


HOSPITAL CENTRAL DE CONCENTRACION
NACIONAL DE PEMEX.

TRATAMIENTO QUIRURGICO
DE LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON
PRESENTACION DE 10 CASOS



DR. CARLOS A. ORTIZ ARRIAGA.
CIRUGIA GENERAL
FEBRERO DE 1979.
U. N. A. M.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TRATAMIENTO QUIRURGICO
DE LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON
PRESENTACION DE 10 CASOS

DR. CARLOS A. ORTIZ ARRIAGA.

INTRODUCCION.

El objetivo de este trabajo es el revisar la experiencia en el manejo quirúrgico de la enfermedad diverticular del colon y mencionar los conceptos actuales sobre el tratamiento.

La enfermedad diverticular afecta cualquier parte del colon, pero con mayor frecuencia e intensidad el sigmoides. Las causas predisponentes mencionadas como productoras de la misma son la existencia de presiones elevadas en las regiones estrechas del colon. Dicha estrechez es explicable por el engrosamiento y acortamiento de las capas longitudinal y circular, dando como resultado un segmento trabeculado (1). Asociándose a esto la ingesta prolongada de dietas de escaso residuo, (2).

Los divertículos son hernias de la mucosa formadas en los sitios de penetración de los vasos sanguíneos a través de la pared muscular y cerca de la unión mesentérica.

Son encontrados a partir de los 35 años y aumenta su incidencia con la edad, dos terceras partes ocurren en la 8a. década de vida siendo asintomáticos y solo el 15% llegan a presentar diverticulitis. Los síntomas que conducen al diagnóstico son el dolor cólico en cuadrante inferior izquierdo, las alteraciones en las características de las evacuaciones, fiebre, náuseas, vómito, masa palpable, rectorragia de intensidad variable, y leucocitosis.

Confirmandose por colon baritado, no siendo aconsejable realizarlo en la fase aguda. Otros exámenes complementarios son la colonoscopia, rectosigmoidoscopia, arteriografía selectiva, y urografía excretora acompañada de cistoscopia en casos de fístula coloureteral o colovesical.

El diagnóstico diferencial deberá incluir la apendicitis, los problemas ginecológicos, la endometriosis del colon, y del lado derecho la apendicitis. Ante la sospecha de un carcinoma del colon, aunque la frecuencia de asociación es menor de 1% (3), y la existencia de enfermedad de Crohn la cual se deberá descartar por biopsia rectal.

El tratamiento lo dividiremos en no operatorio para la fase aguda no complicada, dejando el tratamiento quirúrgico para los cuadros repetitivos, severos y las complicaciones, como la obstrucción parcial o total, hemorragia persistente o masiva, abscesos pericólicos, perforación libre o con localización pericólica e intramesentérica y las fístulas coloenterales, colocutáneas, y al ureter y vejiga, siendo estas ultimas las más frecuentes,(4).

Dicho tratamiento podrá efectuarse en forma electiva o de urgencia dependiendo de las condiciones y complicaciones del caso, para lo cual el tratamiento deberá independizarse. Sumándose a estas condiciones la preparación preoperatoria mecánica del colon y antibióticos. Con lo cual disminuirá la morbilidad y mortalidad operatoria; esta varía de 6 a 62%, (5).
MATERIAL Y METODO.

Se revisan 10 casos de diverticulitis complicada tratados en el Hospital Central de Pemex en un período de 10 años (1967—1977), cinco —

hombres y cinco mujeres con edades de 38 a 73 y un promedio de 57.7 años. El tiempo de evolución de los síntomas fue de un año en 9 casos y de 3 meses en uno.

Las manifestaciones encontradas en los pacientes fueron dolor en cuadrante inferior izquierdo alteración en las evacuaciones 9 casos, rectorragia y vómito 4 casos, fiebre, masa palpable 2 casos y neumaturia en un caso, Cuadro No. 1.

Las indicaciones quirúrgicas fueron las siguientes: En 3 casos fue por rectorragia, 2 perforación, 2 obstrucción intestinal uno de los cuales desarrollo una fístula sigmoideo vesical y otro con diverticulitis y adenocarcinoma de ciego. En todos el diagnóstico se corroboró por enema baritado y posteriormente estudio histopatológico.

En 9 de los casos se les dió preparación del colon con enterotalidina y neomicina V. O. a dosis de un gramo respectivamente 3 veces al día por 6 días de la primera y 3 días de la segunda y enema evacuante cada 24 horas durante todos los días agregando 1 gr. de neomicina 24 horas antes de la cirugía, en un caso se omitió la preparación debido a la hemorragia masiva.

RESULTADOS.

