

## ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON

### EXPERIENCIA PERSONAL

Juan Godayol Rovira \*  
Joel Valencia Parparcen \*\*

"La vida es corta, el arte largo, la oportunidad huidiza, la experiencia traicionera y el juicio difícil".

HIPOCRATES (400 A.C.)

#### I. INTRODUCCION

Etimológicamente el término divertículo proviene del latín diverticulum "senda que se aparta del camino principal", anatómicamente corresponde a "un apéndice hueco y terminado en fondo de saco" (5) Bockus (2), define un divertículo del colon como una "evaginación, protrusión o hernia anormal de la mucosa a través de la capa muscular del colon, formando un saco más o menos permanente". Denominamos diverticulosis cuando existe presencia de múltiples divertículos en el colon, y diverticulitis cuando existe uno o más divertículos invadidos por un proceso inflamatorio. (19) Aunque ha sido recientemente que los clínicos han determinado la alta incidencia y la gravedad de una diverticulitis, este proceso ya fue señalado por Cruveilhier quien publicó en 1849 una descripción macroscópica de un divertículo de colon. Más tarde en 1904 Beer (1), hizo una comunicación del proceso clínico de la enfermedad diverticular, y habló sobre los problemas estenóticos ocasionados por este proceso en el colon sigmoideo, así como de la posibilidad de perforaciones, peritonitis e incluso la formación de abscesos que ocasionaban esos divertículos al complicarse.

Los divertículos son verdaderas hernias de la mucosa intestinal que pasan a través de la pared del colon y quedan recubiertas por su serosa; estas zonas de debilidad de la pared del colon están localizadas en distintos lugares, el pun-

---

Trabajo presentado en el X Congreso Venezolano de Ciencias Médicas — Academia Nacional de Medicina — Caracas, marzo 1983.

\* Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela.  
Cirujano del Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

\*\* Individuo de Número de la Academia Venezolana de Medicina.  
Gastroenterólogo del Hospital Privado Centro Médico de Caracas.  
Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela.

to de elección es la zona mesocólica donde los divertículos aprovechan los orificios de penetración vascular, algunos divertículos pueden penetrar en el interior del mesocolon y lo pueden hacer también en la cara libre del colon, en las zonas epiplóicas e incluso penetrar dentro de un apéndice epiplóico guardando una verdadera relación en su formación el aumento de la presión intraluminal del colon asociado a una zona débil de su pared, por lo cual son verdaderos divertículos de pulsión. (7).

La enfermedad diverticular es debida al envejecimiento de las paredes del colon (24) aunque autores como Morson (13), han confirmado la presencia de anomalías musculares del colon que preceden siempre a las diverticulosis, apareciendo cambios en su capa muscular tanto circular como longitudinal, cambios que se refieren al grosor y al acortamiento de dichas fibras musculares con la formación de saculaciones entre los haces que serían la causa de su etiología. Painter (14), Koch y colaboradores (9), han revelado aumentos de la irritabilidad del colon sigmoideo en pacientes con diverticulosis comparativamente con sujetos normales, esto se acompaña de un aumento de la presión en el colon sobre todo en el lado del sigmoideos con tendencia a la segmentación del mismo, lo cual provoca en esa zona que tiene una luz más estrecha, un mayor aumento por unidad de tensión en la pared muscular como lo señaló Torsoli y colaboradores (21), siendo por lo tanto ésta la causa por lo cual esta zona es teóricamente la más expuesta al desarrollo de divertículos por dicho aumento de presión. La realidad es que los divertículos aparecen primeramente en el sigmoideos en donde se encuentran en su mayor número, en donde aparecen los más grandes y los que provocan a su vez cuadros clínicos más graves, y de ahí, van extendiéndose en sentido proximal al colon a medida que va progresando la enfermedad (12). La aceptación de que el diámetro del sigmoideos, así como el aumento de la presión intraluminal es una causa determinante para la formación de los divertículos es aceptada por la mayoría de los autores, sin embargo, debemos pensar que la dieta pobre en fibras vegetales, así como los diversos procesos virales, bacterianos y parasitarios que tenemos sobre todo en los países tropicales determinan inflamaciones del intestino grueso que favorecerían la presencia de estos divertículos (22). Es indudable también que el proceso degenerativo de las paredes del colon juega un papel preponderante, como lo demuestra la gran frecuencia de éstos después de los 40 años, por eso cada vez estamos más convencidos de que los divertículos del colon son los equivalentes internos a las canas o a las arrugas externas de la madurez orgánica.

