

Diverticulectomía de Meckel extracorpórea asistida por laparoscopia mediante abordaje transumbilical en la edad pediátrica. Reporte de un caso

Miguel Astudillo Villareal¹, Julián Luna Montalvan², Carlos Olaya Bohorquez³

¹ Jefe del Departamento de Cirugía Pediátrica. Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde, Guayaquil, Ecuador

² Médico Tratantes de Cirugía Pediátrica. Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde, Guayaquil, Ecuador

³ Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Ecuador

Resumen

Se presenta el caso de un niño con divertículo de Meckel, a quien se le practicó una diverticulectomía asistida por laparoscopia realizando resección y anastomosis ileo-ileal extracorpórea por puerto umbilical. Describimos el manejo quirúrgico instaurado.

Palabras clave: Divertículo de Meckel, resección, anastomosis ileo-ileal extracorpórea.

Laparoscopic assisted diverticulectomy: Case report.

Summary

We present the case of a boy with Meckel's diverticulum, who underwent laparoscopic assisted diverticulectomy, performing resection and ileo-ileal extracorporeal anastomosis by umbilical port. We describe the surgical management established.

Keywords: Meckel diverticulum, resection, extracorporeal ileo-ileal anastomosis.

Introducción

El divertículo de Meckel fue descrito por primera vez en 1809 por Johan Meckel anatomista alemán. Se refirió en su embriología afirmando ser el resultado de un remanente del conducto onfalomesentérico. En 1904 se identificó por primera vez la mucosa gástrica heterotópica dentro de un divertículo¹.

Embriológicamente, durante la quinta y la séptima semana de vida fetal, el conducto vitelino (onfalomesentérico) sufre regresión mientras la placenta sustituye el saco vitelino como fuente principal de nutrición para el feto en desarrollo. Este conducto conecta el saco vitelino y el intestino primitivo. La falta de regresión puede ocasionar, entre tantas patologías, la más frecuente, a saber, el divertículo de Meckel².

El cuadro clínico es diverso y dependiente de la edad, simplificado en la siguiente (nemotecnia), podemos decir que a veces se cumple: "la regla de los dos" porque se da en el 2% de la población, relación hombre: mujer 2:1; se da comúnmente a los dos años de edad, a 2 pies (60 cm) de la válvula de Bahuin, tiene 2 pulgadas (5 cm) de largo, y puede contener dos mucosas heterópicas (gástrica y pancreática)³.

Las principales manifestaciones clínicas son la obstrucción intestinal, hemorragia y la inflamación. La hemorragia (40%) y la obstrucción intestinal (30%) son los problemas más frecuentes.

La hemorragia en un divertículo de Meckel es más frecuente en niños menores de cinco años. La manifestación usual es la hemorragia súbita, indolora y ocasionalmente colapsante⁴.

El diagnóstico ante la sospecha de hemorragia digestiva baja de origen diverticular se realiza con estudios que utilizan el rastreo isotópico con pertecnetato [^{99m}Tc]

sódico, en el cual las células de la mucosa gástrica secretan iones de pertecnetato que transportan el tecnecio 99 m hacia la luz.

El gammagrama con tecnecio-99 tiene una exactitud diagnóstica aproximada del 90%, una sensibilidad del 85% y una especificidad del 95%⁵.

Al mencionar la laparoscopia, es necesario insistir en que sirve tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. La diverticulectomía extracorpórea por laparoscopia asistida con abordaje transumbilical es una técnica muy segura para realizar la resección, a diferencia de la diverticulectomía intracorpórea. La primera, necesita menos puertos de abordaje y evita los gastos excesivos de las engrapadoras⁶

Caso clínico

Paciente de nueve años de edad que presentó dolor abdominal en fosa iliaca derecha de cuatro días de evolución acompañado de vómitos posprandiales inmediatos de tipo alimentario más alza térmica. En el examen físico se observó a la palpación superficial y profunda dolor en fosa iliaca derecha, Mac Burney positivo y Blumberg positivo. En los exámenes de laboratorio se observó leucocitosis con neutrofilia (formula de Schilling con desviación a la izquierda). En la radiografía de abdomen se apreció borramiento del psoas, niveles hidroaéreos en fosa iliaca derecha y ausencia de aire en la ampolla rectal. Fue sometido a laparotomía exploratoria, apendicectomía, lavado y secado de la cavidad abdominal. Los hallazgos operatorios fueron: fibrina y líquido purulento en fondo de saco de Douglas, apéndice cecal de localización pélvica gangrenado con microperforaciones, íleon terminal con puntillado hemorrágico y presencia de divertículo de Meckel a 120 cm de la válvula ileocecal, no congestivo. El paciente evolucionó favorablemente. Fue dado de alta al octavo día después de la intervención y de recibir cobertura antibioticoterápica.

Posteriormente, se realizó una laparoscopia asistida con dos puertos (umbilical y el de fosa iliaca izquierda). Se observó un divertículo de Meckel a 120 cm de la válvula de Bahuin, de base ancha por lo cual se exteriorizó por el puerto umbilical y se realizó resección del divertículo y anastomosis termino-terminal (figuras 1 a 3). El paciente evolucionó satisfactoriamente. El quinto día inició tolerancia oral y el octavo

día fue dado de alta.

