

el que coincidía una rotura tubárica por embarazo ectópico, cabe pensar que el crecimiento embrionario, al determinar un aumento de volumen inusitado de la trompa con la congestión y tumefacción de las texturas anatómicas vecinas, crean un desplazamiento tubárico primario, que, secundariamente, al compás del aumento de las circunstancias aludidas por seguir su desarrollo el embarazo ectópico, provocan la rotación creadora del vólvulo.



Fig. 3.

Ahora bien, la rotura tubárica, ¿qué relación guarda con el vólvulo? ¿Sucede primero el vólvulo y es consecuencia de éste la rotura tubárica? o ¿Acaece primero la rotura y después el vólvulo? En este segundo supuesto, para nosotros el menos probable, el vólvulo habría ocurrido por un mecanismo de compensación y adaptación estructural y anatómica ante un hecho insólito y antifisiológico. Es decir, que el embarazo ectópico modificó primero la posición de la trompa y del ovario, quedando éstos en inestabilidad, que acentúa el vólvulo cuando la rotura acontece por la traslación tubo-ovárica que inevitablemente tiene que producirse con el estallido tubárico, junto con el desbordamiento sanguíneo por la hemorragia.

Cabe pensar en buena lógica que un embarazo ectópico tipo *Graviditas tubaria isthmica*, como el caso que presentamos, indujera al vólvulo simplemente por el mecanismo de traslación, con nuevo acoplamiento estructural ante las necesidades que la nueva ergología tubo-ovárica ocasiona. Es muy probable que el propio istmo tubárico sobre el que asienta el proceso gravídico sea fuente de estímulos mecánicos que recogen y ejecutan las otras porciones tubáricas y el propio ovario. Consecuencia de ello es el vólvulo, que por su cuenta estrangula las arterias genitales aórticas y las ramas tubáricas y tubo-ováricas de la uterina, con circulación placento-embriónaria que determina

nan por sí, ante el estasis, la rotura tubárica.

Si esto fuera así y la intervención no es precoz, debiéramos encontrar lesiones del tipo de los infartos en el propio embrión, cosa que en nuestro caso no sucedió, acaso por haberse declarado el propio proceso patológico.

DIVERTICULO DE YEYUNO (*)

A. GÓMEZ FERNÁNDEZ DE LA CRUZ

Málaga.

Historia clínica núm. 2.021 (17-I-1949). Mujer de cuarenta y tres años de edad, soltera, sin antecedentes familiares ni personales de interés. Tiene una historia de úlcera duodenal, que se comprueba en radiosкопia y radiografía.

El 4-XI-1949 la intervengo, confirmando operatoriamente la úlcera duodenal, que se extirpa, practicándose resección gástrica subtotal con anastomosis gastroyeyunal. Al tomar la primer asa observé en ella un divertículo, asentado en la proximidad del borde antimesentérico; en el vértice de la anomalía se inserta una hoja mesentérica, que se desprende del mesenterio común para a modo de arco llegar hasta el borde libre intestinal, llevando una arteria y una vena, claramente perceptibles, que se ramifican ampliamente poco antes de penetrar en yeyuno. En el doble esquema adjunto (fig. 1) se puede apreciar la descrita disposición, así como la proporción con respecto al intestino.

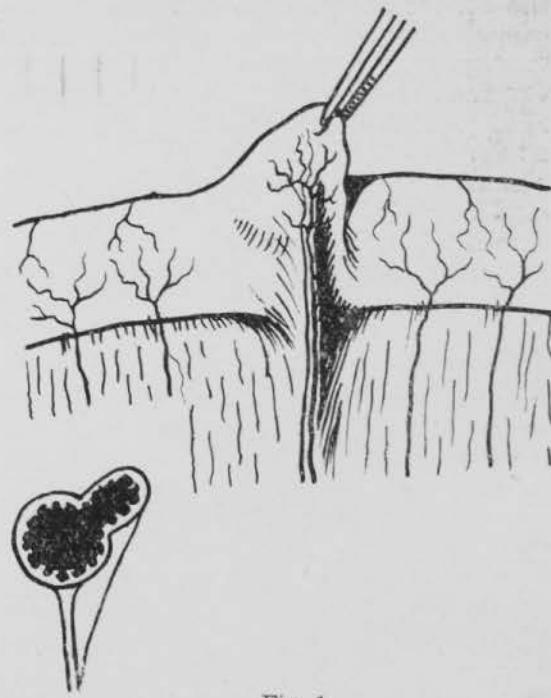


Fig. 1.

