

COMENTÁRIO EDITORIAL

Conheci Abel Chifflet em 1963, durante o II Congresso de ALAP (naquela ocasião era Associação Latino Americana de Proctologia), realizado em Montevideu.

Um anatomista excelente, sempre se interessou pelo aparelho digestivo, em especial pelo cólon e reto.

Assistindo a sua apresentação de enfermidade diverticular, definindo a mesma com muita clareza e com excelentes lâminas de comprovação, compreendi que deveria mudar meus conceitos anteriores e procurei ter sua orientação a respeito.

Pessoa extremamente afável, cedeu-me minutos e minutos por todos os dias do Congresso. Sua definição da doença diverticular, infelizmente, talvez por sua morte prematura não foi entendida por todos. As escolas americana e européia a desconhecem e seguem com esquemas e definições que não se baseiam na fisiopatologia da enfermidade.

Este conceito de doença diverticular baseada no estudo da musculatura cólica é de extrema importância e deve ser o conceito vigente.

Enfermidade diverticular hipotônica e enfermidade diverticular hipertônica representam doenças diferenciadas não só pela fisiopatologia, mas também pelos sintomas e considerações de tratamento.

Este trabalho inicial de Chifflet claramente descreve não só os sintomas das mesmas mas também esclarece sobre as eventuais complicações que podem ocorrer e sobre as possibilidades de tratamento.

Nestes 40 anos procuramos estender seus estudos e definir métodos diagnósticos com base nos recentes desenvolvimentos tecnológicos.

José Alfredo dos Reis Neto

COMPLICACIONES DE LA COLOPATIA DIVERTICULAR

ABEL CHIFFLET¹

¹Montevideo - Uruguay

CHIFFLET A. Complicaciones de La Colopatía Diverticular. **Rev bras Coloproct**, 2005;25(4): 386-395.

INTRODUCCION

La colopatía diverticular se caracteriza por la existencia de divertículos mucosos que hacen hernia a través de las capas musculares del colon, llegando a la subserosa. Los términos a veces utilizados de diverticulosis y diverticulitis sólo señalan el proceso diverticular que es una simple manifestación de una enfermedad que es del colon: se inicia en su pared,

domina en ella y origina allí la mayor parte de las complicaciones.

El estudio de enfermos y piezas operatorias demuestra formas diversas de iniciarse, de evolucionar y de complicarse esta enfermedad, lo cual ha conducido a desintegrar su estudio, haciendo el análisis fraccionado de formas de comienzo, formas anatómicas, complicaciones, etc. sin hacer surgir una entidad definida, desde su comienzo a su fin. Creemos

que, bajo el denominador común del divertículo, se engloban procesos diferentes del colon que le dan origen y que es necesario comenzar por analizar esos procesos para interpretar posibles evoluciones y complicaciones.

Los procesos iniciales del colon pueden considerarse de tres tipos, cada uno de los cuales conduce a determinada forma anatómica y sus propias complicaciones. Es posible la asociación de estos tipos anatómicos, en cuyo caso las características podrán corresponder a cualquiera de ellos.

Designamos los tres tipos según su carácter dominante con los nombres de colopatía diverticular por malformación, colopatía diverticular por hipertonia y colopatía diverticular por hipotonia.

A - COLOPATIA DIVERTICULAR POR MALFORMACION

En esta forma anatómica, que es característica del niño y del joven, pero que puede encontrarse en el adulto, la hernia mucosa se presenta como consecuencia de una malformación en los orificios de la capa muscular. La dinámica colónica es normal y la malformación no da sintomatología.

La complicación en estos casos es prácticamente única: inflamación del divertículo y perforación. Estas complicaciones se presentan sin antecedente clínico; se inician por discretos sufrimientos inflamatorios de bajo vientre o bruscamente por el accidente agudo perforativo. Se constituye como en la perforación del apéndice cecal un proceso difuso de peritonitis o un absceso perisigmoideo.

En la laparotomía el sigmoide se presenta con aspecto normal y la localización clara de la perforación invita al cierre, lo cual puede hacerse con relativa facilidad y con excelente resultado.

Si la perforación provoca un absceso, su drenaje simple puede ser suficiente para curar al enfermo definitivamente, como lo han anotado diversos cirujanos.

B - COLOPATIA DIVERTICULAR POR HIPERTONIA

En estos enfermos el proceso inicial y dominante es la alteración dinámica del intestino

(hipertonia o distonía). Se presenta en forma casi limitada al colon sigmoideo en enfermos entre 40 y 60 años. Se inicia generalmente por una colitis espasmódica (dolores cólicos, diarreas, etc.) sin imágenes diverticulares en la radiología. La imagen llamada prediverticular no es más que un dentellado por hipertonia que podrá llegar a la formación de divertículo o no.