Comentarios

Tanto el abordaje laparoscópico intracorpóreo y el abordaje extracorpóreo umbilical asistido por laparoscopia han demostrado tener resultados comparables. El extracorpóreo se considera un abordaje más seguro, sobre todo en pacientes que presentan mucosa heterotópica y un divertículo con base amplia, ya que un abordaje combinado le permite al cirujano la palpación y el examen de los bordes del divertículo, con el propósito de resecar por completo la mucosa heterotópica. Otro de los beneficios es el costo al no utilizar engrapadora y en lo estético al utilizar menos puertos para el abordaje del mismo.

Bibliografía

1. Saracho Cornet P. Divertículo de Meckel. En: Cirugía Pediátrica. Valoria Villamarín JM, ed. Madrid: Díaz de Santos 1994, pp. 295-298
2. Leys CM. Meckel diverticulum. En: Ashcraft's Pediatric Surgery. Holcomb III GW, Murphy PJ, Ostlie DJ, eds., 6ª ed. Elsevier 2014, pp. 548-552
3. Wong KKY, Tam PKH. Omphalomesenteric duct remnants newborn surgery. En: Puri P, ed., 4ª ed. Taylor & Francis Group 2018, pp. 791-794
4. Kamii Y, Zaki AM, Honna T, Tsuchida Y. Spontaneous regression of patent omphalomesenteric duct: from a fistula to Meckel's diverticulum. J Pediatric Surg 1992; 27:115-116
5. Choudhury SR. Meckel diverticulum and duplications of the intestine. En: Pediatric Surgery. A quick guide to decision-making. Singapore: Springer 2018, pp: 209-211
6. Prasad TR, Chui CH, Jacobsen AS. Laparoscopic-assisted resection of Meckel's diverticulum in children. JSLS 2006; 10:310-31

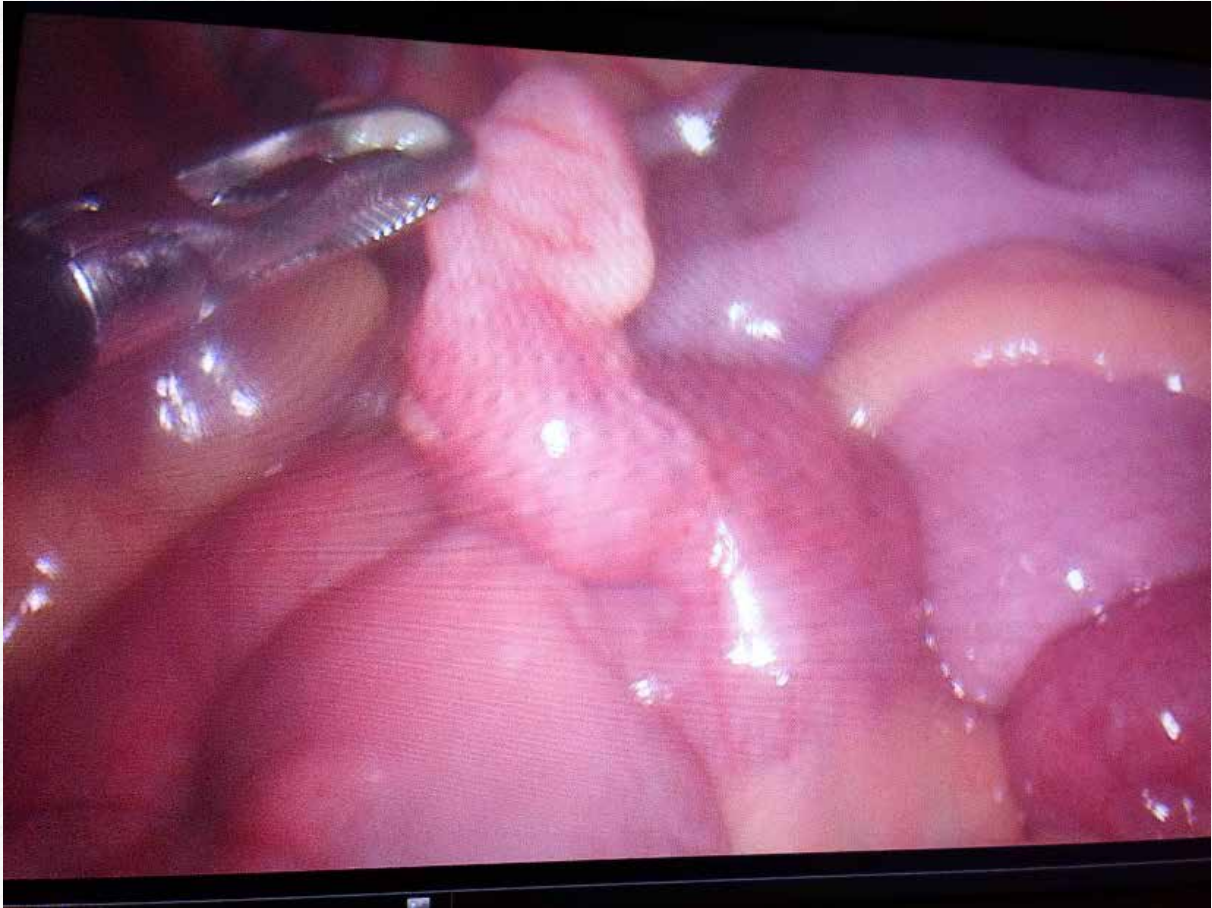


Figura 1. Laparoscopia a través de la cual se observa divertículo de Meckel a 120 cm de la válvula de Bahuin (válvula ileocecal)



Figura 2. Se exterioriza por el puerto umbilical el divertículo de Meckel



Figura 3. Se realiza resección del divertículo de Meckel y anastomosis ileo-ileal termino-terminal