

OCCLUSION INTESTINAL POR DIVERTICULO DE MECKEL

Dr Juan Alberto Folle

INTRODUCCION

El diverticulo de Meckel (D.M.), en sus distintos aspectos morfológicos, puede ser responsable directo de cuadros abdominales de variada expresión clínica: diverticulitis simple o con participación peritoneal, hemorragia digestiva por úlcera meckeliana, invaginación diverticular e íleo-ileal, y oclusión intestinal, que sería el hecho patológico más frecuente, producido por variados mecanismos patogénicos.

La finalidad de la presente comunicación es la presentación de una pequeña serie de seis casos de oclusión aguda de intestino delgado provocadas por el D.M. actuando según distintas modalidades como agente oclusivo. Los seis casos, pertenecientes a distintos cirujanos (como se detalla más adelante), fueron estudiados de acuerdo con las directivas clínico-radiológicas actuales, intervenidos en el momento oportuno y seguidos según las normas modernas del pre y post-operatorio de los cuadros oclusivos. Todos los casos evolucionaron hacia la curación sin incidentes de importancia, lo que contrasta con las cifras de mortalidad que se registran en publicaciones relativamente recientes. La conducta fué ecléctica, ajustada al balance lesional y excepto en un caso (Observación VI) no fué necesario practicar resecciones de intestino ni operaciones de derivación.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica C. de la Facultad de Medicina Profesor Dr. Pedro Larghero Ybarz. Hospital Pasteur, Larravide s/n. Montevideo, Uruguay.

HISTORIA Y RESEÑA BIBLIOGRAFICA

Observado por Ruysch y por Morgagni, descrito e interpretado de acuerdo con la embriología por Meckel en 1809, los primeros hechos patológicos relacionados con su presencia fueron aportados por Littre y Mery que en 1700 y en 1701 señalaron la presencia del D. M. en el contenido de sacos herniarios.

Amyand (2) le corresponde la primera observación de oclusión intestinal en 1744: en la autopsia de un niño de 10 años fallecido con cuadro abdominal agudo de 3 días de evolución encuentra una oclusión por D.M.

Luego desde 1835 a 1900 se suceden los casos de Falck, Van Daeveren, Duvignan y más tarde las tesis de Parise y de Cazin. Bérard y Delore (5) presentan en 1899 un estudio fundamental basado en 75 observaciones.

Forgue y Riche (17) cristalizan en su exhaustiva monografía de 1907 todos los conocimientos de la patología diverticular de la época; establecen el esquema clásico considerando las anomalías por involución incompleta y por involución excesiva y refiriéndose a la oclusión reúnen 287 observaciones, de las cuales 33 invaginaciones y 21 vólvulos. En una revisión reciente Ladd y Gross (22) en un total de 73 casos de patología diverticular en la infancia, presentan 34 casos de oclusión intestinal (17 invaginaciones, 6 por brida al ombligo y 1 por vólvulo e infarto del D. M.), el 45 % se presenta en los 2 primeros años y el 70 % en varones

En el ambiente nacional hemos registrado las siguientes observaciones que resumimos a continuación.

Lamas (24) publica el primer caso en un hombre de 30 años, diagnosticado en la intervención: se trataba de un cuadro oclusivo de 4 días de evolución, cuya causa era un D.M. que rodeaba en forma de anillo al intestino, pero causando una constricción suave que el autor compara a la que podría ejercer una sonda Nelaton; no había lesión parietal. La liberación y resección del D.M. pareció hacer cesar la oclusión, pero se instalaron diarreas profusas con muerte al 7º día.

Pena (42) analiza de manera detallada la patología oclusiva del D. M. en relación con una observación de invaginación intestinal ileo-ileal por D. M. en un niño de 8 años, en el cual el grado avanzado de las lesiones intestinales obligó a la resección, con evolución fatal.

Pérez Fontana (33) presenta la siguiente observación: opera a un joven de 18 años, con cuadro de oclusión alta de 36 horas, encontrando en la intervención una brida originada en un D.M. que, fijándose en la cara derecha del mesenterio formaba un anillo donde se había introducido el ansa ileal subyacente: "el D.M. no tomaba parte activa en la oclusión, sino que era víctima de ella". Se practicó resección de la brida y del divertículo, evolucionando el paciente con cuadros oclusivos recurrentes hasta la mejoría. El autor compara su observación a las de Greenhow y de Bérard y Delore. En la discusión de su trabajo en la Sociedad de Cirugía (sesión del 1º setiembre 1924) y a solicitud del Dr. Alfonso Lamas, refieren sus observaciones: Campisteguy y Naric, Barcia y Pou Orfila, y Ruvertoni y Gaminara.

Barcia (4) señala un caso muy interesante porque el estudio radiológico permitió la presunción diagnóstica. Se trataba de un enfermo operado por una apendicitis aguda, que siguió con dolores abdominales de intensidad creciente; el estudio radiológico del tránsito mostró un gran retardo, con muy poco pasaje a las 48 horas al colon y con falta de visualización del sector distal del ileon: se planteó oclusión por D.M. o por adherencia post-operatoria y en la intervención se encontró el D.M. arrollado alrededor de un ansa ileal y responsable de la oclusión.

Pérez Fontana (32) presenta posteriormente otra observación, con idéntica patogenia, pero en una etapa más avanzada: se trataba de un joven de 16 años que es intervenido con diagnóstico de peritonitis de origen apendicular, con evolución de 24 horas. La laparotomía demuestra exudado serohemático difuso y la existencia de una brida que partiendo de la base del D.M. se inserta sobre la hoja derecha del mesenterio: en el anillo así formado se ha introducido un ansa ileal y el propio D.M., presentando ambas coloración vinosa muy acentuada y aspecto de hoja muerta en placas diseminadas. Dado lo avanzado de las lesiones se reseca la brida y se practica diverticulostomía; la evolución fué buena y a los 46 días se cierra la diverticulostomía. Existiría según el autor una sola observación con sobrevivida luego de la derivación a través del divertículo: la de Fawcsett y Jowers (16) en una niña de 11 años, con oclusión de tres días y en la cual la derivación se cerró a las 24 horas.

Prat (36) en su libro sobre "Ileo" estudia de manera detallada la oclusión por D.M. y refiere cinco casos inéditos que corres-

ponden a Nieto y Prat, Campisteguy y Nario, Iraola, Leone Bloise y Ruverton y Gaminara, el primero y el último de los cuales ya habían sido relatados en la mencionada Sesión de la Sociedad de Cirugía del 1º de setiembre 1924.

Rodríguez Castro (43, 44) en una estadística personal de 11 casos de patología diverticular presenta 2 observaciones de oclusión e invaginación respectivamente.

Suiffet (45) relata una oclusión de causa diverticular en un joven de 15 años y en la cual el D. M. actuaba como brida comprimiendo un ansa y determinando además un estrangulamiento interno a nivel del anillo por él limitado; el enfermo curó por la simple liberación.

Del Campo y Cassinelli (10) publican un caso de invaginación intestinal en un niño de 23 meses producida por un D.M. invaginado sobre si mismo y luego en el ileon; en dicho caso se señala por primera vez en nuestro medio la heterotopía pancreática diverticular, representada por los elementos del páncreas exocrino, con ausencia de los islotes de Langerhans. Casos de invaginación intestinal por D.M. habían sido narrados previamente por Leone Bloise y Del Campo.

Cassinelli (7) analiza distintos aspectos de la patología del D.M., señalando la importancia de la heterotopía pancreática, así como sus modalidades histológicas y su relación con los llamados "adenomiomas".