Son enfermos emocionalmente lábiles, que hacen empujes dolorosos periódicos en relación con problemas afectivos.

La pared del colon presenta un importante desarrollo muscular y los divertículos numerosos hacen hernia, apretados en la travesía muscular, hasta llegar a la subserosa.

Las complicaciones en esta forma anatómica son fundamentalmente infecciosas, dependientes de la estrechez del divertículo en su travesía y de la dinámica intensa del colon que escurre su contenido hacia el divertículo. La periodicidad del empuje de hipertonia colónica y las alternativas de la virulencia microbiana se suman para dar a estas complicaciones infecciosas un carácter evolutivo con agravaciones periódicas.

Se sigue repitiendo que las complicaciones de la colopatía diverticular son más frecuentes porque la vida actual es más larga y la enfermedad aumenta con la edad. En 100 observaciones personales de colopatía diverticular con complicaciones quirúrgicas, tenemos 37 con menos de 60 años, 17 con menos de 50 años, todas con complicaciones infecciosas. Es indudable que el aumento de las colopatías diverticulares en nuestra época depende en parte del aumento de la vida pero juega un papel muy importante la tensión nerviosa en que vivimos, causante de hipertonías segmentarias.

C - COLOPATIA DIVERTICULAR POR HIPOTONIA

Esta forma anatómica se presenta habitualmente en el viejo.

La dinámica colónica decrece y la hipotonia permite, en enfermos vasculares, las fallas en las zonas de pasaje arterial, conduciendo así a la hernia de la mucosa.

Los divertículos se presentan en cualquier parte o en todo el colon; suelen ser muy numerosos, grandes, en amplia comunicación con la luz del colon,

lo que unido a la hipotonía intestinal disminuye los riesgos de infección.

Las complicaciones en estos enfermos no dependen tanto de los divertículos como de las alteraciones vasculares generales. La hemorragia intestinal copiosa es la principal complicación, que dependiendo más de los procesos vasculares que del divertículo por si mismo, puede encontrarse con los mismos caracteres en enfermos que no tienen divertículos. En nuestros 100 enfermos hubo 18 con hemorragias copiosas y todos tenían más de 60 años y 13 tenían más de 70 . La otra complicación propia es la perforación del colon por isquemia, proceso completamente distinto de la perforación del divertículo único que es por infección localizada o de la perforación en la forma hipertónica que es de un proceso supurado parietal. La conducta terapéutica en hemorragias copiosas y en perforaciones por isquemias debe adaptarse a la característica general de estos enfermos y a las particularidades propias del proceso local. (Ver esquema).

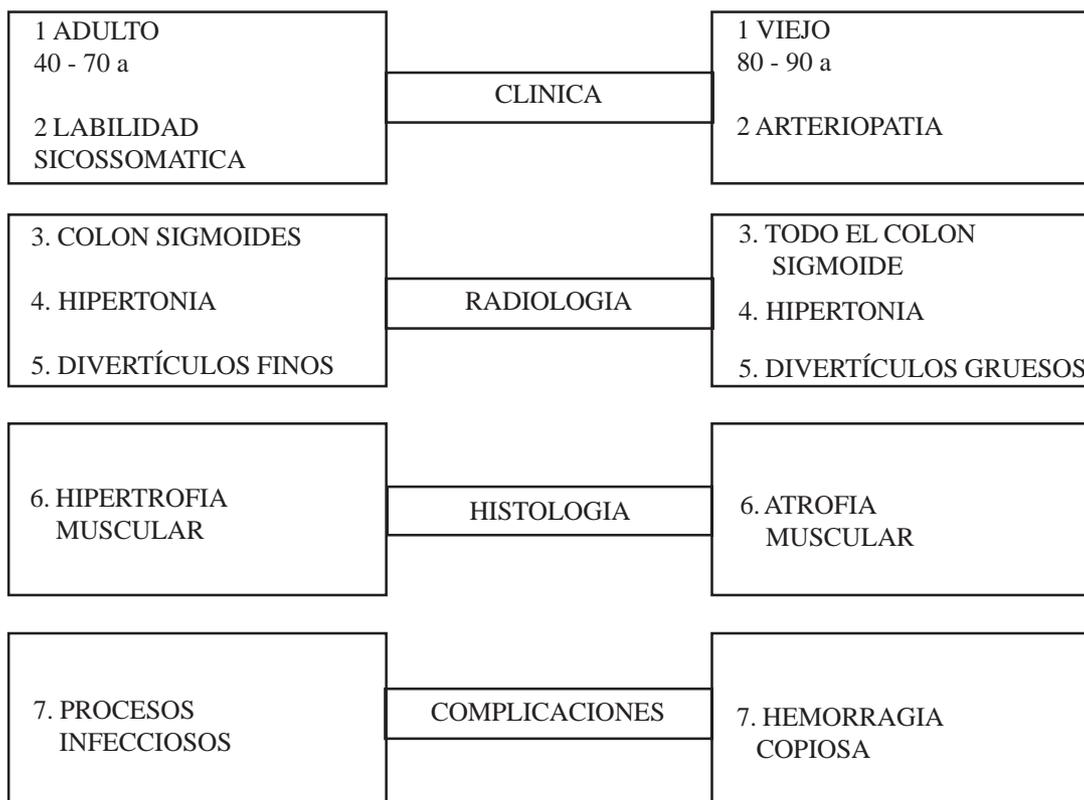
I - COMPLICACIONES EN LA PARED DEL COLON