- El tratamiento quirúrgico en 5 casos fue hemicolectomía con anastomosis primaria; 2 en colon derecho y 3 en el izquierdo. Ocurriendo 3 muertes en el postoperatorio. Las causas del fallecimiento shock séptico, fibrilación auricular, y taquicardia supraventricular el otro.

El resto de los pacientes fueron manejados en 3 etapas debido a la severidad del caso, ya que 2 presentaron cuadro obstructivo, una fístula sigmoideo vesical en un caso, otro adenocarcinoma. Y en uno de estos se dejó una colostomía tipo Hartman debido a las complicaciones ocurridas.

DISCUSION,

De los resultados obtenidos en los pacientes las 3 muertes ocurridas en el grupo al cual realizó resección y anastomosis primaria da una mortalidad similar a la reportada por Swetman y Aldrete, Charnock, (5.6). para la diverticulitis complicada (6 a 62%), y menor de 5% en las resecciones electivas sin grandes complicaciones y casi nula en ausencia de complicaciones, Larson y cols (7). Asi como la asociación de adenocarcinoma en un caso, reportada por Judd y Wychulis menor de 1%, (3).

En el grupo de pacientes manejados en 3 etapas la morbilidad fue alta, pero no existió mortalidad. Sin embargo a pesar de los resultados obtenidos creemos que el tratamiento de elección debe efectuarse en una etapa cuando el procedimiento sea electivo y en 2 cuando se trate de una complicación en la cual debido a los hallazgos clínicos y la urgencia del caso no sea posible realizar un tratamiento definitivo. El éxito de una anastomosis de colon no solo dependerá de la técnica, sino de una buena preparación del colon como lo reportan Rosenberg, Graham, Domal (8), Herrera (9).

Por lo cual nosotros recomendamos para el manejo adecuado de la

enfermedad diverticular del colon, tener presente; la etiología, los cambios anatomopatológicos propios de la enfermedad y las complicaciones o enfermedades que pueden acompañar a la misma.

Cierto es que como métodos diagnósticos el colon por enema es en gran parte diagnóstico, pero en la fase aguda tiene limitaciones. Auncuando la penetración del bario dentro de una fístula, cavidad de un absceso o escape a la cavidad peritoneal sea un punto de apoyo para diverticulitis. Aunque los datos radiológicos de espasmo, irregularidad del patrón mucoso del colon, y aspecto aserrado con disminución de la luz intraluminal no son criterios radiológicos de diverticulitis, debido a la posibilidad de otra patología, Morson (10).

Afortunadamente para el cirujano la diverticulitis con existencia localizada es la más frecuente y puede ser tratada medicamente, lo que permite la resección electiva. Otras consideraciones incluyen el ataque a las vías urinarias y los hallazgos observados en los estudios radiológicos con medio de contraste. (4, 7 y 11).

Después de un ataque agudo de diverticulitis no existe un intervalo fijo de tiempo para hacer resección electiva en condiciones óptimas. No es necesario extirpar todas las zonas que contengan divertículos, pero si las partes afectadas por los cambios en la musculatura ya que en clínica los divertículos del colon no resecado tienen importancia solo como sitios de hemorragia potencial.

En las personas menores de 50 años puede ser necesario reseccionar todo el colon para eliminar la enfermedad extensa y hacer anastomosis ileorectosigmoidea. El concepto de extirpar desde la primera cirugía el segmento enfermo puede causar graves problemas. Sobre todo cuando se trabaja con intestino no preparado donde existe gran contaminación y sepsis. En cuyo caso el método inocuo después de una resección es la colostomía terminal con una fístula mucosa distal, cerrando el segmento distal (tipo Hartman), asegurándose el drenaje por ano con una sonda de gran diámetro, para disminuir con esto la frecuencia de dehiscencia del muñón rectal. Esta técnica la usamos en pacientes que rehusan ser reoperados para restaurar la continuidad intestinal o han sufrido múltiples complicaciones como estenosis o dehiscencia. Dejando la anastomosis de primera intención para los casos no complicados, donde los hallazgos transoperatorios no son tan importantes permitiéndonos efectuar la anastomosis de primera intención con colostomía o sin ella. En cuyo caso tendrá que haberse extirpado todo el segmento afectado y el flemón coexistente y donde el colon proximal deberá tener el mínimo de heces, además de que el epiplón e intestino delgado cubran con facilidad la anastomosis.

La colostomía deberá efectuarse cuando exista duda de la integridad de la anastomosis.

El método de drenaje con colostomía proximal puede realizarse en una persona con diverticulitis y un absceso único paracólico bien local

zado. Pero el absceso drenado y la infección no siempre termina por ceder, causando adherencias y aumentan la dificultad de una resección en una etapa posterior; otras complicaciones son las fistulas coloentéricas y colocutáneas que rara vez aparecen en la evolución propia de la diverticulitis.