Anavitarte (3) luego de sintetizar el estado actual del conocimiento patológico y radiológico sobre el tema, presenta una observación de oclusión por invaginación de D.M. en un conjunto de cinco casos de patología diverticular; señala la existencia de casos inéditos del Servicio de Cirugía Infantil del Hospital Peyer Rossell y de J. P. Otero, y destaca la contribución de A. Rodríguez Castro al tema.

Folco Rosa y Folle (37) presentan un caso de invaginación ileo-ileal con divertículo incluido, pero no responsable de la invaginación y con heterotopía pancreática parcial, tratado por resección intestinal con resultado favorable y que englobamos en la presente serie.

En la literatura argentina existen numerosas comunicaciones al respecto: citaremos al pasar los trabajos de Buzzi, Pasman y Merlo (29), Díaz Bobillo (12, 13), etc.

ETIOPATOGENIA

La frecuencia de la afección debe considerarse en términos absolutos y en relación con las otras causas de oclusión. La frecuencia absoluta es difícil de precisar pues no hemos hallado estadísticas modernas de recopilación: hasta 1907 se habían publicado 287 observaciones. La frecuencia relativa es de 4 a 6 % dentro de todas las oclusiones agudas. Dentro de la patología diverticular es la entidad más frecuente: según Wellington en 324 observaciones patológicas de D.M. existían 203 oclusiones, según Melletti en 140 observaciones, 65 eran de oclusión. Ladd y Gross (22) en 73 casos de patología diverticular tienen 37 oclusiones.

En la estadística sobre oclusión intestinal presentada al V Congreso Uruguayo de Cirugía por Fossatti y Gregorio encuentran en 133 casos de oclusión, 6 debidos a D.M. con un porcentaje de 4,5 %.

La edad de presentación. — Es clásico considerarla como una afección del niño y adulto joven: sin embargo puede presentarse a cualquier edad. Su máximo de frecuencia es entre los 15 y 25 años (Forgue y Riche), pero en nuestra serie se encuentran las siguientes edades: 7 años, 8 a., 17 a., 44 a., 75 a., 83 a.

El sexo muestra un neto predominio sobre el masculino, reflejo de la mayor frecuencia del D. M. en el varón; Bérard y Delore (5) en 75 observaciones: 66 varones y 9 mujeres. Halstead (20) de 60 observaciones: 44 varones y 16 mujeres. Forgue y Riche (17) de 260 observaciones: 214 varones y 46 mujeres; en nuestra serie: 4 varones y 2 mujeres.

Las condiciones determinantes de la instalación de un cuadro oclusivo en esta malformación congénita han sido muy discutidas, pero puede admitirse que desempeñan un papel: 1º) el aumento brusco del contenido intestinal por exceso alimenticio, gran ingestión de líquidos, etc.; 2º) la exageración del peristaltismo intestinal; 3º) la diverticulitis previa, que actuaría creando bridas o adherencias inflamatorias, responsables directas de la oclusión; 4º) las bridas congénitas asociadas al D.M. por persistencia de los vasos ónfalo-mesentéricos, permeables u obturados y que serían el agente directo: se conocen casos de persistencia aislada de dichos restos con oclusión aguda y su importancia ha sido señalada por Manning y McLaughlin (26) y por Tallarigo (38).

Los **mecanismos patogénicos** por los cuales se produce la oclusión mecánica (dejamos de lado el ileo paralítico que puede acompañar a la diverticulitis) han sido objeto de varias clasificaciones de complejidad creciente (clasificaciones de Blanc, de Bérard y Delore, de Halstead, de Hilgenreiner, que admite 10 formas con subtipos, de Forgue y Riche). Nosotros presentaremos el esquema de Bérard y Delore (5) con algunas modificaciones, pues creemos que es el que objetiva mejor los hallazgos operatorios.

Oclusión con D.M. libre (menos frecuente)	1) Invaginación	{ diverticular ileo-ileal ileo-cólica
	2) Nudo diverticular	{ simple doble
	3) Vólvulo	{ divertículo aislado con participación intestino - me- sentérica
	4) Acodadura de ansa	
	5) Torsión longitudinal del intestino	
Oclusión con D.M. fijo (más frecuente: la fijación puede ser congénita o ad- quirida)	1) Tracción directa y angulación del ansa	
	2) Compresión por brida	
	3) Vólvulo intestino-mesentérico	
	4) Anillo diverticular: estrangulamiento interno	

Anatomía Patológica

Analizados previamente los hallazgos morbosos que explican la oclusión, debemos indicar cuál es el **balance lesional** que puede presentar la oclusión por D.M., que es muy variable por esencia y que siguiendo a Guilleminet (18) dividiremos en: a) el **divertículo**, que puede estar sano, presentar signos de inflamación antigua o presentar inflamación aguda, de grado leve, mediano o grave (gangrena o perforación); b) el **ansa portadora del D.M.**, que puede estar sana y no participar en la oclusión, lo cual facilita la diverticulectomía o que puede estar enferma, por participar

directamente en la oclusión o porque participa por extensión directa en los trastornos inflamatorios o vasculares del D.M.; c) el **ansa ocluída**, cuando se halla alejada del D.M. y cuyas lesiones son las conocidas clásicamente; d) el **grado de participación peritoneal**. Estos elementos pueden tomarse aisladamente o en conjunto, siendo en este caso máximas las dificultades operatorias.

El ansa portadora del D.M. puede presentar estenosis crónica, ya sea por extensión del proceso de involución o por empujes de diverticulitis anteriores y esta estrechez desempeña un papel no despreciable tanto en el cuadro agudo, como en la explicación de los antecedentes o en las posibles complicaciones post-operatorias.

Cuadro Clínico

Se presenta con los caracteres de un cuadro oclusivo de intestino delgado de instalación aguda, marcha rápida y terminación fatal si la intervención no es indicada o lo es tardíamente. Existen algunos elementos para pensar en la patogenia diverticular: 1º) la ausencia de intervenciones anteriores, que hace descartar la oclusión por brida postoperatoria; 2º) la existencia de trastornos intestinales previos (dolores cólicos, constipación, episodios suboclusivos que constituyen "los pequeños accidentes del divertículo fijado" de Forgue y Riche; o aún oclusión crónica con los caracteres del síndrome de Koenig); 3º) la existencia de alteraciones del ombligo (secreciones, tumoraciones, etc.); 4º) la existencia de otras malformaciones congénitas; 5º) la tendencia inconstante del dolor a localizarse en la región paraumbilical, en la vecindad de la fosa iliaca derecha; 6º) la edad juvenil, que no tiene más que un valor presuntivo y no descarta de manera alguna en el viejo el origen diverticular de una oclusión (Obs. IV, de 83 años y Obs. III, de 75; observación de Lally y Bourke (23) a los 68 años); 7º) los síntomas propios de la invaginación permiten afirmarla, pero no plantear su etiología por D.M., excepto que se demuestre la localización ileo-ileal, en cuyo caso el D.M. interviene con cierta frecuencia.

Los exámenes de laboratorio muestran los cambios humorales característicos de la oclusión de delgado.

