

DIVERTICULITIS DE MECKEL

Univ. Paula Y. Chipana Huarina
Estudiante de Medicina - UMSA

Asesores: Dra. Paola Senzano**
Dra. Martha Pacheco F***
Dr. Rodolfo Salinas Reguerin****

**Medico Residente III de Cirugía.

***Medico Cirujano Hospital Obrero N° 1

****Docente Cátedra de Cirugía III, Medico Cirujano Hospital Obrero N° 1

RESUMEN

La incidencia del divertículo de Meckel es del 2% en la población en general. El diagnóstico preoperatorio del divertículo de Meckel es un reto, debido a que cuando se complica los signos o síntomas no son patognomónicos.

Presentamos el caso de un paciente adulto de 32 años, con Diverticulitis de Meckel, que ingresa por cuadro agudo, con diagnóstico presuntivo de abdomen agudo quirúrgico, apendicitis aguda, peritonitis generalizada, se realiza laparotomía exploratoria, encontrándose divertículo de Meckel, a 20cm. del ileon terminal de 15cm de longitud, resecaando ileon terminal con anastomosis termino - terminal, mas apendicectomía incidental, postoperatorio satisfactorio, y es dado de alta a los 7 días.

Palabras clave: Divertículo de Meckel, conducto onfalomesentérico, anastomosis termino - terminal.

ABSTRACT

The incidence of the Meckel's diverticulum of is of 2% in the population in general. The diagnosis preoperatorio of the Meckel's diverticulum is a challenge, because when he/she gets complicated the signs or symptoms are not patognomónicos.

We present the case of a 32 year-old mature patient, with Diverticulitis of Meckel that enters for sharp square, with I diagnose presumptive of surgical sharp abdomen, sharp appendicitis, widespread peritonitis, is carried out exploratory laparotomía, being divertículo of Meckel, at 20cm. of the terminal ileon of 15cm of longitud, drying up terminal ileon with anastomosis finishes - terminal, but satisfactory incidental, postoperative apendicectomía, and it is given of high to the 7 days.

Key Words: Meckel's diverticulum, conduit onfalomesentérico, anastomosis finishes - terminal.

INTRODUCCION

El divertículo de Meckel es un divertículo congénito que resulta de la persistencia parcial del conducto vitelo intestinal u onfalomesentérico, que en el embrión pone en comunicación el intestino medio con el saco vitelino, y cuyo cierre se produce entre la tercera y quinta semana (35 días) de la gestación, para desaparecer finalmente a

las diez semanas^{1, 2, 3}

En 1809, Johan Meckel fue el primero en describir la anatomía y la embriología del divertículo como un remanente del conducto onfalomesentérico.

Es la anomalía congénita intestinal más común y su frecuencia se estima en el 2% de la población en general. El divertículo de Meckel

es un divertículo intestinal verdadero, contiene todas las capas normales de la pared intestinal y aproximadamente en un 50% tiene tejido ectópico, del cual el 60% corresponde a mucosa gástrica y pancreática.³

El divertículo de Meckel se sitúa casi invariablemente en el borde antimesentérico del ileon, a una distancia de la válvula cecal que varía entre 3cm a 1.8m (media de 50cm), su tamaño oscila entre 1 y 11cm., el diámetro de su boca, entre 0.3 y 3.5cm. 1, 3

El diagnóstico preoperatorio del divertículo de Meckel es un reto, debido a que cuando se complica los signos o síntomas no son patognomónicos. Se estima que en 4,2% de los casos se torna sintomática a lo largo de la vida.^{4,6} Su importancia patológica radica en sus potenciales complicaciones, casi siempre secundarias a la presencia de mucosa gástrica o pancreática heterotópica, tales como la inflamación (diverticulitis) o la hemorragia digestiva.⁴

El cuadro clínico se caracteriza por dolor epigástrico vago, náusea, vómito, sangrado rectal (enterorragia), distensión abdominal y meteorismo.⁴

El riesgo de desarrollar complicaciones durante la vida es de alrededor del 4%, y disminuyen con la edad³. Las complicaciones más frecuentes en orden decreciente son: obstrucción intestinal 36.5%, intususcepción 6.8% a 13.7%, inflamación 12,7%, hemorragia 11.8%, perforación 7.3%, formando parte de un saco herniario 4.7%, desarrollo de neoplasia 3.2% y fístula umbilical 1.7%.⁸ La diverticulitis en otros estudios se presenta en el (20% de los casos).^{1,3}

El diagnóstico cuando el divertículo sangra es, Gammagrafía con Tecnecio 99, este isótopo se concentra preferentemente en la mucosa gástrica ectópica. Su sensibilidad es del 85% y especificidad del 95%.⁵

Cuando se sospecha de obstrucción de vólvulo o invaginación, se puede realizar un neumoenema (enema con aire) o un enema con Bario.⁴

El tratamiento del divertículo sintomático es la diverticulectomía con resección y anastomosis término-terminal. Se puede realizar apendicectomía profiláctica. El tratamiento del divertículo asintomático sigue siendo controversial. Esta cirugía se puede realizar por vía laparoscópica. La tendencia

actual, es la resección del divertículo de Meckel de hallazgo incidental, en:

1. Aquellos casos en los que el divertículo contiene tejido heterotópico (de pared engrosada y congestiva).
2. En los niños menores de 8 años, porque los infantes y niños pequeños tienen mayores riesgos de complicaciones sintomáticas severas.³

El presente trabajo pretende establecer la forma de presentación y las complicaciones de esta patología en un adulto.

