

Oclusión intestinal aguda por divertículo de Meckel en el adulto *

**Dres. GONZALO ESTAPE, JOSE A. SOTO, ROGELIO BELLOSO
y JUAN C. CASTIGLIONI ****

El motivo de la presentación de este trabajo, radica en contribuir a la casuística nacional con 4 observaciones de esta rara patología del adulto.

En efecto, en 30.000 historias fichadas en el archivo de la clínica quirúrgica donde actuamos, solamente figuran estos casos, de los cuales, 3 fueron tratados por los autores en los últimos 7 años.

Es preciso recordar, que, entre las complicaciones del divertículo de Meckel, la oclusión

yeyuno-ileal es un hecho frecuente, como lo señalan Rosa y Piovano (10), donde la hallan en 19 de los 37 casos analizados.

El segundo hecho a llamar la atención, es el de la gravedad que pueden presentar los portadores de esta enfermedad, que en muchas circunstancias culminan con el deceso del paciente.

En nuestro medio, se han ocupado del tema, Rosa y Piovano (1962), Folle (1954), Anavitate (1949), Barcia (1924), Pérez Fontana (1924 y 1930) y Rodríguez Castro (1947) entre otros.

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Walter R. Suiffet.

** Adjunto de Cirugía, Residentes de Cirugía, Asistente de Clínica Quirúrgica.

Presentado el 25 de abril de 1973.

CASUISTICA

Caso Nº 1.— Enfermo de 27 años, que una semana antes del ingreso presenta dolores abdominales de tipo cólico acompañados de vómitos profusos. Al exa-

men se comprueba: shock, cianosis, deshidratación, abdomen distendido y doloroso, reacción peritoneal difusa. El estudio radiológico muestra gases en el yeyuno-íleon y ausencia en el colon.

Se diagnostica "oclusión de delgado por estrangulación". Se opera en la guardia del Dr. Valls (Hosp. Pasteur) por incisión mediana infraumbilical, comprobándose una invaginación del divertículo que tenía 15 cm. de largo, que servía de cabeza de invaginación del tipo íleo-cólica, con avanzada necrosis del íleon. Se realizó la resección de un metro de íleon, respetando la última asa ileal, que es viable, restableciendo la continuidad con una anastomosis laterolateral (Fig. 1).

Dado el grave estado del paciente, fallece a las 24 horas de la intervención.

Caso N° 2.—Enfermo de 52 años, que desde hace una semana presenta dolores cólicos periumbilicales, náuseas, vómitos biliosos, escalofríos y distensión abdominal. Ingresa con retención aguda de orina, por lo que es sondeado.

A. personales: Apendicectomía hace 25 años.

Examen: Fiebre de 38 grados, deshidratación, abdomen hipersonoro, tenso y difusamente doloroso. El tacto rectal revela dolor y distensión del fondo de saco



FIG. 1

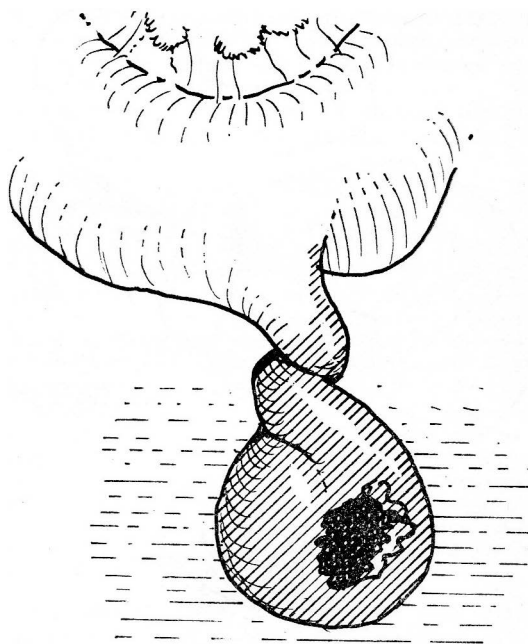


FIG. 2

de Douglas. La radiografía de abdomen muestra una clara oclusión de delgado. Se diagnostica oclusión de delgado con reacción peritoneal. Se realiza una incisión paramediana derecha infraumbilical, comprobándose un divertículo de Meckel volvulado y perforado (Fig. 2) y una peritonitis difusa.