El **examen radiológico** debe hacerse en placa simple (posición erecta y decúbito) y en caso de duda practicar el colon por enema (frente y perfil). Lo habitual es la ausencia de gases en el

colon, y la presencia de gases y niveles en ansas delgadas yeyunoileales. En algún caso excepcional, y en cuadros oclusivos de evolución subaguda, se ha podido presumir la etiología diverticular al practicarse el estudio del tránsito por ingestión de sustancia opaca, como en la observación de Barcia y Pou Orfila (4) en la cual la sustancia opaca se detenía durante 48 horas en las últimas ansas ileales o como en la observación de extraordinario interés de Marshak (27) en la cual el D.M. de tamaño gigante, causaba una oclusión crónica del delgado con empujes agudos, de 18 años de evolución y el estudio radiológico por ingestión objetivó una gran dilatación del ileon y la presencia de un gran D.M. piriforme alojado en la pelvis y relleno de sustancia opaca.

A continuación relataremos de manera resumida las seis observaciones que motivan esta comunicación: dos de ellas pertenecen a la Clínica Quirúrgica C (Prof. P. Larghero Ybarz), habiendo sido una de ellas (Obs. II) estudiada en su primera etapa en la Clínica Médica del Prof. F. Herrera Ramos por el Dr. B. Urioste (hijo), dos de ellas pertenecen a la Clínica privada del Prof. P. Larghero, una pertenece al Dr. Juan A. Paperán y la última fué intervenida por el Dr. Folco Rosa en su turno de Cirugía Infantil de Urgencia y presentada conjuntamente con el autor a la Sociedad de Pediatría del Uruguay, el 8 octubre 1953; un resumen de este caso se halla incluido en la serie de invaginación intestinal presentada por Curbelo Urroz (9).

A todas las personas que con generosidad nos han permitido analizar este rico material les expresamos nuestro profundo agradecimiento.

OBSERVACION I

J. M., 17 años. Sexo masculino. Historia Clínica Nº 11.115. — Servicio del Prof. P. Larghero, Hospital Pasteur. — Ingreso: 22 julio 1953. Alta: 4 agosto 1953.

Motivo de ingreso. — Dolores abdominales cólicos, vómitos, detención del tránsito intestinal, distensión abdominal.

Anamnesis. — Comienza hace 8 días con dolores de tipo cólico, localizados inicialmente al epigastrio, que luego invaden el flanco derecho, acompañados de vómitos de alimentos, luego biliosos y más adelante malolientes, sin carácter fecaloideo franco. Constipación de materias desde el comienzo, con emisión de algunos gases. Hoy se agrega distensión abdominal, por lo cual ingresa. No ha tenido fiebre ni síndrome infeccioso.

Antecedentes. — Hace 6 años: dolores abdominales de tipo cólico y constipación, curando espontáneamente. No ha tenido otros episodios.

Examen. — Mal estado general, enfriamiento periférico. Temperatura axilar 36°5, rectal 36°8. Pulso de 72 por minuto, rítmico y tenso. Presión arterial 14/7. Lengua húmeda, saburral, halitosis. Abdomen: distensión abdominal a predominio periumbilical, con relieve de ansas distendidas, sin reptación. Movilidad respiratoria conservada. Pared deprimible, sin dolor a la palpación. A la auscultación, ruidos hidroaéreos. Tacto rectal: Douglas abombado, poco doloroso, impresiona como ocupado por ansas delgadas distendidas, que se desplazan a la presión. Ombligo de aspecto normal. Resto del examen sin particularidades.

Impresión clínica. Oclusión de intestino delgado, por apendicitis o por divertículo de Meckel. Como tercera posibilidad se plantea la oclusión por peritonitis tuberculosa.

Exámenes de laboratorio. Orina: densidad 1023; reacción acetona: positiva débil; cloruria: 0g.468. Leucocitosis: 7.500.

Exámenes radiológicos. — Abdomen (de pie y acostado): gases y niveles en intestino delgado. (Fig. 1).

Intervención (22 julio 1953). A las 6 horas del ingreso. Dr. J. A. Folle. Ayudante: Dr. A. Fernández Chapella, Dr. R. Rubio, Pte. Araújo. Anestesia raquídea, completada con éter. Incisión de Jalaguier. Abierto el peritoneo sale muy escasa cantidad de líquido claro. Ciego y últimas ansas ileales aplastadas; el resto de las ansas yeyuno-ileales muy dilatadas. Divertículo de Meckel implantado a 60 cms. de la válvula ileocecal, de 10 cms. de longitud, con base de implantación amplia, cuyo extremo se inserta en la cara interna del ombligo al lado del cordón formado por las arterias umbilicales y el uraco; no hay signos de diverticulitis aguda. Al lado del divertículo corre una brida cordoniforme que va desde la región umbilical a la cara izquierda del mesenterio y que correspondería al meso del divertículo en involución. A ambos lados de la inserción del divertículo existe un proceso retráctil crónico que angula y estenosa la luz del intestino. Además tomando como eje el divertículo

se ha producido un vólvulo incompleto que termina de obliterar la luz intestinal, aunque sin comprometer su vascularización. (Fig. 3). No hay lesiones cecoapendiculares. Se practica: liberación del divertículo con resección parcial, corrección del vólvulo y liberación de las bridas peridiverticulares, terminando esto último con la oclusión, pues se rellenan rápidamente las ansas ileales. Sutura del extremo proximal del divertículo en guarda griega y dos jaretas invaginantes de algodón. No se practica resección total, dado que la amplia base de implantación obligaría a una sutura estenosante. Cierre parietal por planos.

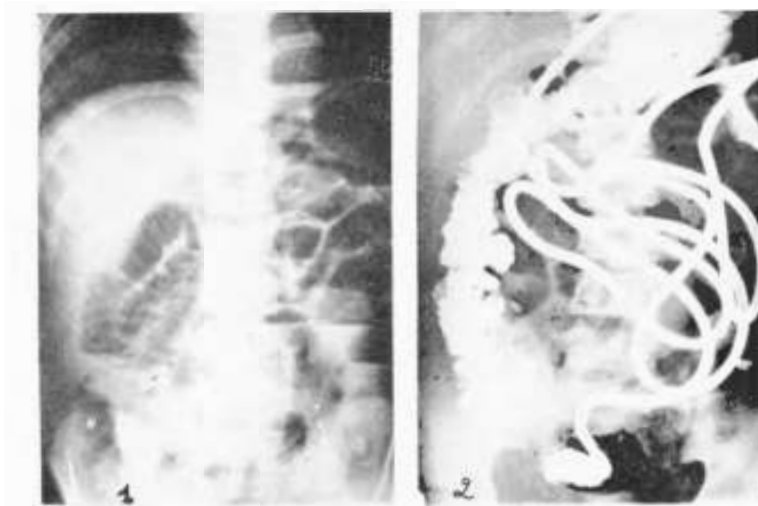
Evolución. — Al día siguiente, la placa muestra disminución de los niveles yeyuno-ileales y gases en el colon. A los 3 días se practica inyección de bario por la sonda de Cantor, comprobándose pasaje fácil al colon a las pocas horas, por lo cual se retira (Fig. 2). Los cloruros en orina se normalizan al 7º día. El tránsito intestinal se normalizó al 4º día. Alta a los 12 días del ingreso. Se indica practicar estudio radiológico por ingestión a los efectos del tránsito y del segmento proximal del D.M.; de acuerdo con la evolución se indicará su resección.

Anatomía patológica. — Laboratorio de Patología Nº 20085.

Examen macroscópico. — A) Formación diverticular de forma cónica, que mide 3 cms. de altura por 3 cms. de diámetro a nivel de la base: la superficie externa de los 2/3 distales es algo irregular y depulida, presentando una ligadura de catgut en el extremo; el 1/3 proximal está revestido por serosa. La sección muestra una luz bastante estrecha, limitada por mucosa de tipo intestinal. B) Cordón fibrovascular incurvado, de 4 cms. de longitud por 4 mms. de diámetro, revestido por serosa, de consistencia firme y con algunos elementos vasculares en la superficie de sección. (Fig. 4).