La diverticulitis de Meckel en un adulto, es una complicación poco usual, se reporta en el 12.7 % de los casos. (8). En 1812 Meckel reporto que el riesgo de complicaciones era de un 25 %. Estudios mas recientes han demostrado que la incidencia del divertículo de Meckel es del 2% (0.3% a 4%) en la población en general, se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino, las complicaciones de los divertículos de Meckel se presentan en el 4 a 30% de las personas afectadas, En adultos y pacientes ancianos la incidencia de las complicaciones de divertículo de Meckel disminuyen, ya que mas del 50 % de los casos complicados se producen en pacientes menores de 10 años de edad.^{4,3,8}

CASO CLINICO

Paciente de sexo masculino de 32 años de edad, casado, el cuadro clínico se inicia 20 horas antes de su ingreso, caracterizado, por dolor abdominal de inicio insidioso, localizado a nivel epigástrico, tipo cólico opresivo, de moderada intensidad, el cuadro evoluciona de manera progresiva, incrementando la intensidad del dolor, con migración hacia la región periumbilical retornando nuevamente a epigastrio, en reiteradas oportunidades; agregándose náuseas y vómitos de contenido gástrico en dos oportunidades, atenuando levemente el dolor, diez horas después, el dolor se intensifica notablemente migrando hacia fosa iliaca derecha, acompañado de alzas térmicas no cuantificadas, además de astenia y adinamia, motivos por los cuales acude a un centro privado, donde le indican la gravedad del cuadro clínico, acudiendo al servicio de emergencias del Hospital Obrero. No tiene antecedentes patológicos de importancia. A la exploración paciente en mal estado general, actitud antiálgica, consiente

orientado. Signos Vitales: PA 130/80 mm Hg, FC 80 l/min., FR 28 r/min., temperatura axilar 37,5°C, temperatura rectal 38.4°C. Cardiopulmonar: estable.

Abdomen: Se evidencia, resistencia muscular voluntaria, doloroso a la palpación superficial y profunda, que se acentúa en fosa iliaca derecha. Signos de Mc. Burney, Blumberg, Rovsing y Obturador positivos, RHA hipoactivos. Otros sistemas sin particularidades.

Impresión diagnostica: Abdomen agudo quirúrgico, Apendicitis aguda complicada, Peritonitis generalizada.

Exámenes complementarios reportaron: Hemograma: GR 5.992.000, Hb.17.9 g%, Hto.56%, Glóbulos blancos 23.900 mm³, cayados 3%, segmentados 82%. Se evidencia leucocitosis, neutrofilia con desvío a la izquierda. Radiografía de abdomen simple de pie demuestra la presencia de niveles hidroaereos en fosa iliaca derecha (Figura 1).

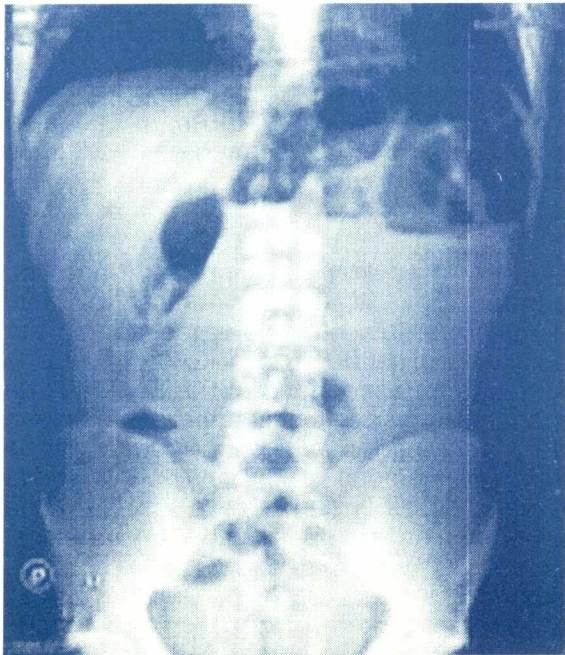


Figura 1: Presencia de niveles hidroaereos en fosa iliaca derecha.

Fuente: Propia

Se administro hidratación parenteral con soluciones cristaloides, antibióticoterapia preoperatorio con cefotaxima, metronidazol y analgesia con diclofenaco.