Se efectúa resección cuneiforme del segmento del asa donde asienta el divertículo con cierre en dos planos; se drena el fondo de saco de Douglas.

Buena evolución.

Caso N° 3.—Enfermo de 20 años, con cuadro agudo de abdomen de 2 días de evolución, caracterizado por dolor tipo puntada, intenso, localizado en epigastrio, que irradia al hipocondrio izquierdo, acompañado de vómitos biliosos y detención del tránsito de materias y gases desde el día anterior al ingreso. Fue tratado con analgésicos y enema evacuador sin notar mejoría, por lo que ingresa al hospital.

El examen revela fiebre, facies tóxico, distensión abdominal, dolor a la compresión y decompresión difuso. Tacto rectal: Douglas indoloro.

Se diagnostica "peritonitis por perforación".

La radiología no revela neumoperitoneo.

La intervención muestra (Fig. 3) una oclusión de delgado por divertículo de Meckel, cuyo extremo distal está adherido al peritoneo parietal posterior, abrazando un asa ileal.

Se realiza enterotomía, aspiración del contenido y resección en cuña de la zona de implantación del divertículo, con cierre en dos planos.

Caso N° 4.—Enferma de 28 años, que comienza 5 días antes del ingreso, con dolor en epigastrio tipo cólico, sin irradiaciones, que se intensifica 48 horas después haciéndose difuso y acompañándose de vómitos de alimentos y biliosos. Detención del tránsito para materias y gases de 72 horas.

Examen: Fiebre, deshidratación, distensión abdominal difusa, hipersonoridad con ruidos hidroaéreos con timbre metálico. Tacto rectal: ampolla vacía,

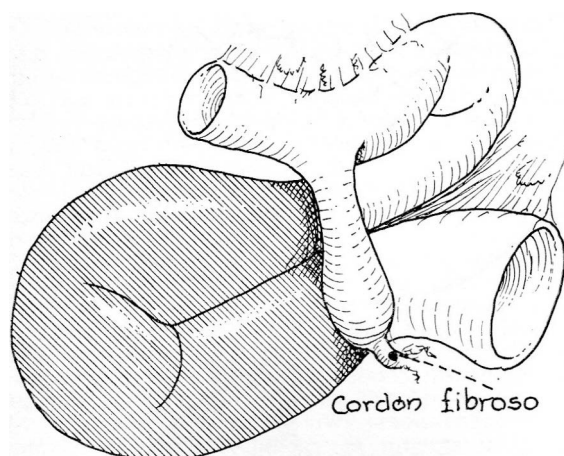


FIG. 3

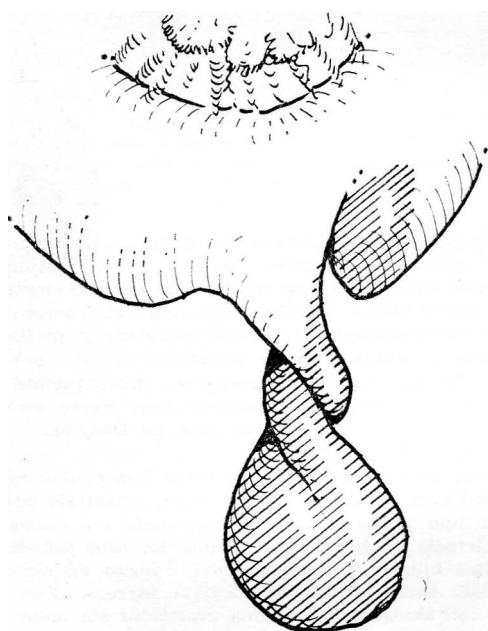


FIG. 4

Douglas indoloro. La radiografía muestra niveles hidrogaseosos en el delgado y ausencia de gases en el colon.

La intervención muestra (Fig. 4) una oclusión de delgado por torsión de 360° del divertículo de Meckel con necrosis del asa donde se implanta. Se efectúa resección de 10 cm. de delgado con anastomosis término-terminal en dos planos.