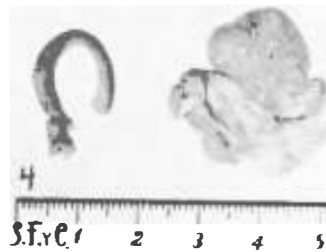
Examen microscópico. — A) Divertículo revestido por mucosa ileal sin mayores alteraciones; no se hallaron ulceraciones ni heterotopias tisulares. B) Cordón fibroso con algunos elementos vasculares arteriales y venosos, de luz estrecha u obliterada.

EN SUMA: Joven de 17 años. Antecedentes de dolores cólicos y constipación hace 6 años. Cuadro oclusivo de instalación lenta de 8 días de evolución. Radiología: dilatación gaseosa con múltiples niveles en ansas delgadas. Intervención (Jalaguier-raquianestesia): oclusión por D.M. y brida onfalomesentérica, con angulación, estenosis y vólvulo inicial del ansa meckeliana. Diverticulectomía parcial y resección de brida. Curación con alta a los 12 días.



ESQUEMA DEL HALLAZGO OPERATORIO

Observación · I - J.M. H.C. N° 44445



- Fig. 1.** Obs. I - Radiografía de abdomen en posición erecta: numerosos niveles y dilatación de ansas delgadas.
- Fig. 2.** Obs. I - Control de sonda de Cantor (previa inyección de bario) a las 72 horas de la intervención
- Fig. 3.** Obs. I - 1) divertículo; 2) brida fibrovascular 3) mesenteritis retráctil 4) ileon estenosado parcialmente
- Fig. 4.** Obs. I - Divertículo extremo distal rosado y cordón fibrovascular

OBSERVACION II

F. C., 44 años. Sexo masculino. Historia clínica Nº 11.279. Hospital Pasteur. — Ingreso 18/IX 53. Alta 27 X/53. Enfermo visto en consulta en Sala 9, Servicio del Prof. Fernando Herrera Ramos, conjuntamente con el Dr. T. Chiara, por cuadro oclusivo intestinal agudo.

Anamnesis. — Hace un mes, ingresa en Sala 9 por cuadro suboclusivo intermitente, con distensión abdominal, dolores cólicos periumbilicales, ruidos hidroaéreos, vómitos escasos y constipación de dos o tres días, calmando sus molestias con la movilización del intestino. El cuadro configura el tipo de síndrome de Koenig. Adelgazamiento de 6 a 8 kilos.

Antecedentes. — Importantes: cuadro doloroso abdominal con cólicos y diarreas hace 20 años, que se repite hace 2 años. Desde hace unos meses diarreas persistentes con dolores y tenesmo, tratado en Policlínica Gastroenterológica con diagnóstico de rectocolitis. Además: neumopatías agudas a repetición, bilaterales, que han motivado 5 ó 6 ingresos.

Examen. — Mal estado general, deshidratación intensa, desnutrición, tinte subictérico. Distensión abdominal a predominio en región periumbilical y en abdomen inferior. No se comprueba reptación. Hígado agrandado, blando e indoloro, con borde inferior a dos traveses de dedo del reborde. Percusión: timpanismo generalizado. Tacto rectal: estenosis de consistencia elástica de la parte alta de ampolla.

Aparato respiratorio: respiración soplante en vértice derecho, numerosos ruidos sobreagregados de tipo estertor crepitante y subcrepitante en ambas bases.

Impresión clínica. — Oclusión intestinal aguda del intestino delgado precedida por cuadro suboclusivo intermitente.

Etiología probable: enteritis bacilar o por adherencias neoplásicas. Síndrome broncorreico: tuberculosis o supuración broncopulmonar inespecífica.

Exámenes de laboratorio. — Urea: 0.35. Orina: densidad 1023, acetona positiva intensa, trazas de glucosa. Urea: 18 g. o/oo. Sedimento sin particularidades. Cloruria inicial: 5.85. Hematocrito: 44 %. Proteinemia: 4.76 %. Baciloscopia negativa. Abundantes neumococos en la expectoración. Glóbulos rojos 3.900.000. Hb. 76 %. V. Gl. 0.97. Glóbulos blancos 7.400. Coproparasitario: quistes de amibas histolíticas.

Exámenes radiológicos. — Abdomen: gran dilatación con múltiples niveles en arsas delgadas. (Figs. 5-6). Colon por enema: sin particularidades.

Evolución. — Dado el mal estado general y la sintomatología broncopulmonar se trata inicialmente con intubación con sonda de Cantor, plasma suero glucofisiológico, antibióticos por vía parenteral y en nebulizaciones, etc. Mejora algo el cuadro oclusivo, movilizándose el intestino, pero luego se reagrava por lo cual se interviene.

Intervención (24 setiembre 1953). — Prof. Larghero. Dres. Chiara y Folle. Anestesia locoregional por infiltración de novocaina al 1/2 % con

excelente resultado. Incisión de Jalaguier. Intestino delgado dilatado enhebrado en la sonda de Cantor: la causa de la oclusión es un D.M. piriforme, de ancha base de implantación, cuyo meso presenta una brida fibrovascular firme que estenosa la luz del ileon notablemente, presentando por encima una dilatación sacciforme. (Fig. 7). Diverticulectomía con sutura en guarda griega e invaginación. Resección de la brida.

Evolución postoperatoria. — Mejoría del cuadro oclusivo, persiste el síndrome broncorreico que obedece a bronquiectasias difusas como luego lo demuestra la broncografía. Pasa a Policlínica para tratamiento antimibiano y nebulizaciones.

Anatomía patológica. — Laboratorio de Patología N° 20218.

Examen macroscópico. — Formación diverticular bastante voluminosa, piriforme, de cuello amplio. Sus dimensiones son: longitud: 6.5 cms., ancho: 2.5 cms. y espesor: 1.8 cms.; el cuello es circular y mide 2.5 cms. de diámetro.

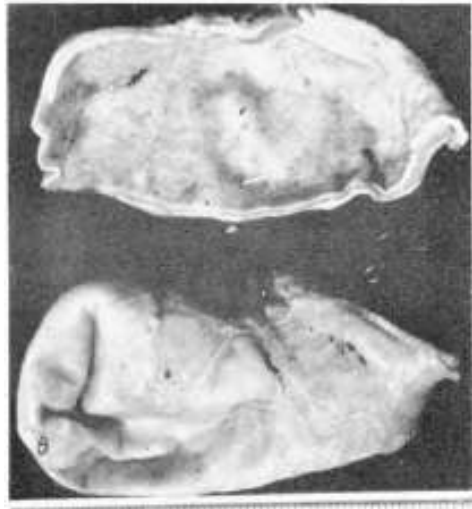
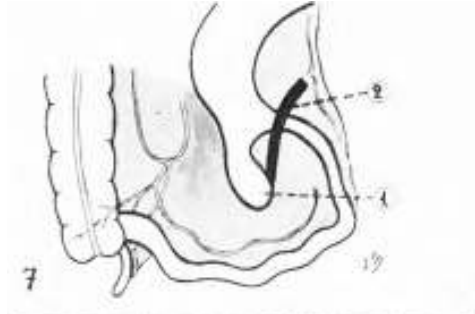
La superficie exterior es lisa, revestida por serosa; la superficie interna, revestida por mucosa, es lisa, sin pliegues, con aspecto finamente mamelonado y pequeñas sufusiones hemorrágicas; la pared es delgada, de 3 mms. de espesor. (Fig. 8).

