ILEUS POR DIVERTICULITIS EN EL POSTOPERATORIO DE EMBARAZO ECTOPICO

Dr. A. SOSTRES GALLIFA

P. N. M. de 30 años. Intervenida el 2-VIII-55 de embarazo ectópico derecho (aborto tubárico con gran mola tubárica y gran hemorragia peritoneal).

A los 8 días se inicia un síndrome de ileus mecánico que no cede, con aspiración continua (imposible la penetración de la sonda en duodeno, a pesar de control radiológico, por la gran distensión abdominal), ileus que se mantiene y acentúa, siendo reintervenida el día 13 del mismo mes.

A la laparotomía se descubre que la oclusión es producida por una diverticulitis de Meckel, con la punta del divertículo alargado y engrosado adherida a otra asa de intestino delgado, formando un puente debajo del cual estrangulaba otra asa del delgado. Dado el mal estado de la paciente, no resecamos el asa que tenía implantado el divertículo, que hubiese sido lo correcto, sino que nos limitamos a extirpar éste, peritonizando sólo el muñón con dos puntos de lino en dirección transversal, para evitar la disminución de calibre de dicha asa.

A las ocho horas se inicia un peristaltismo violento y doloroso, continuando la enferma ocluída, por lo que a las 48 horas de la segunda intervención, o sea el día 15 de agosto, es de nuevo laparotomizada. Luchando con grandes dificultades para visualizar la oclusión, dada la gran distensión intestinal y el estado precario de los tejidos, se llegó a descubrir, por último, que estaba producida por la flexura del íleon en forma de escopeta de dos cañones, a nivel del muñón del divertículo extirpado, por lo que nos decidimos dado el peor estado de la enferma, a practicar no la resección, sino una entero-enterostomía antiperistáltica, resolviendo así el caso completamente, siendo dada de alta a los 15 días de la última intervención.

Ni que decir tiene que durante todo el curso se practicaron repetidas transfusiones sanguíneas, y se mantuvo la hidratación y equilibrio iónico bajo el control de repetidos ionogramas, aspiración continua gástrica e inyecciones de antibióticos (penicilina, estreptomicina, terramicina), así como vitaminas B y C.

La consideración de este caso nos hace ver la posibilidad de que,

en el postoperatorio de una afección genital, puede surgir una complicación gravísima extragenital insospechada hasta su visualización quirúrgica, ya que al aparecer el síndrome oclusivo se creyó era debido a la existencia de una pelviperitonitis adhesiva que hubiese fijado una o varias asas en pequeña pelvis.