque o sigmóide é mais afetado que outras partes do intestino, mesmo que os divertículos não estejam necessariamente presentes, como na situação paradoxal da doença diverticular sem divertículos. Alguns divertículos ocorrem na ausência de anormalidade muscular, quando novamente fatores de dieta poderão estar envolvidos. Considera-se, então, a dieta rica em fibras, tanto de cereais como de vegetais, como um fator terapêutico importante, atuando tanto no sentido de minimizar as alterações motoras intestinais, impedindo a formação de novos divertículos, e contribuindo para a atenuação dos sintomas.

2. Que medicamentos usa na doença diverticular sintomática, não complicada?

Respondida pelo Dr. Nilo Cerrato

Para respondermos objetivamente a essa pergunta, fizemos uma reavaliação de 41 pacientes de clínica privada, portadores de doença diverticular não complicada, e chegamos às seguintes observações:

1º — 18 pacientes eram do sexo masculino e 23 do sexo feminino.

A doença diverticular tem maior incidência no sexo feminino. Essa parece ser uma observação comum entre os autores.

2º — Esses pacientes encontravam-se nas faixas etárias de:

31 — 40 anos	2 casos
41 — 50 anos	6 casos
51 — 60 anos	7 casos
61 — 70 anos	16 casos

71 – 80 anos	7 casos
81 – 90 anos	3 casos
3º – Os segmentos colônicos comprometidos foram:	
Descendente sigmóide	15 casos
Todo colo	13 casos
Sigmóide	11 casos
Ascendente transversal, descendente e sigmóide	1 caso
Ceco ascendente	1 caso
4º – As manifestações clínicas mais importantes apresentaram-se assim:	
Dor espasmódica, hipermotilidade cólica	18 casos
Dor no Q.I.E.	12 casos
Diarréia	11 casos
Um episódio de sangramento volumoso	9 casos
Sangramento discreto	6 casos
Constipação e flatulência	5 casos
Diarréia alternada com constipação e flatulência	4 casos
Sangramento volumoso freqüente	3 casos

5º – A orientação terapêutica dada a esses pacientes foi a seguinte:

A. Todos foram informados sobre sua doença, sem alarmá-los, mas apenas no sentido de orientá-los.

B. A todos foi particularmente valorizada a ingestão de uma dieta rica em resíduos, com a finalidade de aumentar o volume intracolônico e reduzir a hiperpressão a nível do cólon sigmóide.

Nessa dieta foi-lhes recomendado que evitassem a ingestão de resíduos não digeríveis, tais como grãos de milho, sementes, nozes, e ainda frutas e vegetais, cujas sementes normalmente são deglutidas, como uvas, figos, morangos, pepinos, e tomates, pelo risco de uns desses produtos virem a obstruir o óstio de um divertículo e causar complicações.

C. Aos pacientes com diarréia, essa dieta não foi recomendada de imediato. Para esses foi indicada uma dieta sem resíduos na vigência da diarréia, e uma vez normalizado o hábito intestinal, progressivamente acrescentamos frutas e vegetais a sua alimentação.

A mesma orientação foi dada para os pacientes que apresentaram alternância entre constipação e diarréia.

Os que tiveram enterorragia de maior volume foram internados, lhes foi suspensa a via oral, reposta a volemia, e após a alta, receberam a mesma orientação dietética.

D. A 19 pacientes foram receitados medicamentos à base de gomas ou sementes muciliginosas tais como metamucil ou normacol, com a

finalidade, de, da mesma forma como a dieta, auxiliar no aumento do volume intracolônico, e na regularização do hábito intestinal.

Foram contra-indicados catárticos de ação irritante e enemas de grande volume, pelos riscos de complicações.

E. Para 16 pacientes recomendamos anti-colinérgicos. Utilizamos o brometo de propantelina, levando sempre em consideração as múltiplas contra-indicações dessa droga. Esses pacientes eram portadores de queixas de dor espasmódica e hipermotilidade cólica.

