

# PATOLOGÍA DEL DIVERTÍCULO DE MECKEL, EN CLÍNICA PEDIÁTRICA

Prof. RODRÍGUEZ CASTRO

(Montevideo)

A pesar de haber sido mencionado ya en el siglo xvi, en los escritos de Fabricio de Hilden y de Buonasolius, y de las muchas memorias y trabajos que le han sido dedicados, desde que Meckel, en 1809, hizo conocer los verdaderos divertículos, es recién en los últimos 25 años que se ha completado el estudio de la patología diverticular, con el conocimiento de la úlcera péptica meckeliana, a menudo responsable de hemorragias y peritonitis graves en el niño.

La patología umbilical, propia del recién nacido, y del lactante; las diverticulitis, invaginaciones, oclusiones de la segunda y tercera infancia, fueron completando su estudio clínico y fisiopatológico durante todo el siglo xix, hasta la monografía de Forgue y Riche, de 1907, que resume excelentemente todos los conocimientos de entonces.

Más tarde, las escuelas alemana, americana y francesa han mostrado el enorme interés, clínico y terapéutico de las úlceras pépticas diverticulares, estableciendo nociones hoy clásicas y que encontramos magistralmente expuestas en los trabajos de Mondor y Mlle. Lamy, de 1937, llegándose así al conocimiento completo de la patología del divertículo de Meckel.

*Embriología.* — La vesícula umbilical es una formación puramente transitoria. De gran tamaño en la primera semana, se achica rápidamente, quedando relegada, a los 15 ó 20 días, a la categoría de una dependencia secundaria unida al intestino por el canal vitelino. Luego, involuciona francamente, alejándose del embrión. Al fin de la gestación, según Schultze, se encuentra reducida a un órgano atrófico, de 5 a 6 mm., en la periferia de la placenta.

El canal vitelino une primeramente la vesícula al vértice del asa intestinal primitiva. Cuando aquélla se aleja, atrofiándose, se retira, involucionando a su vez, para quedar, al organizarse el ombligo, reducido a un cordón que luego ha de desaparecer con sus vasos, entre el tercero y cuarto mes.

Si la involución del conducto onfalo-mesentérico es imperfecta, persistiendo en todo o en parte, o regresando excesivamente, se crearán diversas anomalías, capaces muchas de ellas de producir cuadros patológicos. En la especie humana, más del 2 % de los sujetos presenta persistencia del canal vitelino. En un individuo sobre sesenta se encuentra el divertículo, implantado en la última porción del íleon, desde unos centímetros a un metro del ciego; como cifras extremas se mencionan los de 3 cm. (Welmer) y 2'30 m. (Keefe).

Forgue y Riche proponen la siguiente clasificación anatómica de las anomalías de involución del canal vitelino:

## A. *Involuciones incompletas.*

- |  |   |  |
|--|---|--|
| I. — Persistencia de conexiones entre intestino y ombligo. | } | 1.º conducto totalmente permeable.         |
|  |   | 2.º conducto fijado o cordón fibroso.      |
|  |   | 3.º vasos vitelianos.                      |
| II. — Persistencia sólo de la porción intestinal.          | } | 1.º divertículo de Meckel            libre |
|  |   | 2.º entero-quistomas                fijo   |
| III. — Persistencia sólo de la porción umbilical.          | } | 1.º quistes umbilicales.                   |
|  |   | 2.º tumores residuales.                    |

## B. *Involuciones excesivas.*

- 1.º Estenosis simple del íleon.

2.º Estenosis del íleon con divertículo libre o adherido.

El grupo A, de involuciones incompletas, es el más observado en clínica. El divertículo estudiado por Meckel resulta de la persistencia de la porción proximal o intestinal del canal.

Es un verdadero apéndice del íleon, especialmente interesante por su frecuencia y sus repercusiones patológicas.

Hasta hace 30 años se asimilaba la patología del divertículo de Meckel a la del apéndice cecal. Hoy, sabemos que si las manifestaciones clínicas inflamatorias de ambos tienen muchos puntos de contacto, en cambio su constitución anatómica y su histología son completamente distintas. El divertículo es pobre en tejido linfóideo; a la inversa del apéndice, su mucosa presenta, en partes, características de mucosa gástrica y a veces, islotes de tejido pancreático, lo que jamás se ha observado en el apéndice.

Siguiendo a Fevre, consideraremos por separado los accidentes umbilicales y los abdominales.

### 1.—Patología umbilical

En las maternidades es frecuente observar granulomas inflamatorios simples, en las infalitis de los recién nacidos, que se tratan con toques de nitrato de plata y cuando no ceden, con ligaduras de seda, para provocar su necrosis y facilitar la cicatrización del ombligo.