Examen microscópico. — Pared diverticular revestida por mucosa entérica de tipo ileal, atrófica, sin pliegues y con vellosidades muy poco prominentes; a nivel del corion existe un proceso infiltrativo parvicelular bastante acentuado. No se observan ulceraciones ni heterotopias.

EN SUMA: hombre de 44 años. Antecedentes de dolores cólicos y diarreas desde hace 20 años, luego rectocolitis y desde hace un mes síndrome de Koenig, que luego se convierte en cuadro oclusivo total. Radiografía: gran dilatación y múltiples niveles en ansas delgadas. Mejoría inicial con la decompresión intestinal. Intervención: oclusión crónica agudizada del ileon por D.M. y brida, con gran dilatación por encima. Diverticulectomía y resección de brida. Mejoría notable del cuadro oclusivo. Persistencia de la broncorrea y la rectocolitis.

ESQUEMA DEL HALLAZGO OPERATORIO

Observación : II. - F.C. H.C. Nº 11279.



S.F.C. /

3 4 5 6

- Fig. 5.** ●bs. II. - Radiografía de abdomen en posición erecta: múltiples niveles en ansas delgadas con gran dilatación: ausencia de gases en el colon.
- Fig. 6.** Obs. II. - Radiografía de abdomen en decúbito dorsal: enorme dilatación de ansas delgadas: ausencia de gases en el colon.
- Fig. 7.** Obs. II. 1) divertículo piriforme; 2) brida fibrovascular estenosante.
- Fig. 8.** Obs. II. Divertículo piriforme resecaado.

OBSERVACION III

G. B., 75 años. Sexo masculino. Clínica privada Prof. Larghero. Historia clínica N° 2863. Ingreso: 3 noviembre 1949. Alta: 11 noviembre 1949. Motivo de ingreso: cuadro de oclusión intestinal datando de 24 horas

Anamnesis. — Comienza hace 24 horas, después de una comida habitual con dolores abdominales violentos, epigástricos y periumbilicales, de tipo cólico, acompañados de vómitos de alimentos y luego biliosos. Los vómitos no fueron profusos, pero se repetían ante la tentativa de cualquier ingestión de líquido. Los dolores continuaron hasta el momento actual con exacerbaciones periódicas, pero sin alcanzar en ningún momento una violencia inaudita. Constipación absoluta.

Se practicó enema sin resultado. En las últimas horas los vómitos se han hecho fecaloideos.

Antecedentes. — En algunas ocasiones ha tenido episodios dolorosos de bajo vientre, de unos cinco minutos de duración que calmaban espontáneamente y a los que no prestó ninguna importancia.

Examen. — Deshidratación moderada, lengua húmeda. Pulso de 90/m. Presión arterial Mx: 16, Mn: 9. Apirético. Abdomen: balonamiento de tipo oclusión de delgado, con flancos chatos. Movimientos de reptación visibles coincidiendo con los dolores y aumento de la tensión del vientre en esos momentos. Dolor a la presión sobre cuadrante derecho inferior, un poco alto. No hay contractura. Tacto rectal: negativo. Orificios herniarios: sin particularidad.

Impresión clínica. Oclusión de delgado de causa desconocida.

Exámenes de laboratorio. Cloruros en orina: 1,19. Hematocrito: 45 %. Proteinemia: 7,3 %.

Exámenes radiológicos. — Abdomen: oclusión de delgado con escasos niveles y ansas dilatadas situadas en la parte alta e izquierda del vientre; parte inferior del abdomen totalmente opaca. (Figs. 9-10). Colon por enema: no hay obstáculo. válvula continente.

Intervención (3 noviembre 1949). Prof. Larghero, Dres. Chiara y Vázquez. Raquiánestesia. Incisión de Jalaguier. Oclusión de delgado por D.M., cuya punta adhiere y comprime el ileon a unos 20 cms. de la válvula ileo-cecal. A nivel de la base el ileon está angulado, lo cual es un nuevo factor de oclusión (Fig. 11). Diverticulectomía. Cierre por planos.

Evolución postoperatoria. Excelente, alta a los 8 días.

Anatomía patológica. — Laboratorio de Patología N° 17240.

Examen macroscópico. Divertículo de 3,5 cms. de longitud por 2,8 cms. de ancho, ligeramente incurvado. La superficie exterior es lisa, revestida por serosa. La superficie interna presenta pliegues transversales en su mitad proximal, mientras que en la distal es lisa, adelgazándose a ese nivel el espesor parietal (Fig. 12).

Examen microscópico. Pared diverticular revestida por mucosa de tipo ileal, con pliegues y vellosidades en su sector proximal que se atenúan hacia la punta. No se observan ulceraciones ni heterotopias

EN SUMA: hombre de 75 años. Antecedentes de cuadros dolorosos vagos de bajo vientre. Cuadro oclusivo de 24 horas de evolución.

Radiología: oclusión de delgado, colon por enema normal.

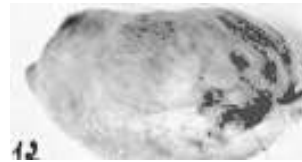
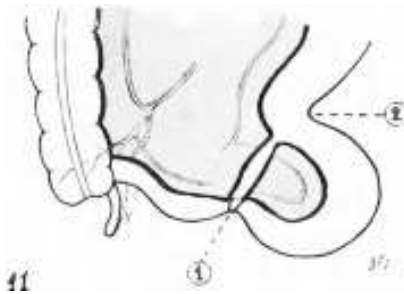
Intervención: D.M. que actúa como brida, adhiriendo por su punta al ileon terminal y acodándolo a nivel de su base.

Diverticulectomía. Curación.



ESQUEMA DEL HALLAZGO OPERATORIO

Observación III - G.B. H.C. Nº 2863



- Fig. 9. Obs. III. - Radiografía de abdomen en decúbito dorsal: dilatación de ansas delgadas, ausencia de gases en el colon.
 Fig. 10. - Obs. III. - Radiografía de abdomen en posición erecta: múltiples niveles en ansas delgadas que predominan hacia arriba e izquierda.
 Fig. 11. Obs. III. - 1) divertículo cuyo extremo actúa como brida estenosando el ileon distal; 2) angulación del ileon a nivel de la base del divertículo.
 Fig. 12. Obs. III. - Divertículo resecado.

OBSERVACION IV

M. A. C. Sexo femenino. 83 años. Clínica privada Prof. Larghero. Ingresar por cuadro oclusivo.

Comienza hace 45 horas con vómitos, de alimentos, luego biliosos y porráceos, dolores de tipo cólico difuso, distensión abdominal progresiva y constipación absoluta.

Antecedentes. — Operada por hernia crural estrangulada.

Impresión clínica. Oclusión de delgado por bridas.

Intervención (Prof. Larghero). — Incisión mediana infraumbilical. Anestesia local. Oclusión de delgado por brida de D.M. Resección de brida. Diverticulectomía.

Evolución post-operatoria. — Inmediato bueno. Reingresa al mes del alta con cuadro oclusivo de delgado que se controla y cede con tratamiento médico. Luego evoluciona sin incidentes.

EN SUMA: mujer de 83 años. Antecedentes de hernia crural estrangulada. Cuadro oclusivo de 45 horas de evolución. Intervención: D.M. prolongado por brida. Resección de brida y diverticulectomía. Cuadro oclusivo al mes que cede con tratamiento médico. Curación.

