

UNA RARA COMPLICACION DEL DIVERTICULO DE MECKEL (VOLVULO) DEL DIVERTICULO (*)

Dres. Guaymirán Ríos Bruno y Daniel Fonseca

Consideraciones Generales

Entre las causas de los cuadros agudos de abdomen hay una que en general los cirujanos de adultos no tienen en cuenta haciéndose muchas veces el diagnóstico en el acto operatorio con la consecuente perturbación que representa el error diagnóstico para la conducta terapéutica me refiero al divertículo de Meckel.

No es nuestra intención hacer un estudio completo del tema que por otra parte ya ha sido hecho tanto en nuestro medio ⁽¹⁾ como en el extranjero ⁽²⁾ ⁽³⁾ ⁽⁴⁾ sino la de presentar una complicación rara de un divertículo que provocó un cuadro agudo de abdomen.

El D M puede causar serios problemas sea por su propia presencia (oclusiones mecánicas) o por sus complicaciones (úlcera péptica, oclusión invaginación, diverticulitis; hernia de Littre, neoplasmas, fístulas totales o parciales del conducto onfalo mesentérico).

Traemos hoy un caso que creemos no ha sido descrito aún en la literatura nacional y que en la extranjera su número es muy reducido por ej. Forgue y Riche ⁽²⁾ mencionan solamente 21 casos recopilados en la literatura, tiene además interés porque su comprobación permite explicar la sintomatología clinicorradiológica.

Caso Clínico

P. G., 10 años. Es visto en consulta por un cuadro doloroso de abdomen a pedido del Dr. Fonseca.

Enfermedad actual: comenzó tres días antes de la consulta con malestar general, algias difusas, decaimiento y anorexia.

24 horas después por la tarde hace un cuadro doloroso de abdomen intenso que lo "dobla" y que cede espontáneamente. Se indica régimen líquido y reposo, pasa bien 24 horas repitiendo el cuadro con caracteres similares salvo mayor intensidad y estado nauseoso.

Movilizó el intestino correctamente y al ceder el dolor no acusó ningún trastorno posterior

(*) Trabajo presentado en la $\frac{1}{2}$ hora previa en la Sociedad de Cirugía el día 7 de agosto de 1963.

En la noche repite el cuadro y es visto por nosotros comprobando:

Enfermo con un estado general satisfactorio, bien hidratado y con buen estado de nutrición, temp. rectal 38°, lengua limpia, no halitosis orina macroscópicamente normal.

El abdomen se moviliza bien y es indoloro espontáneamente, se palpa una hepatoesplenomegalia discreta y hay una zona de dolor paraumbilical derecha donde hay una viscera con gorgoteo que en ese momento se interpretó como un ciego distendido. Auscultación silencio abdominal.

El tacto rectal mostró un Douglas libre e indoloro.

Resto del examen sin particularidades.

Se planteó la posibilidad de un cuadro oclusivo frustrado por el mecanismo

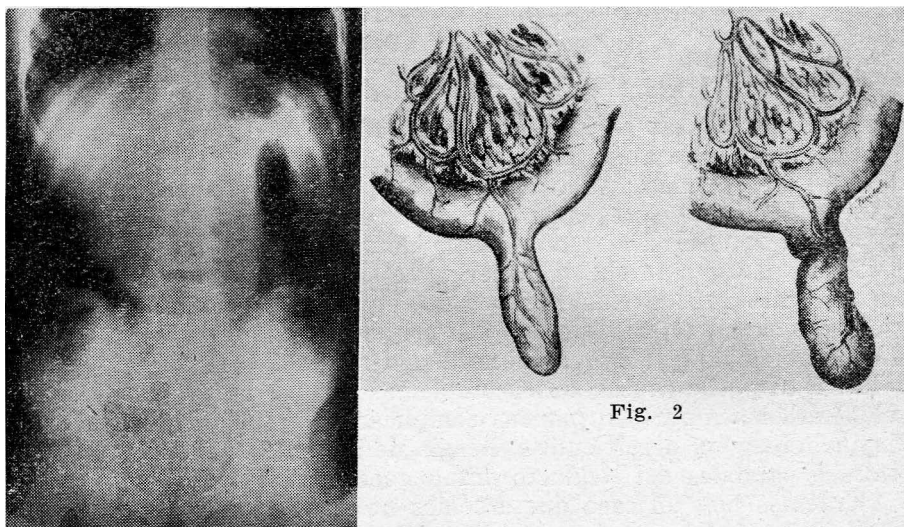


Fig. 1

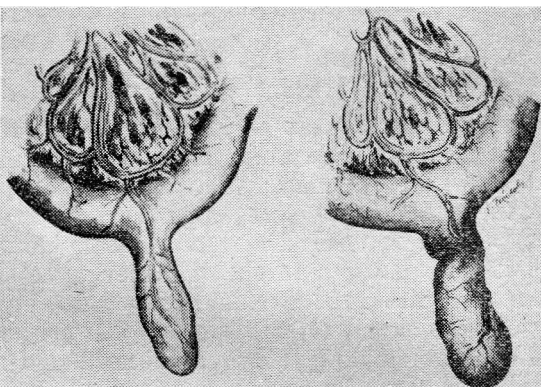


Fig. 2

de una invaginación intestinal, un divertículo de Meckel o una apendicitis retromesentérica y se decide la internación.