## II. MATERIAL Y METODO

En el presente trabajo hacemos un estudio analítico sobre nuestra experiencia personal en pacientes que hemos observado con enfermedad diverticular del colon, analizando distintos parámetros hasta llegar a nuestras conclusiones. Todos los casos que presentamos en este trabajo han sido totalmente estudiados y tratados por nosotros, del mismo modo aquellos casos que ameritaron intervención quirúrgica también fue efectuada en su totalidad por los autores.

En el curso del presente año, revisamos 200 estudios radiológicos de colon por enema, en serie sucesiva, correspondientes a individuos de ambos sexos y mayores de 40 años. Los estudios radiológicos fueron tomados usando el método de Fischer con enema baritado, con vaciamiento e insuflación, colocando

al paciente tanto decúbito supino como en decúbito prono, se tomaron muy en cuenta la distensión de los ángulos del colon. En los 200 estudios sucesivos encontramos que 119 pacientes, lo que corresponde al 59,5% presentaron enfermedad diverticular, los otros 81 casos (40,5%) tenían el colon sano al efectuarse los estudios (ver cuadro I).

**CUADRO I**  
**Enfermedad Diverticular**  
**Control sobre 200 estudios sucesivos**

	<b>Casos</b>	<b>%</b>
Presentaron enfermedad diverticular	119	59,5
No presentaron enfermedad diverticular	81	40,5
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

De estos 119 pacientes (100%), que presentaron enfermedad diverticular al efectuarse el colon por enema pudimos comprobar que 50 pacientes (42,1%), presentaron una diverticulosis y 69 pacientes (57,9%) presentaron una diverticulitis. (Ver cuadro II).

**CUADRO II**  
**Control sobre 119 casos que presentaron**  
**enfermedad diverticular**

	<b>Casos</b>	<b>%</b>
Diverticulosis	50	42,1
Diverticulitis	69	57,9
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	<b>100</b>

Analizamos por separado estas dos grandes facetas de la enfermedad diverticular del colon, o sea "la diverticulosis y la diverticulitis", lo hicimos según su localización, pudiendo observar que la diverticulosis fue generalizada en 32 pacientes (64%) de los que la presentaban, estuvo ubicada en el colon descendente en 17 casos (34%), y en el colon ascendente solamente 1 paciente (2%). (Ver cuadro III).

CUADRO III

Control sobre 119 pacientes con  
enfermedad diverticular

**DIVERTICULOSIS** (Ubicación)

	Casos	%
Generalizada	32	64
Izquierda	17	34
Derecha	1	2
TOTAL	50	100

Al analizar asimismo el proceso inflamatorio de los divertículos, o sea la diverticulitis según su ubicación en el colon, pudimos demostrar en estos pacientes que 53 casos (76,8%) la tenían generalizada, en 14 casos (20,4%) estaba ubicada en el colon descendente y sólo 2 pacientes (2,8%) la tenían localizada a la derecha del colon. (Ver cuadro IV).

CUADRO IV

Control sobre 119 pacientes con  
enfermedad diverticular

**DIVERTICULITIS** (Ubicación)

	Casos	%
Generalizada	53	76,8
Izquierda	14	20,4
Derecha	2	2,8
TOTAL	69	100

De los 200 estudios sucesivos de colon por enema que practicamos, encontramos 119 pacientes que presentaron realmente enfermedad diverticular como ya lo hemos señalado anteriormente; de estos 119 casos, 62 (52,1%) correspondieron al sexo masculino y 57 (47,9%) al sexo femenino; del mismo modo estadísticas de otros autores señalan porcentajes parecidos cuando se refieren a la participación del sexo en la enfermedad diverticular del colon. (Ver cuadro V).