Patología. La complicación habitual en el espesor de la pared colónica es la inflamación iniciada en el divertículo. Este proceso se observa por lo general en el adulto en la región sigmoidea. Estas dos particularidades dependen seguramente del hecho de desarrollarse en enfermos con colopatía por hipertonia.

El proceso inflamatorio puede presentarse en formas diversas, en las que es posible encontrar combinados en proporciones y formas variables tres procesos elementales: la supuración, la fibrosis inflamatoria y la lipomatosis.

La supuración se presenta bajo forma de abscesos mucosos, submucosos, musculares y especialmente en la subserosa y serosa. Los abscesos mucosos y submucosos tienden a abrirse en la luz intestinal. Los abscesos de la subserosa son frecuentes porque corresponden a la topografía del fondo de los divertículos exprimidos por la contracción muscular del colon.

COLOPATIA DIVERTICULAR



En la subserosa la colección purulenta puede quedar limitada al ambiente que rodea al divertículo o extenderse longitudinalmente siguiendo el borde de una bandeleta, llegando a veces a constituir trayectos de varios centímetros. Estos abscesos subserosos pueden abrirse en el intestino provocando así largos trayectos fistulosos (divertículos mixtos) que vimos en una oportunidad rellenarse con la sustancia opaca de un enema. Es más importante la complicación peritoneal provocando abscesos o peritonitis. En estos casos la perforación no responde obligatoriamente al divertículo que inició la inflamación sino que puede estar a cierta distancia.

Consideramos como proceso supurado visceral seroso a la supuración que observa con frecuencia en el ambiente pericólico, pero incorporado al órgano por los múltiples apéndices epiplóicos agrandados edematosos, adherentes. El proceso supurado está anatómicamente fuera de la pared intestinal pero se mantiene solidario con ésta, teniendo las mismas posibles complicaciones y justificando una terapéutica de orden estrictamente visceral.

Los abscesos viscerales se presentan a veces en forma única.

Los abscesos múltiples son más frecuentes, ocupando las diversas topografías que hemos citado, llegando a constituir verdaderas esponjas que distinguimos con el nombre de pansigmoiditis purulenta.

La fibrosis inflamatoria interesa poco a la mucosa y submucosa. En general la mucosa desliza sobre la muscular en los procesos inflamatorios de la colopatía diverticular. Cuando así no sucede es debido a fibrosis cicatricial de abscesos abiertos en la luz intestinal y que desan el broche residual limitado a la zona afectada.

Los planos musculares pueden estar invadidos por la fibrosis. El plano circular sufre una retracción que disminuye el calibre del colon. En el ambiente subseroso la fibrosis sigue, como toda inflamación, un trayecto longitudinal, conduciendo a la retracción intestinal. La serosa intestinal y formaciones epiplóicas del colon sufren el mismo proceso, conduciendo a un acortamiento visceral característico.

Nos interesa insistir en el hecho de que la disminución de calibre del colon depende de la fibrosis en el plano muscular y que la disminución de longitud depende especialmente de la fibrosis subserosa y

serosa, porque el cirujano puede actuar sobre la segunda en el curso de la liberación intestinal.

La lipomatosis es una reacción muy característica en la inflamación diverticular. En el colon se traduce por el gran desarrollo de los apéndices epiplóicos.

B - Clínica - Los procesos anotados se manifiestan clínicamente en dos formas: síndromes dolorosos y masa palpable.

Los síndromes dolorosos por inflamación parietal se caracterizan por dolores intensos, continuos que aumentan con la presión profunda y con las aplicaciones calientes. Los acompañan fenómenos de inflamación regional (dolor a la presión suave y a la decompresión, cierta resistencia muscular) y manifestaciones infecciosas generales (fiebre, chuchos, leucocitosis alta).