Se efectuó un hemograma de urgencia que mostró:

GR: 4630000

Hb: 80 %

VG: 0,86

GB: 9400

El examen de orina:

D: 1015

Urea: 16 grs.

Cloruros 5,85

Albúmina: no contiene

Glucosa: no contiene

Acetona positiva dos cruces

Pigmentos biliares no contiene

Sedimento: escasos leucocitos

La radiografía simple de abdomen de pie mostró una hepatoesplenomegalia gases en el colon y ausencia de gases y niveles del delgado lo que descartó nuestro diagnóstico primario de cuadro oclusivo mecánico.

Estando internado repite el cuadro a las pocas horas con gran intensidad acompañado de un shock marcado lo que nos decide a la intervención con carácter de urgencia y una vez tratado el colapso que evidentemente era por dolor.

Anestesia General Dr. Bengochea.

Cirujanos Dr. Ríos Bruno, Dr. Venturino, Dr. Castiglioni.

Incisión de Mac Burney Gosset: Abierto el peritoneo se exterioriza el complejo visceral ileoceco apendicular comprobándose una congestión visceral generalizada y múltiples adenopatía de tipo inflamatorio agudo en el mesenterio, mesoapéndice y mesocolon, dado que éstos hallazgos explican sólo parcialmente el cuadro clínico se procede a una completa exploración por lo que

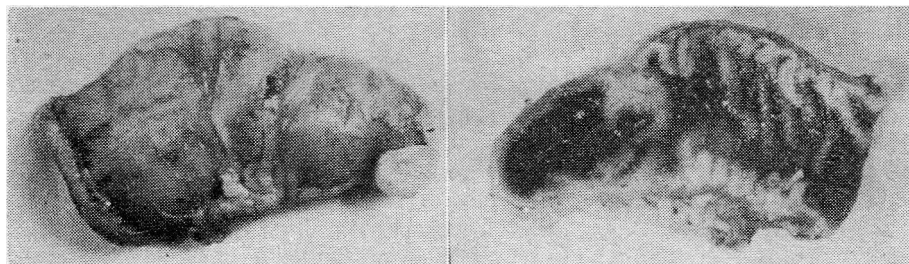


Fig. 3

se exterioriza el delgado dicha maniobra pone de manifiesto la existencia de un grueso divertículo de Meckel de 8 cms. de longitud de extremidad libre y completamente volvulado en sentido opuesto a las agujas del reloj y a nivel de su base la que medía no menos de 2 cms. su aspecto era de color violáceo.

Se efectuó la detorsión del mismo y con compresas calientes e infiltración de novocaína en su meso rápidamente se recoloró normalmente efectuándose la exéresis seccionando a nivel de su zona de implantación y suturando el intestino transversalmente en un doble plano a puntos separados. Se efectuó apendicectomía y se cerró por planos dejando la piel abierta.

La evolución fue buena persistiendo algunos días con una febrícula interpretada por el Dr. Fonseca como provocada por su adenitis encontrándose en el momento actual en perfectas condiciones o habiendo vuelto a repetir mas sus dolores.

La anatomía patológica del caso (Br. Toledo Correa N° 32506) mostró un aspecto hiperémico de los vasos sanguíneos de la serosa no mostrando ningún otro signo de sufrimiento en sus paredes.

En suma. — Se presenta un caso de vólvulo del Divertículo de Meckel sobrevenido en el curso de una adenitis mesentérica.

Esto explica la coexistencia de un cuadro general infeccioso con hepatoesplenomegalia y un cuadro agudo tipo mecánico de abdomen.

El vólculo a nivel de la bse del Divertículo explica la ausencia del cuadro oclusivo radiológico dado que la luz del intestino era completamente libre.

BIBLIOGRAFIA

- 1) FOLCO ROSA y PIOVANO SELIKA. — Patología del Divertículo de Meckel. (Ed. García Morales-Mercant) Montevideo 1962.
- 2) FORGUE E. et RICHE V. — Le diverticule de Meckel (Doin). París 1907.
- 3) MCFARLAND F. and KIESEWETTER W. — Meckels diverticulum in childhood. Surgery Gynecology and Obstetrics 106: 11-14; 1958.
- 4) SÖDERLUND S. — Meckels diverticulum. A clinical and histologic study. Acta Chirurgica Scandinava; Supl. 248: 1-233; 1959.