CUADRO V

Control de los 119 pacientes que presentaron  
enfermedad diverticular

S E X O

	Casos	%
Masculino	62	52,1
Femenino	57	47,9
TOTAL	119	100

III. ENFERMEDADES ASOCIADAS

La influencia de enfermedades asociadas a la diverticulosis del colon, tales como enfermedades cardiovasculares, problemas pulmonares, alteraciones hepáticas, etc., sobre el tratamiento quirúrgico es evidente. La operación de elección para un paciente sin este tipo de enfermedades asociadas puede no ser la misma que en un individuo de más edad, obeso, o con un corazón enfermo, el influjo de estos factores sobre el paciente quirúrgico juega un papel importante en la decisión que va a tomar el cirujano sobre el tipo de intervención que se va a practicar.

No hay duda del poder que ejercen al tomar esa decisión ciertas enfermedades como la diabetes, la cual quizás amerita un comentario aparte, ya que Altemeir (18) ha observado una incidencia importante de complicaciones en la diverticulosis de los pacientes diabéticos, las cuales son casi el doble que para aquellos pacientes con cifras de glicemia normales; de ahí, la necesidad de una mayor agresividad con respecto al tratamiento de estos pacientes y no esperar el advenimiento de las complicaciones.

Sin embargo, nosotros nos vamos a referir concretamente a las enfermedades asociadas que hemos encontrado en nuestros pacientes con procesos diverticulares del colon, que presentaron simultáneamente otros procesos patológicos que fueron a su vez sintomáticos y que estaban así mismo ubicados en otras zonas del tubo digestivo. Estas enfermedades asociadas estuvieron presentes en el 41,1% (49 casos) de nuestra serie de 119 pacientes que presentaron enfermedades diverticulares (Ver cuadro VI), señalándose como la más frecuente la hernia hiatal la cual la encontramos en 28 pacientes (23,5%), la úlcera duodenal en 12 pacientes (10%), la litiasis biliar en 4 casos (3,3%), la odditis esclerorretráctil, consecuencia de intervenciones quirúrgicas practicadas con anterioridad en las vías biliares en 3 casos (2,5%) y apreciamos 2 pacientes con cáncer de estómago (1,6%).

CUADRO.VI

**Control sobre 119 pacientes que presentaron  
enfermedad diverticular  
ENFERMEDADES ASOCIADAS DEL TUBO DIGESTIVO**

	Casos	%
Hernia hiatal	28	23,5
Úlcera duodenal	12	10
Litiasis biliar	4	3,3
Odditis	3	2,5
Cáncer de estómago	2	1,6
TOTAL	49	41,1%

**IV. SINTOMAS**

Uno de nosotros señaló ya en 1967 sobre un total de 197 casos estudiados, molestias abdominales en las dos terceras partes de los casos y dolores abdominales en el 81,21%. Los gases y la distensión abdominal estuvieron siempre presentes y en el momento del examen hubo referencia a ellos en el 77,15% y en el 62,94% respectivamente. Una de las molestias que más acusan los enfermos es la plenitud post-prandial (22). Spriggs y Maxer (20), encontraron que el 80% de los pacientes con diverticulosis presentan en algún momento de su vida una gran variedad de síntomas digestivos. En nuestra casuística pudimos observar (ver cuadro VII) que como hallazgo importante apreciamos la formación de gases en más de la mitad de los pacientes, asociados a adherencias del intestino delgado al segmento colónico enfermo en un 50% de los casos. La flatulencia y los gases en el segmento intestinal delgado lo apreciamos en el 53,3% de los pacientes. Las diarreas, los dolores abdominales y los gases en forma periódica estuvieron presentes en el 100% de los casos y el estreñimiento en el 50%. La perforación de algún divertículo a la vejiga se observó solamente en 8,4% de los casos y las hemorragias en forma de rectorragia o de melena la apreciamos en el 4,2% de los pacientes.