Estos cuadros clínicos corresponden a procesos de tendencia supurativa que interesan la serosa visceral (abscesos subserosos) provocando una inflamación regional con reacción peritoneal parietal.

Estos procesos, con sus respectivas manifestaciones clínicas, tienden a regresar bajo la acción del tratamiento médico (reposo, antibióticos, hielo, régimen). A veces no se repiten, pero lo habitual es que se produzcan nuevos empujes, con tendencia a ser cada vez más frecuentes y más intensos.

En un porcentaje superior al 50% la inflamación supurante no queda limitada al colon y se producen en nuevos empujes, procesos peritoneales o viscerales vecinos de cierta gravedad. Por este motivo, consideramos indicada la resección sigmoidea en los enfermos con síndromes dolorosos inflamatorios repetidos.

Cuando el síndrome doloroso no va acompañado de manifestaciones infecciosas regionales ni generales, debemos pensar en los procesos espasmódicos intensos que preceden o acompañan a los divertículos. No se justifica terapéutica tan activa como en los casos de infección, pero debemos pensar que esos empujes dolorosos traducen una patología que puede conducir a la complicación infecciosa.

La masa palpable en la región del sigmoides puede encontrarse en el curso de los empujes dolorosos, pero adquiere importancia cuando se le reconoce fuera de dichos sufrimientos. Puede ser provocada por la simple contracción intestinal, pero si el sigmoides

se presenta francamente grueso es necesario admitir la existencia de procesos inflamatorios parietales. Hay a veces masas de tipo agudo en las que domina el edema, la congestión y aun la supuración, sin manifestaciones inflamatorias regionales ni generales. Cuando se presentan en forma crónica corresponde a fibrosis y especialmente lipomatosis de apéndices epiplóicos que sufren periódicos empujes de agudización.

La posible complicación infecciosa fuera del intestino obliga a considerar la indicación operatoria, pero en muchas circunstancias la indicación surge de la imposibilidad de eliminar el diagnóstico de un cáncer asociado al proceso diverticular.

II - COMPLICACIONES REGIONALES

Saliendo del colon, el proceso inflamatorio se extiende a las estructuras vecinas, manteniendo su tendencia a la supuración, la fibrosis y la lipomatosis. La lipomatosis se manifiesta por sobrecarga grasa en mesos, epiplón, subperitoneo; supuración conduce a la formación de abscesos de los cuales se ocupará el Dr. Delgado.

En cuanto a la fibrosis, puede ser en algunas oportunidades simple tejido cicatricial pero en general es fibrosis inflamatoria en actividad que es progresiva, con retracción del meso, adherencias al peritoneo de la fosa iliaca y de la entrada de la pelvis y especialmente a las vísceras (vejiga, genital femenino, intestino delgado).

Los Dres. Varela Soto y Bonavita se ocuparán de los procesos de las vísceras vecinas a una colopatía diverticular, considerando los diferentes mecanismos y lesiones producidas.

III - PROCESOS PERITONEALES AGUDOS

La difusión infecciosa al peritoneo originada por una colopatía diverticular puede depender de muy diversos mecanismos. Interesa el conocimiento de estos mecanismos porque las manifestaciones clínicas son diferentes y fundamentalmente porque la terapéutica debe adaptarse a cada circunstancia.

Consideramos estas diferentes entidades en tres grupos: peritonitis por perforación intestinal, peritonitis por ruptura de un absceso y peritonitis por contigüidad.

A - Peritonitis por perforación intestinal

La perforación intestinal puede producirse por maniobras o en forma espontánea.

La perforación por maniobras se observa en endoscopías y enemas evacuadores o para estudio radiológico. La perforación por exploración endoscópica se produce especialmente por la insuflación gaseosa. Los enemas provocan la perforación por aumentos de la presión.

La perforación se produce en las colopatías por atonía, porque es prácticamente imposible que un sigmoide con antiguo proceso inflamatorio, fibroso, pueda perforarse. Este hecho tiene gran interés porque obliga a ser muy cuidadoso para indicar y para practicar dichos exámenes en personas de edad avanzada, en especial si son vasculares y si han hemorragias intestinales.

El diagnóstico de perforación se basa fundamentalmente en la información del técnico que realiza el examen. En la perforación por endoscopia la insuflación no consigue distender el colon y el enfermo acusa dolor abdominal y a veces en los hombros por neumoperitoneo. En el enema opaco, el estudio radioscópico que es imprescindible, puede mostrar la salida del bario del intestino.

Hemos recogido observaciones con manifestaciones clínicas variables desde la más completa tolerancia en enfermos en que el estudio radiológico mostraba un gran neumoperitoneo o sustancia opaca en la cavidad abdominal, hasta los cuadros graves de colapso y aún muerte.