El aspecto del divertículo era el de una bolsita de goma desinflada. Se efectúa su exéresis y el estudio histopatológico revela una normal composición de todas las capas de la pared. (Véanse las adjuntas microfotografías, figs. 2 y 3). La muscular no presenta ninguna brecha.

(*) Comunicación al I Congreso Médico del Sur.

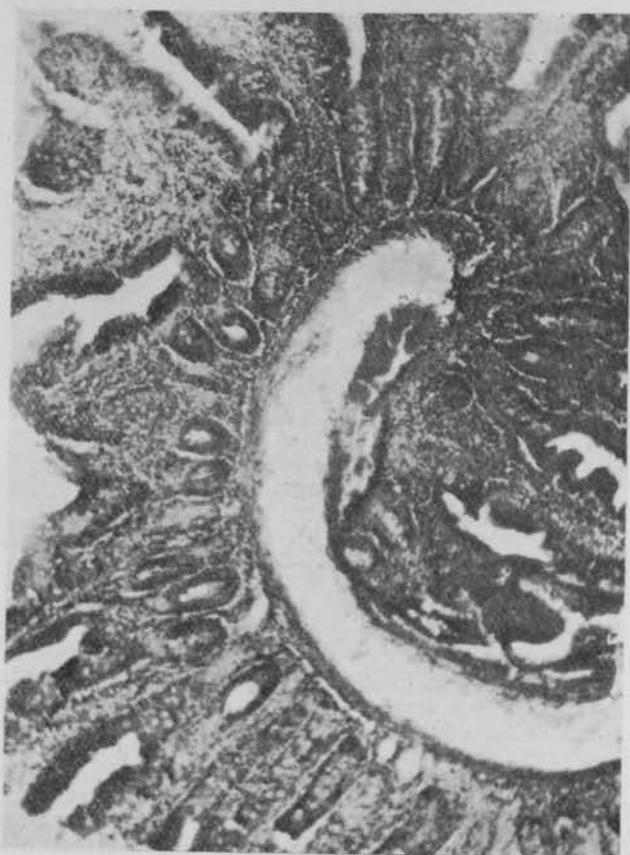


Fig. 2.

Considero este caso interesante, en primer lugar, por tratarse de una anomalía bastante rara. Se conocen como excepcionales los diver-



Fig. 3.

tículos congénitos del yeyuno, habiendo encontrado KEIBEL en la pared intestinal de embriones de monos, mamelones mucosos de los que se pueden derivar estos divertículos. En los embriones de cerdo y conejo, LEWIS y THYNG comprueban regularmente divertículos congénitos del delgado. En los embriones humanos se encuentran también divertículos, pero no regularmente. Estos divertículos congénitos suelen asentarse en el borde mesentérico.

Una de las primeras descripciones clínicas de verdaderos divertículos se debe a sir ASTLEY COOPER. La localización más frecuente en este