CUADRO VII

**Control sobre 119 pacientes con  
enfermedad diverticular  
HALLAZGOS IMPORTANTES**

Diarreas, dolores abdominales y gases	100 %
Flatulencia del intestino delgado — gases	53,3%
Estreñimiento	50 %
Adherencias al delgado	50 %
Penetrantes en vejiga	8,4%
Hemorragias	4,2%

Es importante señalar que el timpanismo y la flatulencia son los síntomas más frecuentes y que más molestan a los pacientes que consultan por enfermedades del colon, esto lo deberemos tener siempre muy en cuenta y nos obligará a efectuar un buen estudio radiológico del colon cuando los pacientes así los acusen.

## V. DIAGNOSTICO, COMPLICACIONES Y TRATAMIENTO

Al diagnosticar una enfermedad diverticular, se hace indispensable la desinfección periódica del colon para evitar procesos inflamatorios; por ello Pemberton y colaboradores (17), apreciaron que el 15% de estos pacientes asintomáticos presentan un proceso de diverticulitis en algún momento de su vida, y que el 24% de los que presentan diverticulitis necesitan a su vez tratamiento quirúrgico. Colcock (4), según su experiencia considera que la diverticulitis con o sin complicaciones se desarrollará en el 30% de los pacientes con diverticulosis. Horner (11), demostró en un grupo de pacientes con diverticulosis que fue seguido por un período de 5 años, que éstos desarrollaron en un 10% procesos de diverticulitis aguda, cuando siguió esos casos durante un segundo período de 10 años, la incidencia de la diverticulitis grave alcanzó el 36%; en nuestra casuística pudimos observar que el 57,9% de los pacientes que vinieron a la consulta con síntomas digestivos por tener enfermedad diverticular del colon ya presentaban un proceso de diverticulitis. La diverticulitis, como todas aquellas complicaciones que de ella se derivan hacen imperativa la intervención quirúrgica. Para Painter (15), la diverticulosis no solamente produce síntomas, sino que algunos pacientes requieren ser intervenidos para aliviar los dolores cólicos que presentan en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen, ya que la enfermedad ocasiona síntomas desagradables en el abdomen.

A pesar de las opiniones de autores como Parks (16) que consideran difícil distinguir la diverticulosis de la diverticulitis, nuestras publicaciones (24) corroboran la posibilidad de diferenciarlas, sobre todo por el método radiológico, ya que cuando el proceso inflamatorio se instala se observan las irregularidades de la mucosa, la deformación de las bolsas o criptas, las estenosis, los ángulos en cañón de fusil, situados sobre todo en el descendente, los aplanamientos de los ángulos y la ausencia de la línea de seguridad a la insuflación de aire. Cuando el proceso es más intenso y los divertículos son penetrantes observamos los gases en el intestino delgado y las adherencias del mismo en las zonas inflamadas. Cuando la diverticulosis, por procesos inflamatorios sumados y, sobre todo, cuando hay adherencias del intestino delgado al colon afectado y a la pared abdominal, suelen presentarse dolores muy intensos en forma de cólicos, timpanismo por acumulación de gases, defectos de tránsito intestinal, aumento del peristaltismo y hasta masas abdominales que nos indican procesos flogísticos severos. Las complicaciones más frecuentes de la diverticulosis son la obstrucción intestinal, bien por estenosis del colon o por adherencias al intestino delgado, los dolores fuertes por penetración de las criptas en la pared colónica, los pólipos, las hemorragias y las perforaciones bien en cavidad libre o en vejiga urinaria ocasionando infecciones severas del riñón acompañadas de variada sintomatología como disuria, polaquiuria, que son indicativos de la necesidad de intervención quirúrgica, ya que todo tratamiento conservador no va a solucionar el problema del paciente.