Con cualquier cuadro clínico inicial, la evolución es muy grave por las condiciones habituales del enfermo y la gravedad de la peritonitis.

La perforación espontánea puede producirse en el fondo de un divertículo. Esta posibilidad se plantea en los divertículos por malformación, en los cuales se pueden desarrollar procesos ulcerativos e necróticos por obstrucción de la luz, similares al apéndice cecal. Es más posible en la colopatía por hipotonía, de los viejos, en que los grandes divertículos, pobremente irrigados, pueden perforarse. En fin, tenemos observaciones en que la perforación espontánea se ha producido en plena pared colónica, con un diámetro de dos centímetros o más, a bordes irregulares, con colon normal fuera de los divertículos. Estas perforaciones deben atribuirse a procesos

isquémicos en viejos arterioesclerosos, en que los divertículos por si mismos no tienen responsabilidad.

La perforación espontánea de causa vascular de los viejos se produce a veces en plena salud y otras veces en el curso de hemorragias copiosas o de procesos vasculares viscerales (cardíacos, cerebrales). Las manifestaciones clínicas son variables, pero en general hay un cuadro grave general no acompañado de manifestaciones peritoneales perforativas. Las materias fecales en el peritoneo surgen a veces como una sorpresa al abrir el vientre.

La gravedad de la perforación espontánea es grande.

La intervención quirúrgica está indicada tanto en las perforaciones por maniobras como en las espontáneas. La conducta debe adaptarse a las condiciones del enfermo y a la lesión encontrada. El cierre simple de la perforación puede ser la solución en casos de sigmoides sanos (divertículo por malformación). La exteriorización ha sido realizada por algunos con resultados buenos.

Es posible este recurso en los viejos con perforaciones de tipo vascular, con meso amplio, no retraído por la infección. Preferimos el emparedamiento dentro del vientre con gasa vaselinada. La colostomía en la perforación tiene indicación. La resección segmentaria del colon puede plantearse, pero talves sea operación excesiva e innecesaria en estas colopatías. La anastomosis después de resección es riesgosa en estas circunstancias. La colostomía desfuncionante alta sólo debe considerarse en asociación al tratamiento local y creemos que tiene indicaciones.

B - Peritonitis por ruptura de absceso

Esta complicación puede producirse por ruptura de abscesos de la pared del colon o peritoneales. Se trata, como es natural de enfermos con colonopatía de tipo hipertónico, en general no viejos, con larga historia de sufrimientos. La sintomatología es variable, dependiendo de la septicidad del proceso y de las reacciones propias del enfermo.

Debemos referirnos especialmente a la **peritonitis sobreguda o colapsante** en la que el sufrimiento se inicia bruscamente, llevando al enfermo a un estado muy grave, debido a fenómenos de colapso con importantes trastornos humorales, conduciendo a

la anuria. este problema debe centrar la atención del médico: prevenir y tratar el desequilibrio vascular y humoral antes de la intervención quirúrgica, esperando si es necesario horas antes de operar; operación suficiente para suprimir la agresión hiperséptica; riguroso tratamiento postoperatorio.

La operación tiene un objetivo: drenar al foco supurado original separándolo de la cavidad peritoneal. Se hará drenaje de un absceso o emparedamiento del colon. La resección intestinal nos parece riesgosa en estos enfermos. La colostomía alta puede justificarse si el caso se presenta favorable, como preparatório para una resección ulterior.

C - Peritonitis sin perforación

La inflamación atenuada, difusa del peritoneo puede originarse por repercusión de procesos inflamatorios viscerales o periviscerales en su etapa fluxiva o supurada. Desde el punto de vista clínico se traduce por un síndrome peritoneal dominante en bajo vientre.

Si por los antecedentes y el examen se tiene el diagnóstico del origen en una colopatía diverticular, el tratamiento que corresponde es el del proceso que lo provoca. Si es seguramente un proceso visceral, sin perforación, la conducta es el tratamiento médico para resolver ulteriormente la conducta con el colon. Si se piensa en un absceso perivisceral la intervención quirúrgica es necesaria para drenar el absceso.

Si no hay diagnóstico de colopatía, la existencia de una reacción peritoneal obliga a la intervención quirúrgica, con la posibilidad de un origen apendicular. Antes de abrir el vientre nos ha resultado útil la palpación con el enfermo anestesiado. El reconocimiento de una fosa ilíaca izquierda libre nos lleva a practicar una incisión de MacBurney a derecha. La existencia de una masa inflamatoria mediana plantea la indicación de incisión mediana. En dos casos era apendicitis que tratamos bien esta vía.

Si hemos practicado, con diagnóstico de apendicitis, una incisión a derecha, el reconocimiento del origen diverticular de la reacción peritoneal orienta la conducta según la lesión causal.

