

NOTAS CLINICAS

ILEO POR DIVERTICULO DE MECKEL

C. PERA BLANCO-MORALES.

Médico Interno.

Casa de Salud Valdecilla.

Instituto Médico de Postgraduados.

Servicio de Aparato Digestivo.

Jefe: Doctor A. GARCÍA-BARÓN.

I

Un completo estudio de las afecciones abdominales agudas producidas por el divertículo de Meckel ha sido publicado recientemente, en esta Revista, por el doctor GARCÍA-BARÓN¹. En él se recogía la casuística del Servicio (14 casos).

Existente un divertículo de Meckel, éste puede adoptar las siguientes disposiciones fundamentales en el interior de la cavidad abdominal:

- a) Divertículo libre.
- b) Divertículo junto con persistencia del conducto onfalo-mesentérico, el cual permanece abierto y en comunicación con el exterior (fístula fecal).
- c) Divertículo y conducto onfalo-mesentérico, estando éste abierto en su porción proximal (intestinal) y cerrado, transformado en un cordón fibroso, en el extremo distal (umbilical).

Mientras que la primera eventualidad suele ser, con mucho, la más habitual, la segunda y la tercera son bastante más raras (82,5 por 100, 6 por 100 y 8 por 100, respectivamente, en la serie de 63 casos de CHRISTIE²).

En los 14 casos aportados por GARCÍA-BARÓN, sólo se encuentra uno con persistencia del conducto obliterado; en los 43 casos de BROOKES³, un 10 por 100; en una serie de 61 casos de HOWELL⁴, la distribución de los diferentes tipos era la siguiente:

	Número de casos	Por 100
Divertículo sólo	54	88,6
" y cordón fibroso	3	5,0
" con divertículo secundario	2	3,2
Enterocistoma	1	1,6
Conducto vitelino persistente	1	1,6
TOTALES.....	61	100,0

Entre 149 afecciones determinadas por el divertículo de Meckel, recogidas por GROSS⁵, sólo

en ocho ocasiones fueron motivadas por la persistencia del conducto onfalo-mesentérico obliterado.

Los principales mecanismos por los que un divertículo de Meckel puede originar un íleo son los siguientes:

- a) Persistencia del conducto onfalo-mesentérico obliterado en forma de cordón fibroso extendido entre el divertículo y el ombligo.
- b) Adherencia de este conducto obliterado y desprendido al peritoneo parietal, algún órgano vecino o al mesenterio de la misma asa, formando entonces un anillo.
- c) Inflamación del divertículo con adherencia a órganos vecinos.
- d) Invaginación del divertículo en la luz del asa donde asienta.
- e) Vólvulo del divertículo.

De todas estas posibilidades, es el íleo producido por la persistencia del conducto onfalo-mesentérico obliterado y adherido a ombligo de las menos frecuentes.

El mecanismo de producción de estos íleos es fácil de comprender: se trata de una acción semejante a la desarrollada por otras bridas fibrosas intraabdominales: sobre ella se estrangula un asa delgada o sirve de eje de torsión al segmento intestinal donde el divertículo asienta.

La poca frecuencia de esta condición dentro de los íleos producidos por divertículos de Meckel nos mueve a la publicación del siguiente caso:

II

J. C. F., varón, de ocho años de edad. Desde hace un año viene padeciendo de accidentes similares al actual, aunque mucho menos intensos: el último tuvo lugar hace diez días.

Hace cuarenta y ocho horas que comienza a sentir dolor, al principio leve y a la media hora muy fuerte, de tipo cólico con períodos de calma de diez a quince minutos y crisis dolorosas de similar duración, acompañados de ruidos intestinales. El dolor se localiza, preferentemente, en la región periumbilical. No ha notado la formación de abultamientos en la superficie abdominal durante la crisis dolorosa.

Desde hace veinticuatro horas ha disminuido algo la intensidad del dolor y las crisis se han hecho menos frecuentes. Sin embargo, durante el interrogatorio, presenta una crisis dolorosa.

Vómitos acuosos y biliosos desde el comienzo del dolor con náuseas en cuanto ingería algo. Último vómito: hace doce horas. Tiene mucha sed. Última deposición: hace setenta y dos horas; cree que tampoco ha ventosado desde entonces.

Exploración.—Enfermo apático, semiobnubilado; lengua saburral, no demasiado seca. Temperatura axilar, 37,3°; 110 pulsaciones tensas y rítmicas.

La respiración abdominal está conservada, aunque es

muy superficial. Percutiendo se obtiene un sonido timpánico generalizado. La palpación superficial no encuentra contractura; duele discretamente al palpar sobre la región periumbilical. Por debajo de ombligo se percute un asa con sonido metálico. Se auscultan ruidos intestinales intermitentes en esta zona, de timbre también metálico. El tacto rectal demuestra un fondo de saco de Douglas abombado, pero no doloroso.

Exploración radiológica.—En pie, y sin papilla de contraste, se observan varios niveles en la zona central del abdomen, amplics, dispuestos en escalera, típicos de intestino delgado. Aerocolia derecha e izquierda. Enema opaco: el marco cólico, relleno rápidamente hasta ciego, es normal. Puesto de pie nuevamente el enfermo se comprueba que los niveles corresponden a intestino delgado.

