

Ernia inguinale sinistra strozzata con necrosi d'ansa e di diverticolo di Meckel

M. MONGARDINI, P. MERLINO¹, F. SCHILLACI¹, A. COLA, S. BLASI, G. FANELLO¹,
F. BENEDETTI, A. MATURO², G. PAPPALARDO¹

RIASSUNTO: Ernia inguinale sinistra strozzata con necrosi d'ansa e di diverticolo di Meckel.

M. MONGARDINI, P. MERLINO, F. SCHILLACI, A. COLA, S. BLASI,
G. FANELLO, F. BENEDETTI, A. MATURO, G. PAPPALARDO

Riportiamo il caso di una donna di 57 anni giunta alla nostra osservazione per la persistenza da alcuni giorni di dolori addominali e di una formazione inguino-addominale sinistra non riducibile.

La paziente è stata sottoposta ad intervento chirurgico d'urgenza con diagnosi di ernia inguinale strozzata. All'apertura del canale inguinale si evidenziava un'ansa intestinale erniata, con diverticolo di Meckel in grave sofferenza ischemica. Si decideva per una laparotomia mediana e si reseccava un tratto di circa 20 cm di tenue con il Meckel anch'esso necrotico.

Il decorso postoperatorio è stato regolare.

Non sembra esservi in letteratura analoga segnalazione, in paziente di sesso femminile, di ernia inguinale sinistra con strozzamento dell'ansa intestinale in cui è inserito un diverticolo di Meckel.

SUMMARY: Gangrene of Meckel's diverticulum in strangulated left inguinal hernia.

M. MONGARDINI, P. MERLINO, F. SCHILLACI, A. COLA, S. BLASI,
G. FANELLO, F. BENEDETTI, A. MATURO, G. PAPPALARDO

We report a case of a 57-years-old woman admitted for abdominal pain and a not reducible mass in left inguino-abdominal region.

With a diagnosis of strangulated inguinal hernia, the patient underwent to urgent surgery. The surgical exploration showed a gangrenous intestinal loop with a Meckel's necrotic diverticulum. A small bowel resection (20 cm) was performed.

The post-operative course was uneventful.

This seems the first case reported in the literature of woman with a Meckel's diverticulum involved in a strangulated left inguinal hernia.

KEY WORDS: Diverticolo di Meckel - Ernia inguinale sinistra strozzata.
Meckel's diverticulum - Strangulated inguinal left hernia.

Introduzione

L'erniazione addominale del solo diverticolo di Meckel costituisce la rara ernia di Littre, che può essere difficile da diagnosticare per la frequente assenza di sintomi ostruttivi; lo strangolamento del diverticolo erniato può infatti manifestarsi come complicanza accessuale o fistolosa.

Molto più rara è la presenza di un diverticolo di Meckel nell'ansa intestinale erniata attraverso il canale

inguinale (ernia entero-diverticolare). In questo caso è molto più frequente la comparsa di occlusione intestinale meccanica, come si è verificato nella paziente giunta recentemente alla nostra osservazione e di cui riportiamo il caso, ritenendolo eccezionale per la localizzazione sinistra dell'ernia inguinale entero-diverticolare.

Caso clinico

P. L., donna, 57 anni, si rivolgeva al Pronto Soccorso per la comparsa di dolori addominali e di una formazione inguino-addominale sinistra. La paziente faceva risalire l'inizio della sintomatologia a cinque giorni prima, con dolore localizzato nella stessa regione e febbre. L'alvo restava aperto ai gas e alle feci. Era presente leucocitosi neutrofila (GB 16.0 K/ μ L, con 75.2% di neutrofili).

All'esame obiettivo la formazione inguino-addominale sinistra, grossolanamente ovalare, disposta obliquamente dall'alto in basso in senso latero-mediale, con diametro massimo di circa 10 cm, era di consistenza duro-elastica, dolente e dolorabile alla palpazione, con borborighi, non riducibile. La peristalsi era accentuata, il segno di Blumberg negativo.