Cuando se ha hecho una buena evaluación del abdomen, incluyendo sistema urinario, próstata, hígado, etc., y se ha estudiado mediante buena evaluación la circulación y la respiración, el enfermo que tiene diverticulitis deberá someterse a un tratamiento quirúrgico en un solo tiempo (colectomía derecha e izquierda). Eusebio y Eisenberg (6), en un estudio que presentaron de pacientes con diverticulosis de colon y que tenían más de 40 años de edad, encontraron que el 66% de ellos requirieron finalmente una resección del colon; en nuestra casuística de 119 pacientes que presentaron enfermedad diverticular practicamos colectomías en 49 pacientes lo que correspondió al 41%. (Ver cuadro VIII). El resto de los pacientes fueron tratados siguiendo los clásicos tratamientos conservadores. En aquellos casos en los cuales la complicación de la enfermedad diverticular es tan grave que ha provocado una peritonitis aguda, consideramos en términos generales que se le ofrece una garantía indiscutiblemente mayor al paciente cuando efectuamos la intervención quirúrgica en dos o tres tiempos, en el primer tiempo se practica una Colostomía de derivación con drenaje de la cavidad abdominal, se esperan un par de meses para la recuperación del paciente y para que desaparezca todo el proceso inflamatorio y el edema del colon; en ese segundo tiempo se practica la hemicolectomía y la anastomosis término-terminal primaria, generalmente nosotros en este segundo tiempo efectuamos siempre el cierre de la colostomía evitándonos de este modo el clásico tercer tiempo quirúrgico que se practica en estos pacientes.

CUADRO VIII  
TRATAMIENTO

	No. de casos	%
Colectomías únicas o dobles	49	41,17
Tratamiento conservador	70	58,83
TOTAL	119	100

De esos casos operados pudimos constatar en nuestra estadística que los 49 pacientes colectomizados, 30 casos (61,4%) eran del sexo masculino y 19 casos (38,6%) pertenecían al sexo femenino, si lo comparamos con el grupo general de pacientes que presentaron enfermedad diverticular del colon podremos ver que ésta la padecen ambos sexos más o menos por igual (ver cuadro V), sin embargo los hombres se complican más y deben practicarse el tratamiento quirúrgico en un porcentaje mayor que las mujeres (ver cuadro IX).

CUADRO IX  
Control sobre 49 pacientes colectomizados  
S E X O

	No. de casos	%
Masculino	30	61,4
Femenino	19	38,6
TOTAL	49	100

Asímismo, al efectuar el estudio de esos 49 pacientes que fueron colectomizados de todo el gran grupo de 119 casos que presentaron enfermedad diverticular, pudimos al desglosarlos observar que a 43 de ellos (87,7%) (ver cuadro X) les fue practicada una colectomía con anastomosis primaria término terminal, siempre en dos planos de sutura, ya que esos casos fueron preparados para una intervención electiva; para ellos siempre efectuamos la preparación del colon tanto mecánica con enemas, como utilizando catárticos y antibióticoterapia, este tratamiento de preparación colónica lo efectuamos siempre 4 días antes de la intervención quirúrgica (8), únicamente hicimos resección del colon en dos tiempos en 6 pacientes (12,3%) ya que fueron intervenidos de emergencia por perforaciones de divertículos con peritonitis aguda purulenta generalizada, en estos casos practicamos siempre una colostomía en el colon transversal proximal y drenaje de la cavidad abdominal, al cabo de un promedio de 2 meses efectuamos el segundo tiempo con una resección del colon izquierdo y una anastomosis término-terminal entre el colon transversal y la primera porción del recto, simultáneamente siempre en ese mismo acto operatorio practicamos el cierre de la colostomía, nosotros nunca hemos sido partidarios de efectuar este procedimiento en tres tiempos, ya que consideramos que el cierre de la colostomía puede perfectamente hacerse en este segundo tiempo.