No pretendemos realizar un exhaustivo estudio de la patología de la oclusión diverticular, limitándonos solamente a enunciar las nociones básicas que permitan interpretar los mecanismos de producción de cada uno de los casos presentados.

Con este fin, adoptaremos la clasificación de Berard y Delores, citada por Rosa y Piovano (10).

Las oclusiones intestinales por divertículo de Meckel se dividen en dos grandes grupos:

- 1) con divertículo libre;
- 2) con divertículo fijo.

Dentro del primer grupo hay, a su vez, 5 causas de oclusión:

a) *invaginación*: el grado mínimo de la misma es la invaginación del propio divertículo, que se introduce en la luz intestinal como dedo de guante invertido; ella por sí sola puede ser la causa de la obstrucción, o bien, ser la cabeza de una invaginación ileo-ileal, la que si transgrede la barrera que le opone la válvula ileo-cecal, que en general es poco firme, se transformará en ileo-cólica, como sucedió en nuestro caso N° 1, que ya hemos analizado.

b) *nudo diverticular*: el divertículo libre puede arrollarse alrededor de un asa o bien en la base de la misma; el anillo puede ser o no completo, simple o doble, como lo expresa Domingo Prat en su libro Ileo (8).

c) *vólvulo*: puede tratarse únicamente del propio divertículo o bien, participar el asa intestinal en que se halla implantado y a su vez, puede haber o no participación mesentérica, con los consecuentes trastornos en la irrigación intestinal, que culminan en la necrosis. En dos de nuestros casos (Nos. 2 y 4) participa este mecanismo. El vólvulo se ve en el 12 % de los casos, según Forgue y Riche (4).

d) *acodadura del asa*: tiene como explicación, el hecho de que el asa donde se implanta el divertículo, está de por sí angulada en 90°, y cualquier causa que disminuya dicho valor (adherencia, diverticulitis entre otras) puede realizar una acodadura tal, que ocasione la oclusión. Se encuentra en el 16 % de los pacientes.

e) *torsión longitudinal del intestino*: como lo dice el título, se trata de una torsión del asa alrededor de su eje; no hemos visto ninguna, mientras que Rosa y Piovano (10) relatan un solo caso.

Dentro del segundo grupo, es decir, con divertículo fijo, se reconocen 4 mecanismos:

a) *tracción directa*, que provoca la angulación del asa.

b) *compresión de asas intestinales por brida*.

c) *formación de un anillo por el divertículo fijado*, que provoca la estrangulación de una o más asas. Nuestro caso N° 3 corresponde a este grupo.

Estos dos últimos mecanismos enunciados, son, según Forgue y Riche (4), el 54 % de las causas de oclusión.

d) *vólvulos de ileon* que tienen como eje de torsión el divertículo fijado o el cordón que parte de su extremo distal, para fijarse en la pared u otra viscera. Pertenecen a este grupo, las persistencias totales o parciales del conducto onfalomesentérico fijados al ombligo.

RESUMEN

Los autores relatan 4 casos de oclusión intestinal aguda por divertículo de Meckel, señalan lo excepcional de esta patología en el adulto, lo difícil del diagnóstico preoperatorio, la gravedad que acusan algunos pacientes, la necesidad de la intervención urgente y analizan todos los mecanismos de producción de la oclusión.

RÉSUMÉ

Les outeurs rapportent 4 cas d'occlusion intestinale aigüe par diverticule de Meckel; ils remarquent la rareté de cette pathologie dans l'adulte, la difficulté du diagnostic pré-opératoire, la gravité accusée par quelques patients, le besoin d'une intervention d'urgence. Puis, ils y analysent tous les mécanismes de production de l'occlusion.

SUMMARY

The authors report ffour cases of acute intestinal occlusion for Meckel diverticules. They point out: that this pathology is unusual in the adults, the difficulties of the preoperative diagnosis, the showed by some of the patients, the necessity of an urgent surgical intervention; and they analyze all the mechanisms of the production of the occlusion.