F. Aos pacientes com queixas associadas a um visível comprometimento emocional, utilizamos os espasmolíticos associados a tranqüilizantes do tipo benzodiazepínicos.

Não tivemos necessidade de utilizar narcóticos para aliviar a dor desses pacientes. Se o fizéssemos usaríamos mepiridina. A morfina é contra-indicada por aumentar a pressão intracolônica.

G. Para tratarmos a diarréia, fizemos uso de anti-diarréicos à base de produtos adsorventes, como sais de bismuto, caulim e a pectina. Naqueles resistentes a essa medicação, complementamos com o uso de antibióticos, por pensarmos em um provável processo de diverticulite que estivesse se desenvolvendo. Tivemos dois pacientes cujas queixas, em um, apenas diarréia, e em outro, diarréia e dor abdominal, que tivemos que operar por quadros suboclusivos de diverticulite.

RESULTADOS

Obtivemos resultados que puderam ser considerados bons em 20 pacientes. Nesses, as manifestações clínicas desapareceram e nos múltiplos controles mantiveram-se bem.

Em oito pacientes, consideramos os resultados como médios, porque melhoraram por um determinado período e após a redução progressiva da medicação, ou em função de problemas de ordem emocional, recrudesceram suas queixas.

Não tivemos condições de avaliar quatro pacientes porque após o diagnóstico e a orientação em primeira consulta, não mais retornaram para controle.

Em nove pacientes os resultados foram maus, e esses foram submetidos a tratamento cirúrgico.

Três, apesar de todos os cuidados, apresentaram múltiplos e freqüentes episódios de enterorragia volumosa.

Sete pacientes portadores da doença diverticular hipertônica, com sintomas de dor intensa no Q.I.E., flatulência, constipação intercalada com raros episódios de diarréia, aos quais foi dada a orientação acima, não tiveram regressão das mani-

feições clínicas. Todos eles, num determinado momento de sua evolução, apresentaram quadros agudos diagnosticados como diverticulites, que cederam com o tratamento conservador. Esses sete pacientes foram operados eletivamente após um período variável de um a dois meses de sua fase aguda.

3. Qual a seqüência na propedêutica na suspeita de doença diverticular hemorrágica?

Respondida pelo Dr. Renato Bonardi

— O sangramento por doença diverticular ainda que possa ser maciço e alarmante, na grande maioria das vezes, cessa espontaneamente.

— Na doença diverticular hemorrágica devemos pois reconhecer duas situações distintas: a *primeira* em que o doente apresenta uma perda sangüínea pelo reto de volume considerável porém sem repercussões importantes para o seu estado geral e que no momento do atendimento não apresenta sinais evidentes de sangramento ativo. Estes pacientes devem ser sempre hospitalizados, se já não o estiverem, submetidos a tipagem sangüínea e avaliação do Hct e Hgb (que quando atendidos rapidamente ainda podem não apresentar alteração). Repouso no leito, hidratação parenteral e reposição da volemia quando indicada. Sem evidências de sangramento ativo nós os submetemos a um estudo radiológico contrastado (enema opaco). O preparo é quase desnecessário uma vez que o sangue na luz intestinal é bastante irritante fazendo um esvaziamento completo do cólon. A *segunda* condição é aquela em que o doente apresenta um sangramento maciço pelo reto com repercussões sistêmicas importantes (palidez de pele e mucosas, sudorese, hipotensão, pulso filiforme etc.) e que persiste com o seu sangramento ativo. Da mesma forma que o anterior, hospitalização, repouso, reposição sangüínea vigorosa para a estabilização de suas condições. Se ainda assim o sangramento persiste, solicitamos uma arteriografia da mesentérica superior e inferior e com isto podemos chegar a três resultados: 1. o exame pode confirmar a área do sangramento da doença diverticular, 2. pode mostrar uma causa um pouco diferente do sangramento tal como uma malformação vascular (fístula artério-venosa) do delgado ou do cólon, e 3. pode não definir o local do sangramento, e o cirurgião deverá se apoiar somente no seu julgamento clínico.