OBSERVACION V

C. B. 7 años. Sexo masculino. Clínica privada Dr. Paperán.

Motivo de ingreso: por cuadro abdominal agudo.

Anamnesis. Comienza hace 20 horas con dolor abdominal difuso, diarreas, vómitos, notándolo los familiares pálido y ansioso. Visto por médico practicó una leucocitosis que arrojó 9 000 glóbulos blancos con clasificación normal.

Antecedentes de trastornos gastrointestinales con vómitos y diarreas.

Examen. Disneico, pálido. Abdomen balonado. No hay defensa. Tacto rectal: Douglas distendido, no doloroso.

Examen radiológico. — Niveles múltiples de delgado con vientre opaco (Fig. 13).

Intervención (Dr. Paperán). — Anestesia general. Incisión de Jalaguier. Líquido citrino abundante. Oclusión de delgado por D.M. que llega permeable hasta el ombligo y alrededor del cual se ha producido un vólvulo de delgado. Resección parcial del divertículo. (Fig. 14).

Evolución. Sin incidentes.

EN SUMA: niño de 7 años. Antecedentes de vómitos y diarreas. Cuadro oclusivo de 20 horas de evolución. Radiología: vientre opaco, múltiples niveles de delgado. Intervención: vólvulo de delgado alrededor del D.M. inserto en ombligo. Diverticulectomía parcial y destorsión del vólvulo. Curación.



ESQUEMA DEL HALLAZGO OPERATORIO

Observación : V. C.B. H.C. Nº 2379.

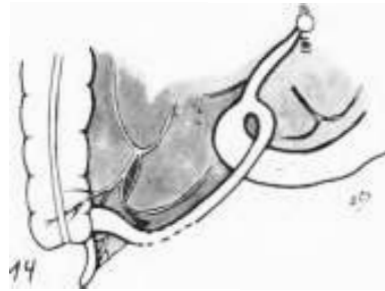


Fig. 13. — Obs. V. - Radiografía de abdomen en posición erecta: opacidad difusa y generalizada. múltiples niveles en ansas delgadas: ausencia de gases en el colon.

Fig. 14. Obs. V. - Vólvulo del íleon alrededor del D. M. fijo en el ombligo.

OBSERVACION VI

N. C., 8 años. Sexo femenino, uruguayo. Procedente de Sarandí del Yi. Hospital Pereira Rossell. Ingreso: 5 mayo 1953. Alta: 19 mayo 1953. Motivo de ingreso: cuadro abdominal doloroso agudo.

Enfermedad actual. — El 3 de mayo, a las 11 horas, estando en estado aparente de perfecta salud, comienza bruscamente con dolores abdominales de tipo cólico (según la expresión de la niña: "como si le retorrieran las tripas"); desde ese momento el dolor se hizo continuo con exacerbaciones paroxísticas, con gran palidez de la cara y con vómitos profusos, de alimentos primero, biliosos más tarde y finalmente porráceos. El dolor era difuso en todo el abdomen, pero predominando en región periumbilical e hipogastrio. Detención absoluta de materias y gases.

Examen clínico (5/V/53). — Mal estado general, deshidratada, lengua seca. Temp. ax.: 38°. Temp. rectal: 39°. Pulso 140/m., chico.

Abdomen: distensión del hemiventre inferior, con disminución de la movilidad respiratoria; no hay dolor espontáneo. A la palpación: hemiventre superior depresible, poco doloroso, hemiventre inferior tenso, muy doloroso, sobre todo en región periumbilical. Tacto rectal: Douglas doloroso: viene sangre en la punta del dedo.

Impresión clínica. — Oclusión de intestino delgado, casi seguramente por invaginación ileo-ileal.

Exámenes de laboratorio. — Leucocitosis: 25.200 con 90 % de neutrófilos. Reacción de Weber: positiva.

Exámenes radiológicos. — Placa simple de abdomen: múltiples niveles de intestino delgado. Colon por enema: sin particularidades.

Indicaciones. Intubación con sonda de Cantor. Plasma: 400 c.c. Preparar para intervención.

Operación (5/V/53). — Dres. F. Rosa, Curbelo, Ptes. Zaldúa y Pérez. Anestesia general con intubación traqueal (Dr. Castiglioni).

Incisión paramediana pararectal interna derecha 1 3 por encima y 2 3 por debajo del ombligo. Abierto el peritoneo viene pequeña cantidad de líquido sero-hemático. Gran distensión del delgado, ciego aplastado. A partir de él se explora el delgado y a unos 40 cms. del ángulo ileocecal aparece un "boudin" de invaginación ileo-ileal; el cilindro externo de color violáceo oscuro presenta la serosa muy deslustrada (el interno era de color más oscuro aún). Los intentos de desinvaginación fracasaron, pues ésta se consiguió en sólo unos 10 cms. En estas maniobras apareció el divertículo de Meckel, de unos 3 cms. de longitud por 1 cm. de ancho en su base, el cual forma parte del "boudin". (Fig. 16).

Se decide hacer una enterectomía que se realiza en una extensión de unos 70 cms. con anastomosis término-terminal con puntos separados de lino. Lavado abundante con suero fisiológico. Drenaje supra-púbico del Douglas. Cierre de la pared por planos: 3 puntos de nylon en piel.

Durante la intervención se pasaron 600 cc. de suero gluco-clorurado.

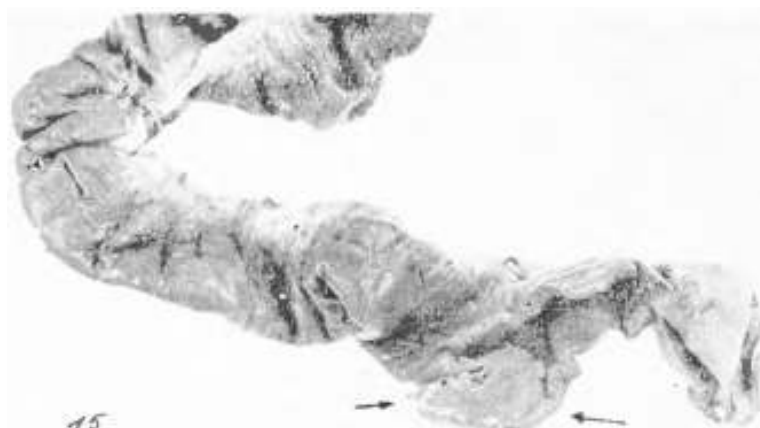
Post-operatorio. — Hipertermia que se controla con carpa refrigeradora durante 48 horas. Mueve el vientre profusamente a los 2 días. Los cloruros, ausentes en orina durante los 3 primeros días se normalizan al 4º.

Alta el 19 V 53, a los 14 días de la intervención, en muy buen estado

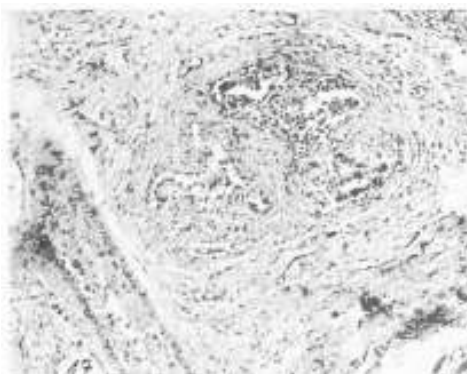
ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO

Examen macroscópico. — La pieza de exéresis comprende un segmento de intestino delgado de 70 cms. de longitud, con un pequeño margen de mesenterio. Se encuentra totalmente desinvaginado, siendo la superficie exterior de color rojo oscuro vinoso homogéneo. Sobre el borde libre se aprecia una pequeña formación piriforme, de base sesil, de 2 cms. de longitud y 1 cm. de diámetro, que termina en una punta afilada prolongada por una pequeña franja adiposa. La superficie de sección muestra un infarto hemorrágico total del intestino delgado, con tumefacción por imbibición hemorrágica de todas las capas y pasaje de sangre a la luz intestinal. La sección según el eje mayor de la pequeña formación descrita, muestra la existencia de una luz diverticular, poco profunda, revestida por la mucosa que se continúa con la del resto del intestino, existiendo por debajo de ella, en situación subserosa, una formación tumoral sólida, bien limitada pero sin cápsula, también infiltrada por elementos sanguíneos (Fig. 15).

