

*PATOLOGIA DEL DIVERTICULO DE MECKEL  
EN CLINICA PEDIATRICA (\*)*

*Prof Agdo. Alfredo Rodriguez Castro*

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 2ª y 3ª 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 Meckel.

*Embriología.* — La vesícula umbilical es una formación puramente transitoria. De gran tamaño en la 1ª 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.

---

(\*) Este trabajo fué presentado en la sesión del 6 de noviembre de 1946.

El canal vitelino, une primeramente la vesícula al vértice del asa intestinal primitiva. Cuando aquella se aleja, atrofiándose, se estira, involucionando a su vez para quedar, al organizarse el ombligo, reducido a un cordón, que luego ha de desaparecer con sus vasos, entre el 3º y 4º 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 presentan persistencia del canal vitelino. En un individuo sobre 60 se encuentra el divertículo, implantado en la última porción del íleon, entre unos centímetros a 1 metro del ciego, como cifras extremas se conocen 3 cts. (Werlmer) y 2 mts. 30 (Keefe).

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

**A. Involuciones incompletas.**

<b>I</b>	
Persistencia de conexiones entre intestino y ombligo.	1º conducto totalmente permeable 2º conducto fijado o cordón fibroso 3º vasos vitelianos.
<b>II</b>	
Persistencia sólo de la porción intestinal.	1º Divertículo de Meckel      libre 2º Entero-quistomas      fijo
<b>III</b>	
Persistencia sólo de la porción umbilical.	1º Quistes umbilicales. 2º Tumores residuales.

**B. Involuciones excesivas:**

- 1º Estenosis simple del íleon.
- 2º 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 Meckel a la del apéndice cecal. Hoy sabemos que si las manifestaciones clínicas inflamatorias de ambos tienen muchos puntos de con-

tacto, en cambio su constitución anatómica e histología son completamente distintas. El divertículo es pobre en tejido linfoideo, 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.

## I

### Patología umbilical

En las maternidades es frecuente observar granulomas inflamatorios simples, en las onfalitis 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 sale 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 tratamiento por simple ligadura determinaría la muerte del niño.

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

En los 2 pacientes que hemos operado de 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, Dres. Bauzá y Lorenzo y Deal.

En un tercer enfermo de campaña, enviado por el Prof. Bonaba, de 7 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 permea-

bles, se observan en el recién nacido o en niños del 1er. año; la secreción es a veces serosa, a 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 fístulas 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 fístula, descartada la persistencia del uraco, no ofrece dificultades.

Sólo es aconsejable el tratamiento cruento, onfalectomía y exeresis 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 ansa prolapsada y muerte por oclusión.

Entre nosotros, el Prof. Turenne en 1906, publicó una interesante observación. Frente a otras manifestaciones umbilicales del 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, le es enteramente aplicable. Estos apéndices anormales, libres, flotantes, móviles en el inte-

rior del peritoneo, pueden herniarse fácilmente, sólo 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.

Piqué 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; recalando su mayor gravedad por la rápida difusión de los procesos inflamatorios diverticulares.

Todos los cirujanos de niños conocemos bien hoy las diverticulitis agudas. Cuadros de vientre agudo grave, operados muchos de ellos con el diagnóstico de apendicitis ilíacas, y en los que al encontrar en la intervención un apéndice sano, el cirujano, advertido por su conocimiento de la patología del 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 hoy de rutina la pesquisa del Meckel.

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 Pena, en 1911, publicó una completa monografía sobre el tema.

En 1942 los Dres. Sarroca y Mojoli, relato del Prof Prat, peritonitis aguda y oclusión por doble proceso apendicular y del divertículo.

### 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 5 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 auto-digestión y de úlcera péptica diverticular, llamando la atención sobre esta curiosa afección, se han encontrado en un gran número de divertículos, porciones de mucosa de tipo gástrico, y en partes islotes de tejido pancreático. En el 20 % de los divertículos pueden observarse estas curiosas ectopías tisulares, que la embriología moderna explica perfectamente.

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

El diagnóstico de la enfermedad ulcerosa, como el de las manifestaciones inflamatorias del 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 pesquisas radiográficas más cuidadosas, siempre negativos.

Periódicamente presentan, en la fosa iliaca derecha o hipogástrico, 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 de dolor violento en el bajo vientre y lipotimia, seguido de expulsión de sangre roja y coágulos por el ano, o de melena.

Las hemorragias varían en su 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 enterorragias, no permita aclarar la etiopatogenia, debe siempre plantearse el diagnóstico de probable úlcera péptica meckeliana y decidir el tratamiento cruento, imposterizable y de resultados excelentes.

No debe contemporizarse con tratamientos médicos, que atenuan el cuadro; pero 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 col., han publicado en Buenos Aires, 2 casos operados de enterorragias por divertículo, en las 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 Pereyra Rossell y 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, aún 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 operados con éxito; a los 7 y a los 13 meses de edad. Exeresis del canal sin enterectomía. Curación.

1 no aceptó la operación inmediata, regresando a la campaña.

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

1 oclusión

4 curaron: 1 falleció.

IV. — Enterorragias por úlceras meckelianas.

2 casos

1 operado con peritonitis por perforación. No había aceptado la intervención propuesta al consultar, 1 año antes, por melenas a repetición. Curación.

1 operado por melenas desde 8 meses antes. Exeresis del divertículo. Curación.