CUADRO X  
Control sobre 49 pacientes colectomizados  
TRATAMIENTO

	No. de casos	%
Colectomías + anastomosis primaria	43	87,7
Resección en dos tiempos	6	12,3
TOTAL	49	100

Desglosando el tipo de intervención quirúrgica practicada en esos pacientes colectomizados pudimos apreciar que efectuamos la colectomía izquierda en 40 casos (81,6%), practicamos una colectomía derecha en 3 casos (6,1%) y una colectomía doble por presentar enfermedad diverticular aguda importante tanto en el colon ascendente como el colon descendente en 6 casos (12,3%), (ver cuadro XI), en estos últimos pacientes practicamos en el mismo acto operatorio la colectomía derecha e izquierda simultáneamente en un tiempo con la restitución del tránsito intestinal mediante una ileotransversostomía y una rectotransversostomía, obteniendo excelentes resultados postoperatorios.

CUADRO XI  
Control sobre 49 pacientes colectomizados  
TRATAMIENTO

	No. de casos	%
Colectomía izquierda	40	81,6
Colectomía derecha	3	6,1
Colectomía doble	6	12,3
TOTAL	49	100

Dejamos para estudio final la asociación que hemos encontrado de pacientes con enfermedad diverticular sintomática y enfermedades asociadas del tubo digestivo también sintomáticas, en estos casos hemos practicado simultáneamente el tratamiento quirúrgico del proceso diverticular, asociado a su vez a la solución quirúrgica del proceso patológico sintomático del tubo digestivo que padece el paciente.

Como podemos ver en el Cuadro número XII, hemos practicado colectomías únicas o dobles en 14 pacientes de los 49 que fueron intervenidos quirúrgicamente de la serie, hemos practicado en 18 pacientes colectomías más la operación de Nissen por presentar además de la enfermedad diverticular hernias hiatales sintomáticas, en 7 casos hemos hecho colectomías más vagotomías supraselectivas por presentar además de un proceso diverticular severo, una gastritis o úlceras duodenales, asimismo en 7 pacientes hemos hecho simultáneamente colectomías más vagotomías supraselectivas y la operación de Nissen (fundoaplicatura) por presentar enfermedad diverticular más una hernia hiatal con reflujo severo o esofagitis y úlcera duodenal, y en 3 casos hemos practicado colectomías más una operación de Nissen y anastomosis biliodigestiva, en casos en los que además de haber una diverticulitis muy severa presentaban hernia hiatal con reflujo gastroesofágico e irritabilidad del órgano, asociado a una Odditis escleroretráctil importante con vaciamiento deficiente del colédoco, a consecuencia de intervenciones practicadas años antes en las vías biliares.

CUADRO XII  
Tratamiento quirúrgico de la enfermedad diverticular  
y enfermedades asociadas del tubo digestivo

	No. de casos	%
Colectomías (únicas o dobles)	14	28,5
Colectomías + Nissen	18	36,7
Colectomías + Vagotomías supraselectivas	7	14,2
Colectomías + vagotomías supraselectivas + Nissen	7	14,2
Colectomías + Nissen + Anastomosis biliodigestivas	3	6,1
TOTAL COLECTOMIAS + OPERACIONES ASOCIADAS	49	100

En todos estos casos podemos señalar que tanto en los pacientes que les hemos practicado colectomías simples, así como colectomías asociadas a otras intervenciones quirúrgicas del aparato digestivo tuvimos un 0% de mortalidad, asimismo, la morbilidad entró dentro de las estadísticas aceptables internacionalmente (ver cuadro XIII), de igual modo el período de hospitalización duró como si de una sola intervención se hubiera tratado; por lo que debido a estos resultados tan favorables nos hacemos cada día más optimistas y estamos firmemente convencidos de que podemos recomendar este tipo de intervenciones múltiples simultáneas cuando los pacientes presenten enfermedad diverticular del colon asociada a otros procesos sintomáticos del tubo digestivo.