Università degli Studi "La Sapienza" di Roma
Prima Facoltà di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Scienze Chirurgiche
UOC Chirurgia Generale L
(Direttore: Prof. F. Custureri)

¹Istituto Dipartimentalizzato di Clinica Chirurgica
di Urgenza e di Pronto Soccorso
(Direttore: Prof. G. Pappalardo)

²Dipartimento di Scienze Chirurgiche
UOC Chirurgia Generale E
(Direttore: Prof. E. De Antoni)



Fig. 1 - Ansa intestinale necrotica all'apertura del canale inguinale.



Fig. 3 - Resezione intestinale.



Fig. 2 - Ansa necrotica con evidenza del diverticolo di Meckel.



Fig. 4 - Anastomosi latero-laterale meccanica (GIA 60).

L'esame radiografico diretto dell'addome non evidenziava la presenza di livelli idro-aerei, né di aria libera sottodiaframmatica. Il controllo ecografico documentava la presenza di un'ansa intestinale erniata, con minima falda di versamento prefasciale.

La paziente veniva pertanto sottoposta ad intervento chirurgico d'urgenza. All'incisione obliqua inguino-addominale, sottocute e aponeurosi del muscolo grande obliquo apparivano in colliquazione, con raccolte multiple purulente maleodoranti. L'apertura del canale inguinale evidenziava un'ansa intestinale in grave sofferenza ischemica, con edema del meso (Fig. 1). Si rendeva necessaria la laparotomia mediana ombelico-pubica e all'apertura del peritoneo, sede di flogosi consensuale, veniva identificata l'ansa necrotica nella quale era presente un diverticolo di Meckel lungo circa 15 cm, a larga base di impianto, anch'esso in necrosi (Fig. 2). Si procedeva a resezione di 20 cm di intestino tenue (Fig. 3), ricostituendo la continuità digestiva con anastomosi latero-laterale meccanica (GIA 60) (Fig. 4). Chiusura con drenaggi.

La paziente, dopo un regolare decorso post-operatorio, veniva dimessa in buone condizioni generali in XI giornata. Non si sono verificate complicanze successivamente alla dimissione.

Discussione

Il diverticolo di Meckel è considerato la più frequen-

te anomalia congenita gastrointestinale, presente in circa il 2% della popolazione, con un'incidenza chirurgica ed autoptica oscillante fra lo 0.3 ed il 4% (1, 2).

Il diverticolo di Meckel può essere reperto occasionale di un esame radiologico o di un intervento chirurgico per altra indicazione, oppure di esame autoptico. Si manifesta, in modo aspecifico, solo quando si complica. Possibili complicanze, più frequenti nella prima infanzia e nel sesso maschile, sono la diverticolite, il sanguinamento da ectopia gastrica o pancreaticca che ne favorisce anche la perforazione, lo strangolamento erniario (ernia di Litrè strozzata), più raramente l'occlusione intestinale o l'insorgenza nel diverticolo di processi neoplastici (3, 4).

Il diverticolo di Meckel può abitare un sacco erniario da solo (ernia di Litrè) o, molto più raramente, con l'ansa ileale sulla quale è inserito (ernia entero-diverticolare). È estremamente difficile la diagnosi preoperatoria di ernia di Litrè in quanto l'eventuale sintomatologia è di regola quella di un'ernia esterna "parzialmente strozzata", con dolore ma senza ostacolo alla canalizzazione intestinale. L'ileo meccanico da strangolamento è ovvia-

mente più frequente nell'ernia entero-diverticolare, come è avvenuto nel nostro caso. Eccezionalmente l'occlusione può essere determinata da enteroliti formati all'interno del lume del diverticolo e quindi 'espulsi' nel lume ileale (5).