La intervención quirúrgica, fue una laparotomía exploratoria, realizando una inscisión paramediana suprainfraumbilical lateral derecha de 20 cm. de longitud, En la exploración de la cavidad abdominal los hallazgos fueron: Hemoperitoneo, con una secreción serohematosa de aproximadamente 300 cc, bridas desde intestino delgado hasta peritoneo parietal que obstruyen el intestino delgado, ileon terminal el cual se encuentra violáceo aproximadamente de una longitud de 20cm, a 20cm. de la válvula ileocecal se encuentra divertículo de Meckel de base angosta isquémico necrótico de una longitud de aproximada de 15cm. Se realiza devanamiento hacia proximal obteniendo líquido retentivo por SNG de 1300 cc, se procede a resección intestinal conteniendo el divertículo de Meckel, a 20cm de la válvula ileocecal, se reseca 20cm de ileon terminal, realizando anastomosis termino – terminal. Apendicetomía incidental: Apéndice cecal congestivo, se realiza ligadura y sección de base apendicular, invaginación del muñón apendicular, mesoplastía. Se procede al lavado y drenaje de cavidad, se instala y fija drenajes tubulares. Se cierra pared por planos.

Durante la evolución posquirúrgica se administraron soluciones parenterales, esquema antibiótico anterior agregándose metamizol 1g IV c/8h, ranitidina 50 mg IV c/8h, el segundo día presenta distensión abdominal y dificultad para la eliminación de gases, con SNG con débito retentivo, con presencia de drenaje serohematosa, continua con medidas terapéuticas, con evolución favorable. Alta medica con diagnostico de Diverticulitis de Meckel, Obstrucción intestinal alta por bridas, Hemoperitoneo.

DISCUSIÓN

La presentación en adultos es rara, como lo fue en el presente caso. En adultos la inflamación diverticular simula clínicamente a una apendicitis, así también la obstrucción intestinal,⁴ como se relató en el caso.

La obstrucción del divertículo de Meckel por diversas causas se produce en 36.5% a 44% de los pacientes sintomáticos mayores de 18 años.⁵ Los divertículos de Meckel largos y de base estrecha se complican con procesos obstructivos e inflamatorios,⁸ lo que se refleja en el caso reportado.

Menos del 10% de todos los divertículos de Meckel sintomáticos se diagnostican en el preoperatorio. (8) En nuestro caso el diagnóstico preoperatorio, fue de abdomen agudo quirúrgico, apendicitis aguda complicada, peritonitis generalizada. El diagnóstico clínico de divertículo de Meckel es un reto ya que no presenta signo sintomatología patognomónica. En el presente caso se encontró que el divertículo era el responsable del cuadro clínico del paciente, en el postoperatorio., coincidiendo con la bibliografía revisada.

Se debe destacar la longitud del divertículo encontrado de 15cm, reportes anteriores destacan la longitudes de 5, 8.5, 14cm respectivamente.^{4, 3, 8.}

El tratamiento del divertículo de Meckel siempre es quirúrgico, ante la evidencia de complicación lo más recomendable es realizar resección intestinal del segmento afectado.⁴ La morbilidad postoperatoria de los

divertículos de Meckel se reporta entre 2 a 16%, con una mortalidad de 1,5% o menor. (8) Nuestro paciente cursó el postoperatorio sin complicaciones.

El diagnóstico de divertículo de Meckel es raro incluso cuando se complica, ahí radica la importancia de la sospecha clínica en pacientes con síntomas de obstrucción intestinal persistente o recurrente, para evitar un retraso en el tratamiento, y eventuales complicaciones mayores, por lo tanto debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de pacientes con dolor abdominal agudo. Lamentablemente no se realizó estudio anatomopatológico, y no se pudo conocer el tipo de epitelio del divertículo.

Debe tenerse en cuenta que en nuestro medio no existe información de trabajos de investigación acerca de esta patología.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Ferraina, P.; Oría, A. Cirugía de Michans. 5. Ed. Buenos Aires: Ateneo, 2002: 766 – 767.
2. Davalos, F.; Villena, N. Embriología y genética. 2. Ed. La Paz: Ofavin, 2001: 301 – 302 – 303.
3. Cardemil F, Gag P, Amat J. et al. Divertículo de Meckel invertido como causa de intususcepción intestinal en el adulto: reporte de caso. Rev. Chilena de cirugía 2005; 57-2:160-161.
4. Morales R, Yriberry S, Yabar A, et. al. Divertículo de Meckel. Rev. Enfermedades del aparato digestivo 2002; 5:1. 34-35-36.
5. Barrera L, Vélez J, Londoño E. Divertículo de Meckel en el paciente adulto. Rev. Asociaciones Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología. "Experiencia en la Fundación Santa Fe de Bogota" 2005; 20:3. 11-18.
6. Real C, Goncalves D, Tadeo R, Waisberg J, Fontana N. Obstrucao intestinal por entero colito, formado em diverticulo de Meckel: Relato de caso. Rev bras Coloproct 2004; 24(2): 165-169.
7. Alvarez R, Reyes J, Vargas M, Ulloa P, Bulnes D. Divertículo de meckel. Red de revistas científicas de América latina y el Caribe, España y Portugal 2002; 8: 002. 51-57.
8. Beltran M, Larenas R, Almonacid J, Danilova T, Cruces K, Barria C, Araos F. Vólvulo de divertículo de Meckel una complicación inusual. Revista Chilena de Cirugía 2006; 58: 1. 50-53.