— Nossa experiência de endoscopia, principalmente colonoscopia, na vigência do episódio hemorrágico se mostrou totalmente infrutífera.

4. Qual a conduta na doença diverticular hemorrágica?

Respondida pelo Dr. Eduardo Donnelly

Se ha dicho que la causa más frecuente de hemorragias colónicas graves que ponen en peligro la vida del enfermo, es la enfermedad diverticular. Recientemente se ha comenzado a poner en duda si muchas de ellas son realmente causadas por los divertículos, o por pequeñas lesiones coincidentes que comienzan a conocerse mejor al estudiarse territorios más extensos de colon en las piezas extirpadas o mediante la arteriografía y fibrocolonoscopia. Se han observado así pequeñas úlceras, pólipos, granulomas y sobre todo angiodisplasias que son muchas veces la causa de la hemorragia. Por lo tanto la investigación y el tratamiento deben realizarse como si la enfermedad diverticular no estuviera presente, hasta demostrar su participación.

Es frecuente que el tratante deba conformarse con determinar que la hemorragia es realmente grave, que procede del colon y que los medios médicos son insuficientes para cohibirla. Confirmados estos hechos, poco importa si proviene o no de un divertículo. Por este motivo la meta debe ser hacer diagnóstico de hemorragia colónica grave sin insistir en su origen diverticular.

Si es evidente que la hemorragia no cede a los medios habituales de sostén y reposición sanguínea, puede recurrirse a la enema baritada para orientación diagnóstica y como tratamiento, ya que en un porcentaje de casos puede cohibirla. Se cree que esto se debe a la presión que ejerce el bario durante la enema y posteriormente a la presencia residual de cristales de bario en el divertículo, que producirían esclerosis del vaso que sangró. Algunos autores como *Adams* y *Heidenreich* mencionam hasta un 90% de éxitos con este recurso terapéutico. La arteriografía selectiva de urgencia también permite, a la par que una localización muy precisa del punto sangrante, que puede ser de mucha importancia para un tratamiento quirúrgico mejor orientado y por ende más limitado, la posibilidad de cohibir la hemorragia. Esto puede lograrse por la inyección de drogas vasoconstrictoras como la pitresina, o en forma más permanente mediante la inyección de émbolos sanguíneos autógenos o partículas de esponja de gelatina.

Quando estos métodos no pudieron emplearse o hubieran fracasado, habrá que recurrir a la exploración quirúrgica sin diagnóstico de localización, adquiriendo importancia la semiología operatoria.

Se observará por transparencia el color del contenido intestinal, el aspecto de la serosa, la presencia de lesiones vasculares subserosas; se hará una palpación cuidadosa y se examinará la patología reconocible. Desgraciadamente significa poco que la patología predomine en un lugar del colon, pues la hemorragia puede provenir de una erosión, granuloma e hemangiomas mínimos en la submucosa, invisibles e impalpables. En el caso de sangrar de un divertículo es generalmente una lesión asociada en su cuello, del tipo ya mencionado, que provoca el accidente.

Por este motivo y una vez llegado al grado de gravedad que lleve a la exploración se tiende a abandonar las resecciones limitadas, para optar por la colectomía total con ileorrecto-anastomosis. En los centros preparados para ello, y en manos experimentadas, este proceder da excelentes resultados y ofrece al enfermo las máximas garantías de una cura rápida y permanente. Nos inclinamos por construir un circuito ileal terminal a la manera de *Champeau*, para anastomosar el íleon en forma lateral al polo superior del cabo rectal. La recuperación funcional ha demostrado ser excelente, con dos o tres deposiciones diarias semisólidas e sólidas.