Examen microscópico. — A nivel del intestino los cortes confirman la existencia de un infarto hemorrágico total. A nivel del divertículo se encuentra que la mucosa que lo reviste es de tipo entérico, sin que se observen islotes de mucosa gástrica ni en el propio divertículo ni en la vecindad inmediata. El nódulo tumoral se encuentra formado por cavidades estrechas, revestidas por epitelio cilíndrico, en su mayor parte descamado, rodeado por halos concéntricos de tejido conectivo y fibras musculares lisas (Fig. 17). En suma: tiene los caracteres atribuidos a los páncreas



ESQUEMA DEL MALLAZGO OPERATIVO
Observación . VI. - N.C (Dr Folco Rosa)



- Fig. 15. Obs. VI. - Segmento proximal del intestino resecado. Infarto hemorrágico total. D. M. no invaginado, de aspecto tumoral.
- Fig. 16. Obs. VI. 1) cilindro externo de la invaginación ileo-ileal. 2) divertículo no invaginado sobre sí mismo, pero formando parte del cilindro interno.
- Fig. 17. Obs. VI. - Detalle del páncreas heterotópico: elementos de aspecto glandular, revestidos por epitelio cúbico descamado, rodeados por haces conectivos concéntricos.

heterotópicos del divertículo de Meckel, en los que solamente se ha desarrollado o ha persistido el elemento canalicular y el estromático y sobre los cuales ha insistido Cassinelli (7) en nuestro medio.

EN SUMA: Niña de 8 años, que 60 horas antes, estando en perfecto estado de salud, tiene bruscamente un dolor tipo retortijón periumbilical, acompañado de vómitos biliosos y porráceos y detención de materias y de gases; deposición con sangre inmediatamente antes de la intervención.

Estado general malo. Febril: ax. 38°, rectal 39°. Taquicardia de 140 m. Lengua seca. Hemivientre inferior doloroso y distendido a la palpación, sobre todo en región periumbilical. Tacto rectal: Douglas doloroso y sangre en la punta del dedo. Rayos X: oclusión del delgado.

Operación: Invaginación ileo-ileal irreductible con divertículo de Meckel incluido en el "boudin". Enterectomía con anastomosis término-terminal; drenaje suprapúbico del Douglas. Evolución: muy buena, alta a los 14 días en perfectas condiciones.

TRATAMIENTO

Debemos considerar: 1°) el **tratamiento preoperatorio**, que consiste fundamentalmente en la **decompresión intestinal** por la intubación con sonda de Cantor y el **restablecimiento del balance hidro-salino** por la administración de flúidos y sales por vía parenteral, de preferencia intravenosa; 2°) la **intervención**: la anestesia de elección es la raquídea, salvo contraindicación especial por el mal estado general o las taras cardiovasculares; la incisión de elección es la de Jalaguier. En el acto operatorio, realizado el balance lesional, deberán tratarse: la causa de la oclusión, el divertículo persistente, las lesiones intestinales y la complicación peritoneal posible (como ya hemos visto estos elementos pueden presentarse en conjunto o aislados). Diremos dos palabras de la conducta frente al D.M.: lo ideal es practicar la **diverticulectomía total**, con cierre del cuello transversal, a modo del cierre del muñón duodenal en la gastrectomía, tal como se realizó en tres de las observaciones presentadas; en caso de base de implantación muy ancha o de gran dificultad por razones locales se puede practicar la **diverticulectomía parcial**, que obliga a vigilancia ulterior del enfermo, por la posibilidad de recidiva de la oclusión o de aparición de otra complicación (úlcera meckelia-

na, diverticulitis); se realizó en dos de las observaciones presentadas. Las lesiones irreparables del ansa portadora del D.M. (infarto hemorrágico) pueden obligar a la enterectomía con anastomosis, como sucedió en la última observación.

3°) **El tratamiento postoperatorio**, consiste en la mantención de la decompresión intestinal mediante la sonda de Cantor hasta la aparición de los índices radiológicos de recuperación del tránsito (aparición de gases en el colon, disminución o desaparición de los niveles, pasaje al colon de la solución fluida de bario inyectada por la sonda); en el mantenimiento del equilibrio hidro-salino, controlado por la curva de la cloruria y de los eosinófilos; en la profilaxis de las complicaciones pulmonares y en la administración eventual de antibióticos frente a la posibilidad de una complicación peritoneal infecciosa.

Estas normas, que se aplican a los distintos tipos de oclusión aguda del delgado, fueron aplicadas en los casos presentados y, a su eficacia, al diagnóstico precoz, a la decisión operatoria oportuna y a la habilidad técnica se deben los halagüeños resultados obtenidos en esta corta serie.

SUMARIO

El autor presenta una serie de seis casos de oclusión intestinal aguda por divertículo de Meckel tratados de acuerdo con las directivas modernas e intervenidos por distintos cirujanos con un 0% de mortalidad.

Se analiza la bibliografía resumiéndose los casos de la literatura nacional, y se estudian los mecanismos patogénicos y los rasgos clínicos de esta forma de oclusión aguda.

SOMMAIRE

L'auteur présente six cas d'occlusion intestinale, provoqués par le diverticule de Meckel. Ces cas sont traités selon des méthodes de thérapeutique moderne et opéré par différents chirurgiens avec une mortalité nulle.

Après l'analyse de la bibliographie, on résume les cas de la littérature nationale, et l'on étudie la pathogénie et les caractères cliniques de cette forme d'occlusion aiguë.

SUMMARY

The author presents six cases of acute intestinal occlusion by Meckel's diverticulum, treated by different surgeons according to the latest methods, with a 0% of mortality.

The bibliography is analyzed, with a summary of the national literature with a study of the pathogenic mechanisms and clinical aspects of this form of acute occlusion.