En algunos recién nacidos, al caer el cordón queda un pequeño tumor, del tamaño de una aceituna, rojo oscuro, implantado en la cicatriz umbilical, con un meato central por el que salen un líquido amarillento seroso y gases.

Este «fungus» tan particular, se debe a una persistencia del canal vitelino, totalmente permeable.

Su confusión con los granulomas y su tratamiento por simple ligadura, determinarían la muerte del niño.

Es clásico el caso del médico — citado por Lövenstein — que seccionó en su base un tumor meckeliano del ombligo, provocando salida de asas intestinales y una perforación del íleon.

En los dos pacientes que hemos operado, con canal totalmente permeable, la obstetra que intervino en el parto propuso la ligadura, que afortunadamente no se aplicó por haber planteado el buen diagnóstico los pediatras que observaron a los niños, doctores Bauzá y Lorenzo y Deal.

En un tercer enfermo, de campaña, enviado por el Prof. Bonaba, de siete semanas de edad, se aplicó una ligadura de hilo sisal, afortunadamente poco ajustada, por la abuela, obstetra accidental del caso.

Forgue y Riche mencionan 80 casos de canal totalmente permeable, perfectamente documentados. Estos canales permeables se observan en el recién nacido o en niños del primer año; la secreción es a veces serosa, de reacción alcalina; otras, de materias fecales y gases. Se establece en seguida de la caída del cordón o poco tiempo después. Es variable su acción sobre la piel, pero habitualmente la secreción es muy irritante. Son fistulas bajas de delgado, de corrimiento poco abundante, lo que permite fijar, sin apresurarse, el momento de la operación, siempre que el estado de la piel no obligue a operar sin retardo. El diagnóstico, con sondaje o inyección de lipiodol en la fistula, descartada la persistencia del urano, no ofrece dificultades.

Sólo es aconsejable el tratamiento cruento, onfalectomía y exéresis del canal que, si es posible, deberá practicarse después del año de edad. El resultado es generalmente excelente.

La complicación más terrible de los canales permeables es el prolapso mucoso, luego intestinal, dando lugar al clásico tumor bicornes del ombligo, seguido, si no se opera en seguida, de gangrena del asa prolapsada y muerte por oclusión.

Entre nosotros, el Prof. Turenne, en 1906, publicó una interesante observación. Frente a otras manifestaciones umbilicales del divertículo de Meckel, canal no permeable, quistomas, tumores, subcutáneos, intraparietales o subperitoneales, etc., debe pensarse en la posibilidad de un prolongamiento intra abdominal del proceso, por persistencia de la parte proximal del canal o de sus vasos que, originando bridas, sea capaz de gestar oclusiones u otros trastornos intestinales mecánicos.

## II.— Patología intestinal

Gelez, en 1843, al presentar a la Sociedad Anatómica de París un voluminoso divertículo de Meckel, hacía los siguientes comentarios, que conservan todo su interés, a pesar de tener ya más de un siglo: «Si este apéndice del delgado se mostrase más a menudo con tales dimensiones, justificaría la aserción de que toda la patología del apéndice cecal les es enteramente aplicable. Estos apéndices anormales, libres, flotantes, móviles en el interior del peritoneo, pueden herniarse fácilmente, solos o con otras porciones del intestino; o contrayendo adherencias simples o múltiples, constituir bridas o anillos; pueden inflamarse, perforarse, crear obstrucciones parciales. No quiero seguir por más tiempo, decía Gelez, creando con la imaginación, frente a una pieza anatómica, esta especie de patología teórica, realizable sin duda.»

La cirugía aséptica, multiplicando las intervenciones, ha demostrado que la patología, supuesta teórica por Gelez, era completamente real y que no sólo había adivinado con visión genial todo un importante capítulo de patología abdominal, sino que era necesario ampliar más aún las posibilidades patogénicas del divertículo, productor de diverticulitis, obstrucciones, etc., y además, de peritonitis por perforación y hemorragias graves por sus úlceras pépticas.

Picqué y Guillemot, en Francia, en 1897; Denecke y Hilgenreiner, en Alemania, y muchos otros, han demostrado que, guardando las posibilidades de menor frecuencia, puede aplicarse a las diverticulitis toda la clínica de la apendicitis, recalcando su mayor gravedad por la rápida difusión de los procesos inflamatorios diverticulares.