5. Qual a conduta na obstrução por doença diverticular?

Respondida pelo Dr. Francisco Ginani

Na abordagem da obstrução por doença diverticular, temos que considerar os sintomas obstrutivos agudos e crônicos. Os sintomas obstrutivos crônicos constituem-se numa manifestação comum da doença diverticular, porque sempre há alguma diminuição da luz intestinal, quer seja pelo espessamento muscular, ou pelos processos pericólicos, e, de diverticulite de repetição, caracterizando avançada forma da doença. Esta pode, raramente, tornar-se aguda, sendo o quadro clínico de uma obstrução aguda ou crônica, do cólon distal. Quando a obstrução do intestino grosso é produzida por diverticulite crônica, o paciente tem antecedentes de dor abdominal localizada na fossa ilíaca esquerda, acompanhada de febre. No entanto, a obstrução intestinal é rara, apresentando-se como uma indicação para cirurgia de emergência, e parece quase sempre ocorrer na presença de inflamação aguda muito extensa associada a espessamento muscular e a fibrose intramural e pericólica. A obstrução aguda pode ocorrer em associação com abscesso paracólico ou pélvico, agudo, produzindo variados graus de obstrução. O seu manuseio é dirigido ao tratamento da doença inflamatória aguda, antes do que da obstrução, a qual desaparecerá se houver

controle adequado do processo inflamatório. Outra forma na qual a obstrução intestinal pode ocorrer, é pela ação de uma alça de intestino delgado aderente à massa de diverticulite, produzindo um acotovelamento ou diminuição de sua luz. Sob esta circunstância, naturalmente, os sintomas tornam-se mais dramáticos, possivelmente sugerindo o mecanismo de obstrução, embora, muitas vezes, a verdadeira distinção só seja feita à laparotomia.

O alívio cirúrgico da obstrução do intestino grosso está indicado se os sintomas não cederem depois de um período curto de observação fixado para o tratamento conservador, com o paciente hospitalizado. Se a dor e a distensão abdominal progredirem, a laparotomia está indicada. A presença de distensão abdominal excessiva, em particular, se a radiografia simples do abdômen indica o ceco muito distendido, a indicação do tratamento operatório precoce é mandatório, pelo risco de perfuração cecal. Evidência clínica de inviabilidade de segmento intestinal é indicação absoluta de operação. A obstrução causada por processo inflamatório intramural, e pericólicos intensos, é melhor manuseada por ressecção intestinal em dois ou três tempos. Na primeira eventualidade, pode ser tentada a ressecção do segmento comprometido, com feitura de colostomia terminal e exposição da parte distal como fístula colocutânea, ou se não for possível, tratamento do coto retal pelo método de *Hartman*. Na segunda hipótese, deve-se realizar transversostomia inicialmente. Subseqüentemente, deve-se realizar o enema opaco e avaliação endoscópica, na tentativa de confirmação do diagnóstico, e afastamento de possível carcinoma, que se constitui na causa mais freqüente de obstrução do intestino grosso. Se persistir a dúvida, a lesão deverá ser ressecada como câncer, com ligadura da artéria mesentérica inferior, e extensão, se necessário, do escopo de radicabilidade da operação com ressecção em bloco, dos órgãos aderidos ao sigmóide, como o intestino delgado, útero e anexos. A ressecção em três estágios será também necessária se o cólon estiver ainda dilatado, tornando a ressecção imediata perigosa. O paciente idoso e debilitado deverá ter colostomia definitiva, se as suas condições clínicas não melhorarem para enfrentar uma cirurgia ampla.

6. Qual a freqüência na associação doença diverticular e câncer?

Como fazer a detecção precoce da neoplasia?

Resposta do Dr. Renato Bonardi:

— De longa data os autores já chamaram a atenção para a associação doença diverticular e carcinoma. Devemos entender que a possibilidade

do desenvolvimento de neoplasia na doença diverticular em si não é aceito, isto é, a doença diverticular não é considerada uma afecção pré-maligna. Ambas são doenças freqüentes nos países mais industrializados e que atingem pacientes na mesma faixa etária. Os estudos epidemiológicos de *Burkitt* mostram uma associação bem evidente da ingestão de alimentos mais refinados e o desenvolvimento das duas afecções. Conseqüentemente a associação de doença diverticular com neoplasia (benigna ou maligna) é um fato que *sempre* deve ser levado em consideração.