Hemograma.—Leucocitos, 6.200 con 15 cayados, 35 segmentados, 46 linfocitos y 4 monocitos.

Diagnóstico preoperatorio: Íleo de intestino delgado de causa desconocida.

Operación (doctor PERA). Anestesia general con éter. Laparotomía media mixta. Al abrir la cavidad peritoneal sale líquido de reacción, seroso. Aparecen asas delgadas, muy dilatadas. En seguida se nos muestra como causa de la oclusión una brida fibrosa que parte de un divertículo de Meckel y que parece corresponder, por su inserción junto al ombligo, al conducto onfalo-mesentérico obliterado.

Sección del conducto fibroso y resolución del cuadro obstructivo. Las asas delgadas se hallan adheridas en un corto trecho, a nivel del divertículo, por un proceso inflamatorio del mismo (diverticulitis antigua). Hay ganglios gruesos en el mesenterio del asa donde se implanta aquél y uno de ellos se extirpa para examen histológico. Se liberan fácilmente estas adherencias laxas.

Diverticulectomía con cierre mediante sutura transversal con puntos de lino sueltos en dos capas; queda permeable el intestino. Cierre en tres planos de la cavidad abdominal.

El curso postoperatorio fué totalmente normal dándose de alta a los doce días de la intervención.

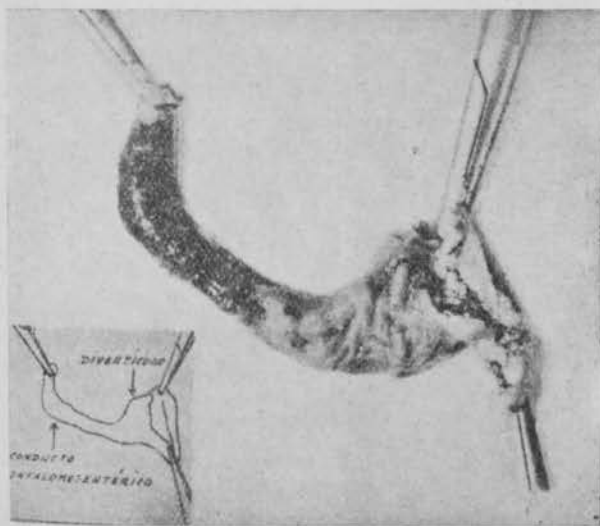


Fig. 1.

El estudio anatomopatológico del divertículo (fig. 1), realizado en el Servicio de Anatomía Patológica, demostró que estaba afecto de un proceso inflamatorio inespecífico similar al encontrado en el ganglio que se extirpó.

RESUMEN.

Se presenta un caso de íleo de intestino delgado, en un niño de ocho años, producido por un divertículo de Meckel con persistencia del

conducto onfalo-mesentérico obliterado, como aportación a la casuística, ya publicada, del Servicio.

BIBLIOGRAFÍA

1. GARCÍA-BARÓN, A.—Rev. Clín. Esp., 49, 225, 1953.
2. CHRISTE, A.—Am. J. Dis. Child., 42, 544, 1931.
3. BROOKES.—Brit. J. Surg., 52, 57, 1954.
4. HOWELL.—Am. J. Dis. Child., 71, 365, 1946.
5. GROSS, T.—The Surgery of Infancy and Childhood. W. B. Saunders Company. Philadelphia & London, 1953.

ENDOTELIOMA DE ESTÓMAGO

(Aportación de un caso.)

A. VIÑUELA HERRERO.

Médico Interno del Servicio.

Casa de Salud Valdecilla.
Instituto Médico de Postgraduados.
Servicio de Anatomía Patológica.
Jefe: Doctor E. OLIVA.

La rareza de esta lesión, la escasez de casos similares y la discusión en torno a ellos, nos mueve a dar cuenta de uno que recientemente hemos estudiado.

Enfermo B. S. J. E., de cincuenta y seis años, cuando acude en julio de 1950 a la consulta de Aparato Digestivo, quejándose de molestias en el estómago desde hacía treinta años, con temporadas buenas de uno o más años y malas de ocho días, habiéndose prolongado en aquella ocasión a dos meses. No se queja de dolor, sino de malestar en epigastrio a la hora y media de las comidas (más después del desayuno), y que no se modifica con ninguna influencia externa. Depositiones irregulares. Los restantes datos negativos, salvo la exploración radiológica, varias veces repetida desde mayo de 1953, y en la que se nota un defecto circular constante en la porción horizontal de la curvatura mayor, llegando a palpar el doctor BARÓN "un resalte que le da la impresión de ser más duro que lo normal".

Operado el 22 de agosto de 1953, aparece en cara anterior del estómago, muy cerca del ángulo de la curvatura mayor, una tumoración algo aplanada, aunque redondeada, como una avellana grande. La pared del estómago es movable en todas las direcciones. Previa biopsia rápida de la tumoración, se recomienda la resección, la cual se efectúa según la técnica de Billroth I. En el surco pancreático duodenal hay un ganglio pequeño, pero duro, que se toma para biopsia, en la que sólo se apreciaron las lesiones correspondientes a una adenitis simple. No se encuentran alteraciones de los restantes órganos abdominales.

La tumoración consta de un nódulo de 4 cm. de diámetro mayor, desarrollado en pleno espesor de la pared gástrica, flojamente adherido a las capas interna y externa que le envuelven. Al corte es blando, con