BIBLIOGRAFIA

1. ANAVITARTE, E. Algunos aspectos de la patología del divertículo de Meckel. *An. Fac. Med. Mvdeo.*, 34: 125, 1949.
2. BARCIA, P. Oclusión intestinal por divertículo de Meckel. *An. Fac. Med. Mvdeo.*, 9: 2558, 1924.
3. FOLLE, J. A. Oclusión intestinal por divertículo de Meckel. *V Cong. Urug. Cir.* 449, 1954.
4. FORGUE, E. et RICKE, V. Le diverticule de Meckel. *Paris. E. Doin*, 1907.
5. LARGHERO-IBARZ, P. Algunos principios directivos en el tratamiento de la oclusión intestinal aguda en el adulto. *El Día Méd. Arg.*, 22: 554, 1950.
6. PEREZ-FONTANA, V. Oclusión intestinal por divertículo de Meckel. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 9: 250, 1924.
7. PEREZ-FONTANA, V. Oclusión intestinal por divertículo de Meckel. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 1: 149, 1930.

8. PRAT, D. Ileo. *Palacio del Libro*, I: 1331, 1932.
9. RODRIGUEZ-CASTRO, A. Patología del divertículo de Meckel en clínica pediátrica. *Arch. Pediat. Urug.*, 18: 553, 1947.
10. ROSA, F. y PIOVANO, S. Patología del divertículo de Meckel. *XVI Jornadas Pediátricas Rioplatenses*, 1961.
11. SUIFFET, W. Contribución a la casuística de la patología del divertículo de Meckel. *Arch. Urug. Med. Cir. Esp.*, 32: 284, 1947.

DISCUSION

DR. VALLS.—Este trabajo destaca la importancia del divertículo de Meckel en la patología oclusiva del abdomen.

El primer caso corresponde a nuestra experiencia. Era una invaginación intestinal provocada por un divertículo de Meckel que se había invaginado en dedo de guante, situado en la cabeza de la invaginación, que se acompañó de necrosis extensa de delgado. En casi todos los casos son oclusiones de estrangulación muy graves, como lo demostró la evolución de nuestro enfermo.

DR. MÉROLA.—Hay un aspecto de esta patología que no podemos dejar pasar sin comentario: nos referimos a la actitud a tomar frente a un divertículo de Meckel encontrado durante la exploración del abdomen de un enfermo operado por otra causa.

En esta situación nos hemos comoporado de manera ecléctica: si el divertículo es blando a la palpación de base ancha, y libre no lo tocamos; pero si tiene paredes gruesas, base estrecha y brida adherente a otras estructuras, tratamos de resecarlo.

No se olvide que la resección del divertículo equivale a una enterectomía; y que debemos balancear bien los riesgos de la complicación por el divertículo dejado, (patología congénita que se denuncia a veces, como hemos oído hoy, a edades avanzadas o que no llega a denunciarse) y los riesgos de su cirugía, la que, como sabemos, también puede dar complicaciones.

Oclusión intestinal por hidatidosis peritoneal secundaria *

Dres. HUBERTO VIOLA, JOSE DIFILIPPO y WOLFGANG GOLLER **

I) INTRODUCCION

Una vez más, la equinococosis hidatídica es el factor causal de una situación clínico-patológica que se destaca: por su escasa frecuencia, por su gravedad, y por presentar dificultades diagnósticas y terapéuticas.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. W. Suiffet.

Asistente de Cirugía, Practicante Interino M. S. P., Asistente de Clínica Quirúrgica.

Presentado el 25 de abril de 1973.

II) CASO CLINICO

V. G. de P. de 70 años, Registro N° 30352, de la clínica del Prof. W. Suiffet (H. Pasteur).

Ingresa el 8/III/1973, por dolor abdominal y detención del tránsito intestinal.

Su enfermedad actual, comienza 6 días antes del ingreso con dolor tipo cólico del hemiabdomen inferior, intenso, acompañado de ruidos hidroaéreos.

Desde hace 4 días presenta detención del tránsito intestinal para materias y gases, concomitantemente distensión abdominal progresiva. Vómitos desde hace 72 horas, los cuales son abundantes y de aspecto porráceo al ingreso.