– A incidência da associação com câncer na nossa experiência está em torno de 3%, porém mais importante é a associação com as lesões consideradas pré-malignas – os pólipos.

– Para a detecção precoce da neoplasia devemos ter sempre um estudo completo do segmento afetado, que não deixe dúvidas. Inicialmente obtemos um estudo radiológico e pesquisa de sangue oculto. Sendo esta negativa e o raio X conclusivo, ou seja, sem evidências de neoplasia, para nós é o suficiente. Porém em um grande número de doentes, temos complementado com um estudo endoscópico – colonoscopia, principalmente se a pesquisa de sangue oculto for positiva, ou que o exame radiológico deixou dúvida em algum segmento. Pacientes com doença diverticular e com sangramento retal pequeno, pacientes sintomáticos ou com modificação dos seus sintomas também são submetidos a colonoscopia. Naqueles em que a endoscopia não pode ser realizada por dificuldades técnicas de qualquer natureza e com sintomas acentuados indicamos a cirurgia. Devemos salientar que todos estes pacientes quando do exame inicial são submetidos a uma retossigmoidoscopia como parte do seu exame físico.

7. Quais os limites da ressecção na cirurgia eletiva da doença diverticular?

Respondida pelo Dr. Nilo Ceratto

Os limites de ressecção nas cirurgias que fizemos eletivamente por doença diverticular foram um pouco variáveis, conforme as indicações. ASSIM:

1º – Em três pacientes operados eletivamente por episódios freqüentes e recorrentes de enterorragia, as condutas foram as seguintes:

a. Em um paciente com comprometimento de todo colo, fizemos colectomia total com íleo-reto anastomose.

b. O outro paciente foi submetido a colectomia subtotal com ceco-reto anastomose, porque o ceco era o único segmento do colo que não

continha divertículos, e esse paciente tinha uma válvula ileocecal continente.

c. Para o terceiro, com grande número de divertículos no cólon descendente e sigmóide, a cirurgia foi hemicolectomia esquerda.

2º – Pacientes para os quais as indicações de cirurgia eletiva foram por doença diverticular hipertônica, cujas manifestações clínicas mostraram-se resistentes ao tratamento conservador:

Nº de pacientes	8
Cirurgias realizadas:	
<i>Sigmoidectomias</i>	6
<i>Hemicolectomia esquerda</i>	1
<i>Miotomia longitudinal do sigmóide pela técnica de Reilly</i>	1

3º – Pacientes submetidos a cirurgias eletivas para o tratamento de fístulas.

Nº de pacientes	6
Fístulas colovesicais	2
Fístula colo-uterina	1
Fístula colocutânea	1
Fístula coloperineal	1
Fístula colo-ileal	1

Nos seis casos, optamos pela sigmoidectomia, com ressecção simultânea ou drenagem adequada das estruturas comprometidas.

Nas colovesicais, além da sigmoidectomia, em um caso, fechamos o orifício vesical e no outro fizemos uma ressecção mínima da bexiga. Em ambos deixamos cateterismo vesical por 10 dias.

Na fístula colo-uterina, removemos em monobloco o sigmóide e útero comprometidos.

Na colo-ileal, também ressecamos em monobloco o cólon sigmóide e íleo comprometidos.

Na coloperineal e na colocutânea, fizemos a sigmoidectomia e deixamos drenagens pelos orifícios fistulosos.

CONCLUSÃO

Cirurgias eletivas realizadas	17
Sigmoidectomias	12
Hemicolectomias esquerdas	2
Colectomia total	1
Colectomia subtotal	1
Miotomia do sigmóide	1

Complicações

Fístulas de anastomose que fecharam espontaneamente mediante drenagem intermitente com dreno de *Sump* – 3

Óbitos – um paciente por embolia pulmonar.

O que consideramos importantes na cirurgia eletiva da doença diverticular é o seguinte:

Em pacientes operados por enterorragia devemos procurar remover todo o cólon comprometido porque, ainda que com o auxílio da arteriografia identifiquemos o ponto de sangramento, não sabemos se será o mesmo que sangrará no próximo episódio.