### CUADRO XIII

**Control de 49 pacientes colectomizados  
o asociados a intervenciones múltiples simultáneas  
COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS**

	No. de casos	%
Abscesos heridas	3	6,1
Neumonías	1	2
Cistitis	1	2
Eventraciones	2	4
Fístulas anastomosis	0	0
Mortalidad operatoria	0	0

#### VI. RESUMEN Y CONCLUSIONES

El diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diverticular y la diverticulosis se ha hecho cada día más fácil debido a los equipos radiológicos que permiten una buena visualización de la cavidad del órgano, sobre todo cuando se usa el método de Fischer, (con insuflación, vaciamiento y contraste). Mediante este método se pueden observar las criptas, las estenosis, los pólipos y sobre todo las deformaciones del colon por procesos inflamatorios serios, localizados sobre todo en el sigmoides, descendente y cecoascendente. Además contamos con métodos de fácil realización como son la colonoscopia que nos permite obtener fotografías y tomar biopsias para estudios histológicos, así como la arteriografía selectiva abdominal. Una vez diagnosticada la enfermedad y evaluados los riesgos que el paciente puede correr por su edad o enfermedades intercurrentes, es costumbre nuestra diseñar el tipo de intervención a realizar a fin de evitar la larga permanencia de los enfermos en el hospital y las complicaciones que pudieran presentarse.

Mediante la colonoscopia es casi seguro que se puede eliminar o certificar la presencia del cáncer de colon.

Es indudable la importancia de una colectomía electiva en pacientes que puedan desarrollar una complicación de la enfermedad o cuyo tratamiento médico conservador no ha sido satisfactorio y a su vez representa una gran solu-

ción ante la posibilidad de efectuar intervenciones quirúrgicas de emergencia en pacientes en malas condiciones, en donde en muchas oportunidades deberemos practicar colectomías en dos o tres tiempos; variando de este modo un índice de mortalidad operatoria que según afirman muchos autores en caso de cirugía de emergencia puede llegar hasta un 30% de los casos, frente a una mortalidad inapreciable como la que presentamos en este trabajo cuando hacemos una buena selección de los pacientes y un tratamiento electivo adecuado y a tiempo. Queremos concluir señalando la importancia de la enfermedad diverticular del colon en nuestro medio ya que hemos observado que cerca del 60% de los pacientes que acuden al Gastroenterólogo por presentar cualquier síntoma digestivo tienen enfermedad diverticular colónica. Deseamos asimismo señalar la gran utilidad que tiene el efectuar estudios integrales de todo el aparato digestivo aunque el paciente tenga unos síntomas muy específicos y señalados para un determinado órgano, ya que en nuestra casuística encontramos que el 40% de los pacientes tenían otras enfermedades sintomáticas asociadas en el tubo digestivo junto a la enfermedad diverticular del colon.

Consideramos por experiencia que se debe ser más agresivo en cuanto al tratamiento quirúrgico de la enfermedad diverticular del colon, pues estamos de acuerdo con otros autores de que los pacientes después de los 40 años y que tienen una diverticulosis en el colon, cerca del 40% van a presentar un problema agudo en el transcurso de su vida y de éstos alrededor del 40% deberán practicarse una colectomía, por lo tanto es conveniente señalar que no deberemos esperar a que se presenten estas complicaciones que conllevan una incidencia de mortalidad elevada, pudiendo con un buen criterio hacer operaciones electivas con la máxima seguridad para el paciente. No nos olvidemos de este gran porcentaje de pacientes que observamos en nuestra casuística ya que cerca del 40% presentan enfermedades asociadas sintomáticas y que pueden ser corregidas quirúrgicamente al mismo tiempo que efectuamos la colectomía, ya que de esta manera solucionamos todos los problemas del paciente en un solo tiempo, los cuales por separado le causan gran parte de su sintomatología y que por el contrario al no solucionárselos el paciente seguirá sintomático y con la creencia errada por parte de éste de que la intervención fracasó, y lo que realmente ocurrió es que fue incompleta. Estamos firmemente convencidos de que esas intervenciones múltiples simultáneas pueden efectuarse sin riesgos para el paciente cuando se utiliza una técnica adecuada y una cierta rapidez en el acto operatorio ya que hemos visto que la mortalidad y la morbilidad son inapreciables y no se alteran al efectuar estos procedimientos simultáneamente, solucionando así, las diferentes patologías digestivas del paciente con una sola hospitalización, una sola anestesia y el retorno a sus actividades normales estará reducido a menos de la mitad del tiempo y con una curación completa.