Si hay un absceso, debe tratarse por la vía que corresponde. Si es un proceso inflamatorio discrieto del colon puede cerrarse el vientre en espera de la evolución, para resolver después la conducta definitiva.

Si el proceso inflamatorio es intenso debemos proceder en vista a la curación por resección. Se hará la resección en la misma operación o solamente colostomía desfuncionante para tratamiento ulterior.

IV - SINDROMES OBSTRUCTIVOS

Los síndromes obstructivos en la colopatía diverticular constituyen el problema más complejo dentro de las complicaciones de esta enfermedad. Estudiaremos los diferentes procesos que pueden provocar estos síndromes, anotando sus manifestaciones clínicas en vistas a una actitud terapéutica que es variable con cada proceso.

Antes de entrar en ese análisis debemos anotar, dispuestos a insistir reiteradamente, en el hecho de que cualquiera de las formas clínicas de la obstrucción por colopatía diverticular puede ser provocada por un cáncer del colon, en enfermos con o sin colopatía. Este hecho nos obliga a buscar insistentemente el cáncer conociendo los recursos a utilizar en cada caso para su reconocimiento.

1º Procesos espasmódicos o inflamatorios agudos

En la forma hipertónica de la colopatía diverticular, habitual en el adulto, los empujes espasmódicos comportan manifestaciones de tipo obstructivo que pueden dominar la escena clínica. No es difícil reconocer la naturaleza del proceso y el tratamiento a base de reposo, calor local, antiespasmódicos, confirma el diagnóstico. Si al elemento espasmódico, se agrega una participación infecciosa (edema, congestión), las manifestaciones obstructivas pueden ser más evidentes. Pero la existencia de fenómenos infecciosos (fiebre, escalofríos, leucocitosis alta, dolor a la decompresión) orientan hacia el diagnóstico clínico, que a lo más podría justificar un estudio radiológico simple del abdomen. El tratamiento incruento (reposo, antiespasmódicos, antibióticos) hace desaparecer el cuadro clínico cuando sólo se trata de espasmo e inflamación aguda.

2º Procesos fibrosos del sigmoides

La fibrosis inflamatoria es un proceso habitual en las infecciones de la colopatía diverticular. Puede

ser en anillo, resultante de la invasión de la capa muscular circular pero el proceso estenosante en sí es excepcional en la colopatía. Más frecuente es la estenosis de un segmento más largo, resultante de una fibrosis periférica que acartonada al sigmoides transformándolo en un tubo rígido. En fin, la fibrosis longitudinal, que sigue las bandeletas del colon, retrae al sigmoides, provocando una mayor rigidez. La fibrosis sigmoidea, cualquiera que sea su disposición no produce una oclusión total del colon si no se le agrega un proceso de la mucosa. Este proceso puede ser de tipo fibroso inflamatorio, pero en general es de tipo agudo en una mucosa sana que por el edema y la congestión hace total a la oclusión. Este mecanismo permite su regresión, por lo que se justifica en la oclusión del sigmoides por colopatía diverticular hacer una espera, muy prudente, mientras se insiste en buscar la asociación con un cáncer.

La desaparición del cuadro oclusivo y la absoluta seguridad de no haber un cáncer permite a veces de un retorno a una vida normal. En caso de alguna duda hemos resecado sigmoides con fibrosis estenosante pura y estamos satisfechos.

3º Adherencias perisigmoideas

La fibrosis perisigmoidea puede provocar angulaciones del colon, traccionado o acodado sobre sí mismo. En este caso las angulaciones son múltiples y tienen una acción oclusiva más importante. En general se presentan como cuadros subagudos, arrastrados.

La forma aguda es excepcional y debe atribuirse en general a empujes inflamatorios agudos de la mucosa o a multiplicidad de procesos.

4º Abscesos perisigmoideos

La existencia de un absceso confiere a un síndrome obstructivo un significado especial por las posibles evoluciones y porque obliga a tomar una conducta quirúrgica.

El síndrome obstructivo puede depender de una compresión por el absceso, de una angulación intestinal en la zona plástica que rodea al absceso, de un íleo regional, de edema inflamatorio de la mucosa de un sigmoides retraído. El riesgo de estos enfermos

no es tanto la obstrucción sino la ruptura del absceso. El tratamiento es el correcto drenaje y medidas complementarias por el síndrome obstructivo.

5º Procesos enteroperitoneales agudos.

Uno de los síndromes agudos más frecuentes en la colopatía diverticular es la asociación de manifestaciones peritoneales de tipo irritativo e intestinales de tipo obstructivo. En los procesos infecciosos de bajo vientre de otro origen, pueden observarse estos síndromes de asociación, pero presentan ciertas particularidades propias.