La transversotomía es un procedimiento a ciegas, la cual no recomendamos como tratamiento quirúrgico de la diverticulitis aguda, ya que no resuelve la infección extraluminal, paracólica y constituye solo una interferencia quirúrgica.

Las fistulas colovesicales secundarias a diverticulitis son una forma de infección paracólica localizada que puede tratarse con un método quirúrgico en una sola etapa, Castro (11).

Otros métodos de tratamiento son la teniotomía transversa como tratamiento adjunto a la resección en los sitios donde se encuentra una zona de estenosis y siempre en forma proximal. La tenomiotomía longitudinal es aún poca la experiencia reportada y su aplicación puede causar debilidad de la pared muscular del colon.

Como parte del tratamiento quirúrgico el cirujano deberá usar siempre como parte complementaria la preparación del colon a base de antibióticos no absorbibles y preparación mecánica con el método que obtenga los mejores resultados, de acuerdo a la flora bacteriana habitual del colon.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Painter, N. S., and Truelove, S. C., Intraluminal pressure pattern in diverticulosis of the colon, *Gut*, 5 : 202-213, 1964.
- 2.- I. Segal, Solomon, and Hunt., Emergence of diverticular Disease in the urban south african black. *Gastroenterol* 72:2; 215-219, 1977.
- 3.- Adam R. Wychulis, Oliver H. Beahrs, Edwards S. Judd. Surgical treatment of the diverticulitis of The colon. *Surgical Clin. North Am.*, 9 : 961-969, 1967.
- 4.- Ahmad H. Shatila, Norman Ackerman. Diagnosis and management of Colovesical Fistulas. *Surg. Gynecol. And Obstet.* 143 : 71-74, 1976.
- 5.- Sweatman Jr, and Joaquín S. Aldrete. The surgical management of diverticular disease of the colon complicated by perforation. *Surg. Gynecol. - and obstet.*, 144 : 47-50, 1977.
- 6.- Charnock Jr., Rennie, Todd. Results of Colectomy for diverticular disease of the colon. *Br. J. Surg.*, 64 : 417-419, 1977.
- 7.- D. M. Larson, Masters, and Spire. Surgical and medical treatment of — diverticular disease. *Gastroenterol* 75 : 5, 1976.
- 8.- Rosenberg, I. L., Graham, N. G., de Dombal., F. T., and Goligher J. - C., Preparation of the intestine in patients undergoing major large bowel surgery, mainly for neoplasms of the colon and rectum. *Br. J. Surg.*, — 58 : 266, 1971.
- 9.- Herrera A. F., Medical therapy of colonic diverticular disease. *Postgrad Med.* 60 (6) : 107-9 Dec. 1976.
- 10.- Morson B. C. Pathology of diverticular disease of the colon. *Clin. Gastroenterol* 4 : 37, 1975.
- 11.- Castro, A. F., One stage resection for colo-vesical fistula. *Dis. colon rectum*, 18 : 563-564, 1975.
- 12.- Richard H. Marsak, Eacg, Daniel Maklauský and A. Linder. *Am. J. Gastroenterol* 66 : 292-295, 1976.
- 13.- David L. Narwold, William E, Demuth. Diverticulitis with perforation — into the peritoneal cavity. *An Surg.* 185 : 80-83, 1977.

- 14.- H. D. Patel Kiran Chawla, Satish K. Chawla, and Jack Soterakis. Massive rectal hemorrhage from right side colonic diverticula. *Am J. Gastroenterol*, 66 : 76-78, 1976.
- 15.- J. David Walker M., Laman E. Cray., Hiram C. Polk Jr., Diverticulitis in Woman. *An Surg.* 185 : 402-405, 1977.
- 16.- Veindenheimer M. C., et al., Anastomotic myotomy: an adjunct to resection for diverticular disease. *Dis. Colon Rectum* 19 (4) : 310—13, 1976.
- 17.- Donati A., et al. Complementary longitudinal myotomy in the treatment of colonic diverticulosis. *Chir Ital.*, 29 (6) : 568-76, 1977.
- 18.- Steves L. W., Surgical management of colonic diverticulitis and complicated diverticulosis, *Postgrad Med.* 60 (6) ; 122-5, 1976.
- 19.- Stein G. N. Radiology of colonic diverticular disease. *Postgrad med.* 60 (6) : 95-102, 1976.
- 20.- Parse F, et al. Sigmoideo vesico-cutaneous fistula complicating diverticular disease of the colon. *Am J. Surg*, 132 : 105-107, 1976.