Nas cirurgias realizadas por doença diverticular hipertônica, e suas complicações, o mais importante é a remoção do segmento doente do cólon sigmoide, isto é, aquele segmento que se encontra com redução de calibre e hipertrofia muscular.

Achamos importante nesses casos, como a maioria dos autores, que a anastomose se faça entre segmentos intestinais normais, mesmo que permaneçam divertículos a montante.

O cólon sigmoide deverá ser removido o mais distalmente possível. A anastomose se fará com o reto.

Aqueles pacientes submetidos a sigmoideotomias por essas indicações, e com essa orientação, ainda que em alguns tivessem permanecido divertículos nos segmentos acima, não apresentaram reativação de suas manifestações clínicas.

O paciente operado pela técnica de *Reilly*, inicialmente apresentou melhora de seu quadro clínico. Não tivemos condições de avaliá-lo a longo prazo.

Não tornamos a usar essa técnica por acharmos a sigmoideotomia um ato cirúrgico simples e de resultados mais convincentes.

Por outro lado a revisão de literatura informa que a longo prazo os resultados com a miotomia não são tão bons.

8. Qual sua apreciação sobre as teniotomias no tratamento da doença diverticular?

Respondida pelo Dr. Eduardo Donnelly

Debemos señalar que existen dos tipos de miotomías

a. miotomia longitudinal descrita en 1964 por *Reilly*, consideramos que este método presenta algunos inconvenientes, a pesar de los buenos resultados que se han publicado.

Casi todas las estadísticas parecen haber excluido los casos más avanzados o complicados que son tratados por resección. Su ejecución no es tan fácil como pudiera suponerse y no está exenta de morbimortalidad. Por otra parte la sección longi-

tudinal de la tenia no permite el alargamiento del sigmoide, lo que parece ser deseable para disminuir la posibilidad de segmentación sigmoidea.

b. teniotomía transversa múltiple mencionada primeramente por *Arfwidssen* en 1964 y popularizada en 1974 por *Hodgson*.

Desde el punto de vista de su ejecución presenta la ventaja sobre la miotomia longitudinal, de no atravesar la túnica muscular circular, lo que hace casi imposible la perforación colónica. Ya en 1910 *Keith* sustentaba que el acortamiento de las tenias causaba la plicatura o arrugamiento del colon en la enfermedad diverticular. *Morson* y otros lo consideran el cambio patológico inicial, que produce los espolones y pliegues intraluminales; si es así esta operación corrige mejor el factor patogénico que la miotomia longitudinal. Es un hecho real que mientras se lleva a cabo, se produce un alargamiento y distensión del sigmoide muy perceptible y también a veces la evacuación de coprolitos alojados en los divertículos, cuyo cuello se dilata.

Si bien nos inclinamos por la 2ª de las técnicas, consideramos que en los casos sintomáticos pero no complicados el agregado de fibras de cereales a la dieta trae una notable mejoría de los pacientes haciendo innecesaria la miotomia.

No tenemos experiencia en casos agudos prefiriendo en los mismos la cirugía resectiva cuando es posible en forma clásica.

Resumiendo:

Reservamos la teniotomía transversa múltiple para los casos siguientes;

1) Enfermos jóvenes en período de miopatía sigmoidea hipertónica, que no han mejorado con el tratamiento médico-dietético adecuado incluyendo a ingestión de fibre de cereal, con pocos divertículos y signos de acortamiento sigmoideo.

Si en la exploración se aprecian tenias muy acentuadas, puede presumirse que sea posible prevenir el período de estado de la enfermedad diverticular con esta técnica, al disminuirse las presiones intrasigmoideas.

2) Ancianos con deficiente estado general y alto riesgo operatorio que haga indeseable una resección.

3) Casos de cirugía asociada, cuando en una intervención por otra causa se encuentra además una enfermedad diverticular con sigmoide acortado y tenias acentuadas.