En la apendicitis el síndrome es predominantemente inflamatorio. Los fenómenos obstructivos son muy poco frecuentes. Se debe a que el proceso inflamatorio está en la margen de la masa intestinal, teniendo escasa relación con el intestino delgado y el colon. En las inflamaciones peritoneales por divertículo de Meckel, se asocian habitualmente los fenómenos obstructivos en gran parte por los procesos mecánicos habituales de este órgano y especialmente por las relaciones íntimas del proceso inflamatorio con la masa de asas delgadas, intestino propicio para los procesos oclusivos.

En la colopatía diverticular, los procesos inflamatorios peritoneales están siempre precedidos de lesiones en el colon que pueden llegar a la instalación de fenómenos obstructivos. Además, la masa de intestino delgado tiene con el colon sigmoides relaciones muy directas, que no tienen similares con el ciego y zona apendicular. En fin, se trata con frecuencia de personas viejas en las que la propia distensión intestinal abdominal hace muy especial la manifestación clínica.

Estudiando historias de colopatías diverticulares operadas de urgencia en el Hospital de Clínicas, con diagnóstico de síndrome oclusivo, encontramos que con frecuencia sólo tenían un proceso inflamatorio peritoneal. El diagnóstico correcto preoperatorio interesa para adoptar la conducta terapéutica. Se han operado enfermos con diagnóstico de oclusión del sigmoides en viejos, con malas condiciones, haciendo una incisión alta para colostomía en el transversal y se ha encontrado una peritonitis, por perforación del sigmoides. Se ha actuado a veces con premura operando enfermos que debían ser preparados y se ha demorado otras veces en enfermos con peritonitis, creyendo

mejorar su estado atribuido a la oclusión con una sonda gastrointestinal.

Consideramos de gran interés insistir en los cuadros enteroperitoneales para pensar en ellos, orientando la investigación clínica al diagnóstico lesional. La idea de una complicación de colopatía diverticular debe estar siempre presente. Los elementos para ese diagnóstico son numerosos. Debemos valorar la edad del enfermo, los antecedentes, el comienzo del síndrome, la topografía del dolor, el estado febril, la importancia de la repercusión general en desacuerdo con la sintomatología abdominal. La radiología es un auxiliar útil. La evolución en pocas horas con tratamiento (reposo, hielo, antibióticos), puede facilitar el diagnóstico.

En fin, si se decide la operación, es muy importante el examen del abdomen con el enfermo ya anestesiado antes de hacer la incisión.

6º Oclusión del delgado.

Las oclusiones del delgado en la colopatía diverticular que son tratadas por el Dr. Varela Soto en su estudio de conjunto sobre patología del delgado, deben ser citadas en nuestra exposición para obligarnos a recordarlas frente a un síndrome oclusivo en una colopatía.

V - LA HEMORRAGIA

Ocupándonos de las complicaciones de la colopatía diverticular no nos referiremos, por supuesto, a las pérdidas sanguíneas que constituyen síntoma de la enfermedad sino a la hemorragia copiosa, que domina en el cuadro clínico y que requiere una orientación terapéutica propia.

Nosotros sostenemos que la hemorragia copiosa en la colopatía diverticular depende de procesos vasculares que acompañan al proceso diverticular. Varios hechos confirman este criterio.

1º) Las hemorragias copiosas similares en todas sus particularidades a las observadas en la colopatía diverticular, se presentan a veces en enfermos sin tal colopatía.

2º) Las lesiones intestinales encontradas en el curso de las hemorragias copiosas son habitualmente mínimas. La congestión mucosa, las lesiones del

orificio del divertículo, la ulceración, etc no pueden ser causa de grandes hemorragias.

3º) La hemorragia copiosa no se observa en los procesos infecciosos de la colopatía (diverticulitis) sino en los enfermos con divertículos sanos (diverticulosis). En los enfermos con diverticulitis del sigmoides y grandes hemorragias, el origen de ésta no está en la zona de los procesos inflamatorios sino en segmentos del colon más altos (colon transverso o derecho).

4º) La hemorragia copiosa se observa en enfermos que corresponden al tipo anatómico que describimos como atónico. Son enfermos de edad avanzada, con colon de paredes finas, distendido, con divertículos extendidos a todo el colon, grandes de fondo amplio. La colopatía en estos enfermos responde, como lo dijimos, a procesos mesenquimatosos asociados directamente a la patología vascular.

5º) La arterioesclerosis de los enfermos con hemorragias copiosas es siempre reconocible por los antecedentes y por el examen completo. En la evolución inmediata y ulterior de estos enfermos, los accidentes vasculares (trombosis en miocardio, en encéfalo, en mesentérica, etc) constituyen hechos habituales.