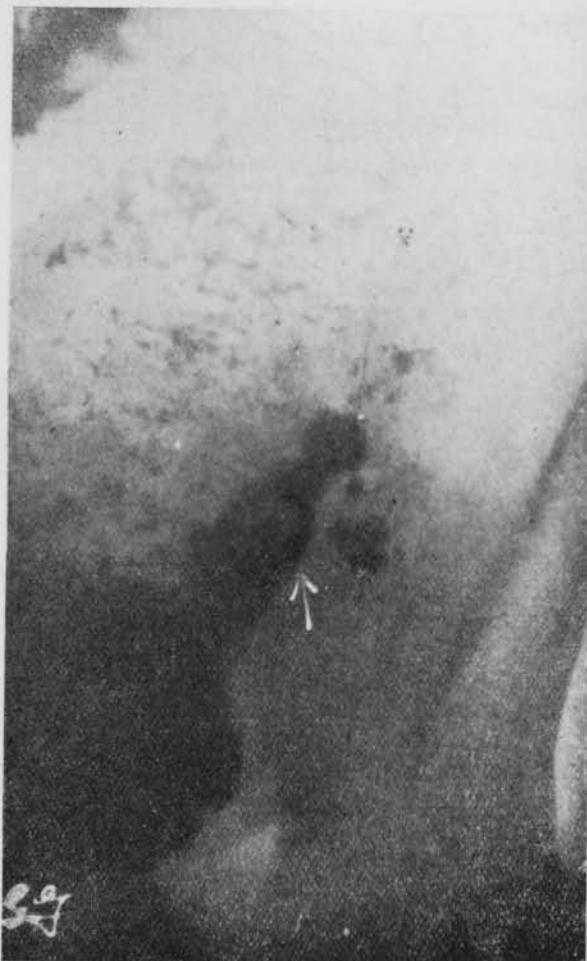


Fig. 4.

tramo intestinal corresponde a las primeras asas, tal como sucede en mi caso, que está situado en la primera, a unos doce traveses de dedos del ángulo duodeno-yeyunral. La frecuencia de la diverticulosis del yeyuno y del íleon, según EDWARDS halla en 881 autopsias, es del 0,57 por 100. Es más frecuente en el hombre que en la mujer en la proporción de 5 a 3.

Los divertículos del yeyuno suelen ser múltiples, mientras que en mi caso es solitario. Según KLEBS, se presentan comúnmente en el borde mesentérico por el lugar donde los principales vasos atraviesan las paredes intestinales. Con esto coinciden otros muchos autores, considerando que el divertículo se produce por la evaginación de la mucosa intestinal a través

de la brecha que en la muscular ocasiona el paso de los vasos, siendo un "lugar de menor resistencia" que permite el paso de esa *hernia*. EDWARDS confirma este extremo en un meticuloso estudio anatómico e histológico.

Constituyen, pues, el clásico divertículo por pulsión, que va progresando lentamente, encontrándose en el fondo de saco rara vez capa muscular.

A los del borde antimesentérico se les supone diferente origen, admitiendo EDWARDS en un

teniendo el balón distendido por debajo del divertículo para impedir el paso del bario, se hubiese podido desplegar para hacerlo presente en radiografía o radioscopya.

De todas formas, en la exploración radiológica es difícil apreciarlos y son pocos los descubiertos por este procedimiento (CASE encuentra en 6.847 exploraciones de tránsito del delgado el 0,073 por 100, y EDWARDS entre 4.631 el 0,086 por 100). Aun los diagnósticos radiológicos hay que comprobarlos repetidas veces, recurriendo



Fig. 5.



Fig. 6.

caso suyo, que el divertículo aparecía junto a la entrada de una rama arterial secundaria por la pared intestinal.

Vemos que el caso de divertículo que nos ocupa corresponde a la variedad de inserción antimesentérica, infinitamente más rara que la mesentérica, que estando completas y sin brechas sus paredes no es originado por pulsión, y que es forzoso pensar en una forma que no he encontrado descrita, de divertículo yeyunal por tracción, recordando que la hoja peritoneal que va al borde antimesentérico actúa a manera de brida, estirando el trozo de pared de su fijación.

Este divertículo no poseyendo un cuello estrecho, hubiese sido difícil de visualizar con la exploración radiológica, y sólo habiendo sospechado su presencia, con la sonda de Miller-Abbott,

a todas las técnicas, pues es fácil el error. Acompaño radiografías de un caso personal que parecía seguro y en la intervención no se confirmó, encontrándose una apendicitis crónica y una adenopatía intensa de mesenterio, que podría justificar el espasmo a nivel de la zona radiografiada (figs. 4, 5 y 6).

Es de suponer que, dada la facilidad de vaciamiento del divertículo descrito, por sus características anatómicas no diese sintomatología alguna, si no fué así, el proceso ulceroso que al mismo tiempo coincidía se encargaría de enmascarar el cuadro, pero el no haber encontrado ninguna flogosis, el anatomiopatólogo, hace pensar con fundamento que era asintomático.

Nota.—El estudio anatomiopatológico ha sido efectuado por el Dr. RAYA.