BIBLIOGRAFIA

1. — **Aguirre, F.** — Divertículo de Meckel y oclusión intestinal aguda. — Revista Mexicana de Ginecología, Cirugía y Cáncer, 15: 439-446, 1947.
2. — **Amyand, ...** — Of an iliac passion occasioned by an appendix in the ilion. Philosoph. Trans. 43: 369-370. 1744-1745 (citado por Forgue y Riche).
3. — **Anavitarte, E.** — Algunos aspectos de la patología del divertículo de Meckel. — Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo, 34: 125-134, 1949.
4. — **Barcia, P.** — Oclusión intestinal por divertículo de Meckel. — Sociedad de Cirugía: sesión del 19 setiembre 1923. — Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo, 9: 258, 1924.
5. — **Bérard, L. et Delore, X.** — De l'occlusion intestinale par le diverticule de Meckel. — Revue de Chirurgie, 19: 585-771, 1899.
6. — **Bisotti, P. L.** — Contributo allo studio delle occlusioni intestine acute da diverticolo di Meckel. — Archivio per le scienze mediche, 88: 149-161, 1949.
7. — **Cassinelli, J. F.** — Heterotopia tisular pancreática en el divertículo de Meckel. — Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo, 34: 353-376, 1949.
8. — **Chance, D. P.; Hood, R. T. and Waugh, J. M.** — Acute intestinal obstruction secondary to Meckel's diverticulum. — Proceedings of the Staff meetings of the Mayo Clinic, 29: 567, 1954.
9. — **Curbelo Urroz, J. R.** — Tratamiento de la invaginación intestinal irreductible. — Pediatría, XXIII Curso de Perfeccionamiento, 555-605, 1952.
10. — **Del Campo, R. M. y Cassinelli, J. F.** — Invaginación intestinal por divertículo de Meckel conteniendo tejido pancreático aberrante. — Archivos de Pediatría del Uruguay, 29: 73-85, 1948.
11. — **De Nicola, R.** — Aberrant pancreas in a Meckel's diverticulum causing intestinal obstruction. — Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology, 56: 407-409, 1948.
12. — **Diaz Bobillo, I.** — Oclusión intestinal por divertículo de Meckel. — La Prensa Médica Argentina, 23: 1165-1186, 1936.
13. — **Diaz Bobillo, I.** — Contribución al estudio de la patología del divertículo de Meckel. — Ed. Guido Buffarini, Buenos Aires, 1936.
14. — **Duhamel, B.** — Chirurgie du nouveau-né et du nourrisson. — Ed. Masson, 1953.
15. — **Dussaut, A.** — Patología del abdomen agudo quirúrgico. — Ed. El Ateneo, Buenos Aires, Págs. 405, 1949.
16. — **Fawcett, F. and Jowers, R. F.** — Intestinal obstruction due to persistent Meckel's diverticulum: successful laparotomy. — Lancet 1: 1585, 1900.

17. — **Forgue, E.** et **Riche, V.** — Le diverticule de Meckel. — O. Doin, Paris, 1907.
18. — **Guilleminet, M.; Stagnara, P.** et **Schnepp.** . — Occlusions intestinales par diverticule de Meckel. — Lyon Chirurgical, 45: 953-958, 1950.
19. — **Giorgi, L.** — Su tre casi di occlusione intestinale da diverticolo di Meckel. — La Riforma Medica, 66: 1187-1189, 1952.
20. — **Halstead, A. E.** — Intestinal Obstruction from Meckel's diverticulum Annals of Surgery, 35: 471, 1902.
- 21 — **Hartmann, H.** — Occlusion intestinale par un canal omphalo-mésenterique persistant. — Revue de Chirurgie, 18: 343, 1898.
22. — **Ladd, W. E.** and **Gross, R. E.** — Abdominal surgery of infancy and childhood. — Ed. W. B. Saunders, Philadelphia, 1947.
23. — **Lally, J. J.** and **Bourke, T. S.** — Acute intestinal obstruction in a 68 year old man due to Meckel's diverticulum. — Journal of the Missouri, 49: 509, 1952.
24. — **Lamas, A.** — Sobre oclusión intestinal. — Revista Médica del Uruguay, 3: 196-200 1900.
25. — **Lombardi, R.** — Su di un particolare caso di occlusione intestinale da diverticolo di Meckel. — Il Progresso Medico, 5: 303-306, 1949.
26. — **Manning, V. R.** and **McLaughlin, E. F.** — Persistent omphalomesenteric (vitelline) artery causing intestinal obstruction and gangrene of Meckel's diverticulum. — Annals of Surgery, 126: 358-365, 1947.
27. — **Marshak, R. H.** and **Friedman, A. I.** — Meckel's diverticulum producing chronic intestinal obstruction. — Gastroenterology, 15: 754-756, 1950.
28. — **Mondor, H.** — Diagnostics Urgents. Abdomen. — Ed. Masson, Paris, 1947.
29. — **Pasman, R. E.** y **Merlo, E. V.** — Divertículo de Meckel con páncreas accesorio. Pseudo-oclusión intestinal. — Anales del Instituto de Clínica Médica, 5: 21, 1916.
30. — **Pauchet,** . — Occlusion aiguë par diverticulite chronique. Entérostomia a droite. Cure de l'anus artificiel par l'abouchement dans le caecum. — Revue de Chirurgie, 29: 294, 1904.
31. — **Pavlosky, A. J.** — Abdomen agudo quirúrgico. — Ed. López y Etchegoyen, Buenos Aires, 1947.
32. — **Pérez Fontana, V.** — Oclusión intestinal por divertículo de Meckel. — Boletín de la Sociedad de Cirugía de Montevideo, 1: 149-150, 1930.
33. — **Pérez Fontana, V.** — Oclusión intestinal por divertículo de Meckel. — Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo, 9: 250-255, 1924.
34. — **Pérez Fontana, V.** — Abdomen agudo en Pediatría. — Pediatría, XXII Curso de Perfeccionamiento: 163-172, 1951.

35. — **Potts, W. J.** — Meckel's diverticulum. — Brennemann's Practice of Pediatrics 3; Chapter. 6: 29, 1950.
36. — **Prat, D.** — Ileo. Oclusión y obstrucción intestinal, 1930.
37. — **Rosa, F. y Folle, J. A.** — Invaginación ileo-ileal irreductible en el niño con divertículo de Meckel y páncreas heterotópico incluido. Enterectomía. Curación. — Sociedad Uruguaya de Pediatría: sesión del 8 octubre 1953 (Inédito).
38. — **Tallarigo, A.** — La persistenza dei vasi onfalomesenterici associata a diverticolo di Meckel quale causa do occlusione intestinale. — Archivio Italiano di Chirurgia. 74: 271-280, 1951.
39. — **Walsh, A.** — Knot in Meckel's diverticulum causing acute intestinal obstruction. — British Journal of Surgery. 37: 475, 1949-50.
40. — **Yannicelli, R. B.** — Invaginación intestinal aguda ileo-ileal en el niño. — Pediatría, XXI Curso de Perfeccionamiento: 87-98, 1950.
41. — **Yannicelli, R. B.** — Invaginación intestinal aguda en el lactante. — Pediatría. XIV Curso de Perfeccionamiento: 367-407, 1945.
42. — **Pena de P.** — Invaginación intestinal por divertículo de Meckel. — Archivos Latino-Americanos de Pediatría; 5: 187-203, 1911.
43. — **Rodríguez Castro, A.** — Patología del divertículo de Meckel en Clínica Pediátrica. — Archivos de Pediatría del Uruguay. 18: 553-561, 1947.
44. — **Rodríguez Castro, A.** — Patología del divertículo de Meckel en Clínica Pediátrica. — Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades. 31: 334-341, 1947.
45. — **Suiffet, W.** — Contribución a la casuística de la patología del divertículo de Meckel. — Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades. 31: 284-286, 1947.

CLINICA QUIRURGICA DEL PROF. J. C. DEL CAMPO

OBSTRUCCION CERRADA BIPOLAR EN ASA OMEGA DEL INTESTINO DELGADO

Prof. Agr. J. E. Cendán Alfonzo
Dres. Federico Latourrette y Omar Clark

El objeto de esta comunicación es destacar una entidad que por sus características anatómicas, clínicas y radiológicas, por su evolución rápidamente grave, por su pronóstico serio y por sus indicaciones terapéuticas especiales, merece ser individualizada dentro de las oclusiones mecánicas del intestino delgado.

La obstrucción cerrada bipolar, en asa omega, del intestino delgado, merece ese nombre por sus características anatómicas, que condicionan su expresión clínico-radiológica y su evolución.