6º) El estudio de piezas operatorias y necrópsicas del colon ha demostrado importantes lesiones vasculares. En el curso de operaciones en enfermos que han tenido grandes hemorragias, hemos encontrado trombosis de gruesos vasos del colon.

7º) La perforación de colon por placas de necrosis que responden a fenómenos vasculares, se presentan en enfermos del mismo tipo que los que tienen hemorragias copiosas. A veces la perforación se produce en enfermo sangrando.

El origen vascular de la hemorragia copiosa en la colopatía diverticular nos conduce al concepto de que el enfermo es fundamentalmente un vascular que sangra. Es un enfermo sistémico con una complicación intestinal. Las muertes en enfermos con hemorragias en la colopatía diverticular se producen en forma excepcional con cuadro clínico de anemia aguda. Lo corriente es que sea por infarto del miocardio, desequilibrio humoral, insuficiencia renal, trombosis cerebral, perforación intestinal de causa vascular, infarto intestinal por trombosis mesentérica, etc.. En algunos casos de muerte, la hemorragia fue ignorada o su poca cantidad no fue responsabilizada del cuadro general.

Estos conceptos son fundamentales para planear el tratamiento. El enfermo debe estar asistido por un equipo asistencial cuya dirección corresponde a internistas dedicados a procesos humorales y vasculares del viejo. La anemia expoliación no puede ser considerada con el criterio de volumen sanguíneo a reponer como en el ulceroso gastroduodenal que sangra, sino como un elemento a valorar en el complejo vascular y sanguíneo que se presenta. Y los recursos para detener la hemorragia no sólo deben dar cierta seguridad sino que deben evitar la agravación del estado vascular y humoral para no terminar con la vida de un enfermo cuando deja de sangrar.

OTRAS COMPLICACIONES

Completando nuestra exposición vamos a reseñar algunas complicaciones poco frecuentes de la colopatía diverticular.

1º) **Invaginación.** - Tenemos dos observaciones de enfermos que hicieron invaginación sigmoideo rectal, con sufrimiento, diarreas, mucosidades sanguinolentas. En ambos casos la invaginación se redujo espontáneamente y no se reprodujo. La causa de esta complicación es la hipertensión sigmoidea que invagina a dicho segmento en el recto. El desarrollo ulterior de procesos inflamatorios impide la reproducción del fenómeno.

2º) **Cuerpos extraños de ingestación.** - En un enfermo de nuestro servicio se encontró un mondadiente que ocupaba el trayecto de una fístula sigmoideo vesical. Laurence tiene dos observaciones de colopatía diverticular con huesos de pollo. Es indudable que la hipertensión, la disminución de calibre y acodaduras por la fibrosis son las causas de detención de estos cuerpos extraños en la colopatía con hipertensión. Pero debemos además considerar las complicaciones que pueden resultar por estos cuerpos extraños.

3º) **Hernia complicada.** - Un sigmoides con divertículos puede salir por cualquier hernia. El Dr. Ormaechea debió operar una hernia de la zona de Spiegel a derecha, de urgencia y encontró un proceso supurado de origen diverticular. Pero deseamos referirnos especialmente a la hernia inguinal izquierda en la que puede estar el sigmoides. En este caso se observa con frecuencia la presencia de divertículos tal vez provocados por la disquinesia en un asa aprisionada.

El proceso inflamatorio en esta colopatía en una hernia provoca un cuadro que se presenta como de estrangulación herniaria. La reducción de la hernia puede causar un proceso infeccioso peritoneal grave. La evolución sin reducción puede determinar un absceso del saco herniario que requiera drenaje.

4º) **Fístulas externas postoperatorias.** - Estas fístulas pueden observarse después de una simple exploración abdominal en un enfermo con proceso peritoneal inflamatorio. Hemos tratado fístulas de ese origen por incisión de MacBurney..

Más frecuentes es por drenaje de un absceso, mechado o esterilización. En fin debemos anotar los casos de fístulas después de resección y anastomosis

que deben atribuirse en gran parte al proceso del colon, porque son mucho más frecuentes y de caracteres diferentes de las observadas en la resección por cáncer.

La evolución de la fístula depende fundamentalmente del estado del sigmoides. Si el colon es sano (perforación simple, resección con anastomosis) la fístula cura espontáneamente. Si el proceso del colon es importante, no sólo la fistulización persiste sino que el trayecto mantiene un estado permanente de infección, que lleva a empujes supurativos periódicos, con retenciones parciales, abscesos, posibles difusiones, etc (abscesos en el peritoneo, en el subperitoneo en el tejido subcutáneo). La indicación de resección del colon es indiscutible.