L'aspecificità del quadro clinico (vaghi dolori addominali, emorragia digestiva acuta o "cronica" con anemia "inspiegabile", addome acuto) rende dunque di fatto impossibile la diagnosi preoperatoria delle ernie del diverticolo di Meckel (4, 6-8), anche perché non significativo in tal senso è l'apporto diagnostico dell'imaging, che evidenzerebbe un diverticolo "complicato" soltanto nel 10% circa dei casi (9-11). D'altra parte la gravità del quadro clinico impone in questi casi l'intervento chirurgico urgente, rendendo ovviamente del tutto inopportuno qualsiasi 'ritardo' finalizzato ad una migliore definizione diagnostica.

Molti autori invece ritengono non giustificata la resezione di un diverticolo asintomatico, ovvero eviden-

ziato occasionalmente in corso di intervento chirurgico realizzato per diversa indicazione (2), ma altri, al contrario, la raccomandano, insistendo per una ricerca sistematica dell'anomalia in corso di ogni intervento chirurgico addominale (8). La resezione "di principio" troverebbe il suo fondamento razionale nella prevenzione delle descritte complicanze.

Una recente analisi retrospettiva di un'ampia casistica "storica" (12) stima tuttavia una morbilità del 3.5% ed una mortalità dello 0.2% per resezione "incidentale" di un diverticolo di Meckel asintomatico, percentuali invero non del tutto trascurabili e che aumentano di un solo punto e mezzo per resezione di diverticolo sintomatico.

L'ernia inguinale entero-diverticolare è rara a destra e appare del tutto eccezionale a sinistra, in particolare nel sesso femminile. Non abbiamo trovato in letteratura un caso analogo al nostro, la cui unicità ci ha quindi convinto dell'opportunità della segnalazione.

Bibliografia

1. Cirillo F, Troiano L, Mortini B, Agarossi M, Ribaldi O. Ernia inguinale con diverticolo di Meckel strozzato (ernia del Littrè). *Min Chir* 1991; 46: 627-30.
2. Le Neel JC, Heloury Y, Leborgne J, Horeau JM, Malvy P. Le diverticule de Meckel. Faut-il le rechercher? Faut-il l'enlever? A propos de 116 observations. *J Chir* 1983; 120(4) : 233-7.
3. Khan AN, Chandramohan M. Meckel diverticulum. Disponibile all'indirizzo: www.emedicine.it Ultimo accesso 5 marzo 2005.
4. Mackey WC, Dineen P. Fifty years experience with Meckel's diverticulum. *Surg Gynecol Obstet* 1983; 156: 56-64.
5. Van Es HW, Sybrandy R. Diagnosis please. Case 19: enteroliths in a Meckel diverticulum. *Radiology* 2000; 214(2): 524-6.
6. Sanders LE. Laparoscopic treatment of Meckel's diverticulum. Obstruction and bleeding managed with minimal morbidity. *Surg Endosc* 1995; 9: 724-7.
7. Agrawal V, Raghavan L. Gangrene of Meckel's diverticulum. *Indian J Gastroenterol* 2003; 22(6): 232-3.
8. Ciardo LF, Agresta F, Bedin N. Meckel's diverticulum: a neglected (or deliberately ignored) entity. *Chir It* 2004; 56 (5): 689-692.
9. Barbary C, Tissier S, Floquet M, Regent D. Imaging of complication from Meckel diverticulum. *J Radiol* 2004; 85(3): 273-9.
10. Rossi P, et al. Meckel's diverticulum: imaging diagnosis. *AJR* 1996; 166: 567-73.
11. Barbary C, Tissier S, Floquet M, Regent D. Imaging of complication from Meckel diverticulum. *J Radiol* 2004; 85(3): 273-9.
12. Groebli Y, Bertin D, Morel P. Meckel's diverticulum in adults: retrospective analysis of 119 cases and historical review. *Eur J Surg* 2001; 167(7): 518-24.