Todos los cirujanos de niños conocen bien, hoy, las diverticulitis agudas. Cuadros de vientre agudo, grave, operados muchos de ellos con el diagnóstico de apendicitis iliaca, y en los que, al encontrar en la intervención un apéndice sano, el cirujano, advertido por su conocimiento de la patología del divertículo de Meckel, salva la vida de su enfermo extirpando un divertículo perforado o a punto de perforarse. En toda laparatomía por vientre agudo en un niño, sin etiología evidente, debe ser de rutina la pesquisa del divertículo.

Además de su rica patología inflamatoria, el divertículo puede provocar accidentes mecánicos diversos, creando bridas, acodaduras, torsiones, invaginaciones, etc. Hilgenreiner ha descrito 10 variedades de oclusión por divertículo.

Aage y Koch, sobre 400 invaginaciones estudiadas, encuentran casi un 3 % ocasionadas por el divertículo.

En nuestro país, el Prof. P. de Peña, en 1911, publicó una completa monografía sobre el tema.

En 1942, los doctores Sarroca y Mojoli relataron un caso de peritonitis aguda y oclusión, por doble proceso apendicular y diverticular.

## III.—Úlceras pépticas por divertículo de Meckel

Este capítulo, escrito recién en los últimos 30 años, es el más original y el menos conocido, a pesar de su extraordinaria importancia.

La patología abdominal del divertículo, estudiada hasta hace cinco lustros, dice Mondor, justificaba que se le considerase como un apéndice del delgado. Su enfermedad ulcerosa-péptica hace que pueda llamársele, como quiere Guibal, un estómago en miniatura.

Desde que Hübschmann, en 1913, habló por primera vez de autodigestión y de úlcera péptica diverticular, llamando la atención sobre esta curiosa afección, se ha encontrado en un gran número de divertículos, porciones de mucosa de tipo gástrico y en partes islotas de tejido pancreático. En el 20 % de los divertículos puede observarse estas curiosas ectopias tisulares, que la embriología moderna explica perfectamente.

En 1937, Mondor y Mile. Lamy hablan ya de 130 observaciones bien documentadas, de úlceras pépticas meckelianas; un 74 % de los casos registrados corresponde a enfermos menores de 15 años.

El diagnóstico de la enfermedad ulcerosa como el de las manifestaciones inflamatorias del divertículo de Meckel, no es fácil; pero es posible si se conocen sus manifestaciones clínicas. Blanc pudo afirmar no hace mucho que vemos tantas diverticulitis y úlceras diverticulares, como errores de diagnóstico.

Sin embargo, Ketterer, hace ya 10 años, en una cabaña de Monfort, pueblito de Estados Unidos, diagnosticó e hizo operar con perfecto éxito una úlcera meckeliana, porque había visto antes otro enfermo.

Casaubon, en 1944, en Buenos Aires, sostuvo ante sus alumnos, en una clase de clínica, el diagnóstico de úlcera por divertículo de Meckel, confirmado por Rivarola en la intervención, que curó al paciente de sus graves enterorragias.

La sintomatología es muy particular. Se trata de niños con buen estado general, apiréticos, pálidos, que sólo presentan una ligera anemia, acompañada de manifestaciones dolorosas vagas, en su vientre inferior y pequeñas alteraciones funcionales digestivas. La exploración clínica más prolija, los exámenes de laboratorio y las pesquisas radiográficas más cuidadosas, son siempre negativos.

Periódicamente presentan en la fosa iliaca derecha o en el hipogastrio, crisis dolorosas agudas, acompañadas de lipotimias breves y seguidas, horas después, de melenas de intensidad variable. Durante las crisis: vientre blando, depresible, móvil, doloroso sólo en el cuadrante inferior derecho; apirexia, taquicardia moderada; ni náuseas, ni vómitos.

Pasado el episodio agudo, el paciente vuelve a su situación anterior de pequeño cuadro digestivo impreciso y anemia moderada. Unos meses más tarde, nuevo accidente agudo, con dolor violento en el bajo vientre y lipotimia, seguidos de expulsión de sangre roja y de coágulos, por el ano, o de melena.

Las hemorragias varían en cantidad y frecuencia; a veces ligeras y repetidas; otras, abundantes y espaciadas, provocando anemias de importancia diversa. Pero, en todas aparece la misma celosa ocultación de una etiología definida. La evolución, en cambio, ofrece una curiosa semejanza en todos los casos.

Frente a estos cuadros de semiología tan desconcertante, con melenas periódicas en un paciente menor de 15 años, en el que un estudio metódico de las causas generales o locales de enterorragia no permite aclarar la etiopatogenia, debe siempre plantearse el diagnóstico de probable úlcera péptica meckeliana y decidir el tratamiento cruento, impostergable y de resultados excelentes.