## VII BIBLIOGRAFIA

- 1 BEER, E.- Some pathological and clinical aspects of acquired (false) diverticula of the intestine. Amer. J. Med. Sci. 128:135-145 (julio), 1904.
- 2 BOCKUS, H. L.- Gastro-enterology: 674-710 W. B. Saunders Company Filadelfia, 1946.
- 3 CASE, J. T.- The Roenten demonstration of multiple diverticula of the colon. Am. J. Rongenol; 2:654, 1915.

- 4 COLCOCK, B.- Enfermedad diverticular del colon. XIII:2, 1977.
- 5 ENCICLOPEDIA UNIVERSAL, Espasa-Calpe. Tomo XVIII (segunda parte): 1637, 1973.
- 6 EUSEBIO, E. B.; EISENBER, M. .- Natural history of diverticular disease of the colon in young patients. Amer. J. Surg. 125:308-311, 1973.
- 7 FLEISCHNER, F. G.; MING, S.; HENKEN, E. M.- Revised concepts on diverticular disease of the colon. Radiology 84:599-609, 1965.
- 8 GODAYOL ROVIRA, J. et. al.- Tratamiento de las fístulas gastrointestinales externas mediante la hiperalimentación parenteral. Rev. Centro Médico de Caracas. XIX (67): 113, 1980.
- 9 GRANT, R. et. al.- Tratamiento quirúrgico de la diverticulosis del colon. Clin. quir. Editorial interamericana: 651, 1974.
- 10 GLEESON, J. A.- Colonic diverticula: radiological diagnosis. Brit. Med. J., 3:568-570, 1970.
- 11 HORNER, J. L.- Natural history of diverticulosis of the colon. Amer. J. Dig. Dis. 3:343-350 (mayo), 1958.
- 12 LUMSDEN, K.; CHAUDHARY, N. A.; TRUELOVE, S. C.- The irritable colon syndrome. Clin Radiol. 14:54-63, 1963.
- 13 MORSON, B.- The muscle abnormality in diverticular disease of the colon. Proc. Roy. Soc. Med. 56:798-800 (sept.), 1963.
- 14 PAINTER, N. S.-The effect of morphine in diverticulosis of the colon. Proc. Roy. Soc. Med. 56-800 (sept), 1963.
- 15 PAINTER, N. S.- Diverticulosis of the colon and diet. Brit. Med. J. 2:764, 1959.
- 16 PARKS, T. et al.- The outcome in 455 patients admitted for treatment of diverticular disease of the colon. Surg., gynec and obst. 85:523, 1947.
- 18 SCHOWENGERDT, C. G.; HEDGES, G. R.; YAW, P.B.; ALTEMEIER, W. A.- Diverticulosis, diverticulitis and diabetes. A review of 740 cases. Arch. Surg. 98:500-504 (abril), 1969.
- 19 SHACKELFORD, R.- Cirugía del aparato digestivo. 2:1241-1261, 1930.
- 20 SPRIGGS, E. I.; MARXER, O. A.- Multiple Diverticula of the colon, "Lancet" 1:1067, 1927.
- 21 TORSOLI, A.; RAMORINO, M. L.; CRUCIOLI, V.- Relationship between anatomy and motor activity of the colon. Amer. J. Digest. Dis., 13-462-467, 1968.
- 22 VALENCIA-PARPARCEN, J.; D'ESCRIVAN, G.- "Diverticulosis del colon". Controversias en gastroenterología. Grafos Impresores Asociados, C. A., Caracas, Venezuela, 1967.
- 23 VALENCIA-PARPARCEN, J.; GODAYOL ROVIRA, J.- Enfermedad Diverticular del colon. Editorial Baber, S. A., Barcelona. España, 1983.
- 24 VALENCIA-PARPARCEN, J.- La patología del colon en Venezuela. Tribuna Médica de Venezuela. Nos. 538, 539, 540. Tomo XIV, 1976.