No debe contemporizarse con tratamientos médicos, que atenúan el cuadro, pero que son absolutamente incapaces de obtener actualmente la curación. La secreción ácido-péptica diverticular agravará progresivamente la ulceración, llevando al paciente a la inminencia de una peritonitis por perforación, que se podrá producir en cualquier momento, con todas sus terribles consecuencias.

Ultimamente, Lagos García y Etchegaray, Casaubon y colaboradores, han publicado en Buenos Aires dos casos de enterorragias por divertículo, operados, en los que no se encontró úlcera macroscópica, pero que, sin embargo, curaron radicalmente después de operados.

En nuestros servicios hospitalarios de cirugía infantil, de los hospitales «Pereira-Rossell» y «Dr. Pedro Visca», existe ya, perfectamente documentada, una seria casuística confirmatoria de que los síndromes diverticulares no son tan excepcionales como se creía, y que demuestra los excelentes resultados del tratamiento cruento, practicado oportunamente y con conocimiento del problema.

Muchos enfermos pagan con sus vidas, aun después de laparatomizados, el desconocimiento de la patología meckeliana, que todavía se observa en muchos medios, poco familiarizados con la cirugía del niño.

Sólo una amplia vulgarización de estas nociones fundamentales de clínica diverticular, podrá hacer desaparecer la desastrosa inercia terapéutica o las trágicas laparatomías miopes, de que se lamenta, con tanta razón, el maestro Mondor.

### Estadística personal

I. — Canal totalmente permeable. 3 casos; 2 con éxito, a los 7 y a los 13 meses de edad; exéresis del canal, sin enterectomía curación; en 1 no se aceptó la operación inmediata.

II. — Hernias del divertículo (Littre): 1 caso de 10 días de edad, hernia umbilical con divertículo adherido por su extremidad distal a la cicatriz umbilical; operado con el Dr. W. Suiffet; curación.

III. — Vientres agudos diverticulares: 5 casos; 3 diverticulitis, 1 invaginación y 1 oclusión. 4 curaron y uno falleció.

IV. — Enterorragias por úlceras meckelianas: 2 casos: 1 operado con peritonitis por perforación (no habían aceptado la intervención propuesta, al consultar un

año antes, por melenas a repetición); curación; 1 operado, por melenas desde 8 meses antes; exéresis del divertículo, curación.

### Resumen

Se hace una breve revisión histórica del tema, estudiándose luego, brevemente, la histología para abordar por último los accidentes umbilicales y abdominales determinados por el divertículo de Meckel, que son descritos someramente.

La estadística personal del A. arroja los siguientes resultados:

I. Con canal totalmente permeable: 3 casos, de los que 2 operados con éxito, a los 7 y 13 meses de edad, haciéndose exéresis del canal, sin enterectomía, obteniéndose la curación; en otro caso no fué aceptada la intervención quirúrgica propuesta, ignorándose la evolución final.

II. Hernias del divertículo: 1 caso de 10 días de edad, umbilical, divertículo adherido por su extremidad distal a la cicatriz umbilical; operación y curación.

III. Enterorragias por úlceras del divertículo: 2 casos; 1 con peritonitis por perforación, operado (la intervención propuesta un año antes, por presentar melenas repetidas, no había sido aceptada); curación; 1, operado a causa de melenas desde 8 meses antes; exéresis del divertículo, curación.

### Summary

#### *Diseases of Meckel's diverticulum in Pediatrics*

A brief historical review of the subject is made, studying later, briefly the histology to arrive at last at the accidents of the umbilicus and the abdomen determined by the diverticulum of Meckel, which are described concisely.

The personal statistics of the author give the following results:

I. Totally patent canal: 3 cases, out of which 2 were operated successfully at the age of 7 and 13 months, with extirpation of the canal, without enterectomy, obtaining recovery; in the other case the surgical treatment was not accepted, and the final course is not known.

II. Hernia of the diverticulum: 1 10-day old case, umbilical, diverticulum attached by its distal extremity to the umbilical scar; operation and recovery.

III. Intestinal hemorrhages by ulcer of the diverticulum: 2 cases, 1 with peritonitis by perforation, operated (the operation proposed one year before, because of repeated hemorrhages, had not been accepted); recovery; 1 operated because of melenas since 8 months; extirpation of the diverticulum, recovery.

# PROTAMINAL

(Alimentación desintoxicante y plástica)

700'28 CALORÍAS GRANDES POR 100 C. C.

INFECCIONES, INSUFICIENCIAS HEPÁTICAS Y RENALES, DESNUTRIDOS, EMBARAZO, CONVALECIENTES Y POST-OPERADOS

LABORATORIO ELES, S. A.

BARCELONA (España)