

Divertículo de Meckel Perforado en Paciente en un Paciente de 13 Años, Reporte de un Caso

Perforated Meckel diverticulum in an 13-year-old patient, a case report

Cristian Alexander Brañez García^{1,a}, Benedicto Vargas García^{2,b}, Jorge Rury Vargas Patiño^{3,c}

Resumen

Dentro las patologías quirúrgicas causantes de abdomen agudo, son varias las que se deben de considerar y por lo tanto, discriminar en el marco de lo que se refiere al diagnóstico diferencial. Se presenta el caso clínico de una paciente adolescente, con el diagnóstico de abdomen agudo, en cuyo inicio se lo considera de origen apendicular, con posterior rectificación diagnóstica en el momento de la laparotomía, descubriendo que se trataba de una Diverticulitis de Meckel necrosada perforada con compromiso de íleon terminal, llamando la atención una perforación en la unión íleocecal, por lo cual se realiza una resección de íleon terminal, ciego, apéndice y colon ascendente, por compromiso de su irrigación.

Palabras claves: divertículo de Meckel, complicaciones de divertículo de Meckel, divertículo de Meckel perforado.

Abstract

Among the diseases that cause acute abdominal surgery, there are several that must be considered and therefore, it's important to discriminate respect to various differential diagnosis. We report a case of an adolescent patient with the diagnosis of acute abdomen, which was considered in a beginning as an appendix origin problem. With subsequent rectification of diagnosis at the moment of the laparotomy, finding out that it was a Meckel's Perforated necrotic Diverticulum, with important compromise of the terminal ileum, drawing attention to a hole in the ileocecal junction. The procedure performed consisted on the resection of terminal ileum, cecum, appendix and ascending colon, because of an important compromise of blood supply.

Keywords: meckel diverticulum, meckel diverticulum complications, perforated Meckel diverticulum.

El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, con una prevalencia entre 0,5 y 2% de la población general, con ligero predominio del sexo masculino. Se forma como resultado del cierre incompleto del extremo intestinal del conducto onfalomesentérico, que comunica el intestino medio primitivo con el saco vitelino durante el desarrollo embrionario¹.

Se estima que solo 4% de los divertículos de Meckel se hará sintomático en algún momento, con hemorragia, obstrucción de intestino delgado, diverticulitis o perforación, asociado a anomalías umbilicales o tumores. La diverticulitis supone 10 a 20% de presentaciones, manifestándose como abdomen agudo. Al contrario que la hemorragia y la obstrucción, la diverticulitis es más frecuente en adultos que en niños².

Presentación del caso

Acude a consulta de emergencia al Hospital Municipal de Punata paciente de 13 años de edad, de sexo femenino, acompañado de sus madre, refiriendo un cuadro de aproximadamente 24 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal en abdomen inferior, de inicio cólico, el cual posteriormente, se torno difuso comprometiendo todo el abdomen, acompaña al cuadro, alzas térmicas no cuantificadas, estado nauseoso, vómitos de características alimentarias, hiporexia y malestar general. Al inicio del cuadro es automedicada por

la madre con analgésicos y antiespasmódicos adquiridos en farmacia particular. Entre los antecedentes (para diagnóstico de posible patología ginecológica) no refería menarca, ni actividad sexual. En el examen físico evidenciaba paciente en mal estado general, conciente y orientada, febril, con mucosas rosadas ligeramente secas, con el abdomen, en tabla, con resistencia muscular, doloroso a la palpación superficial y profunda, con signo de rebote positivo, signo de psoas positivo. Ruidos hidroaéreos ausentes.

Con tales datos se llega al diagnóstico de abdomen agudo, y posible apendicitis perforada, decidiéndose la conducta internación y solicitud de laboratorios. Los resultados de laboratorio reportaron: hemograma, con hemoglobina de 14 g/dl, leucocitosis de 16 000 mm³, con polimorfo nucleares del 85%. Tiempo de protrombina 13 segundos al 80%. Parcial de orina normal. Creatinina y transaminasas sin alteraciones, además de la realización de una radiografía de abdomen que evidencia signos de íleo paralítico.

A las dos horas de su internación se decide su intervención quirúrgica con el diagnóstico de abdomen agudo de origen apendicular, procediéndose a una laparotomía a través de una incisión mediana infra umbilical. Siendo los hallazgos más significativos: líquido purulento en cavidad abdominal, en cantidad 600 cc. Divertículo (de Meckel) de 10 cm de longitud, a mas o menos 40 cm de la unión íleocecal necrosado perforado, con el vértice adherido a cara anterior de valvula iliocecal, con necrosis y perforación del íleon a este nivel. Íleon terminal edematizado y friable con dos perforaciones además de la descrita anteriormente, con áreas de su superficie cubierto por adherencias de fibrina, comprometiendo colon ascendente. Resto de las estructuras macroscópicamente sin alteraciones. La cirugía propuesta de inicio tras el diag-

¹Servicio de Gineco-obstetricia, Clínica Bustamante, Cochabamba, Bolivia.

²Servicio de Cirugía, Hospital Manuel Ascencio Villarreal de Punata, Cochabamba, Bolivia.

³Clínica Copacabana, Cochabamba, Bolivia.

^aGinecologo-obstetra; ^bCirujano general; ^cMédico general

*Correspondencia a: Cristian Alexander Brañez García.

Correo electrónico: drcrisbra77@hotmail.es

Recibido el 20 de abril de 2011, Aceptado el 5 de mayo de 2011

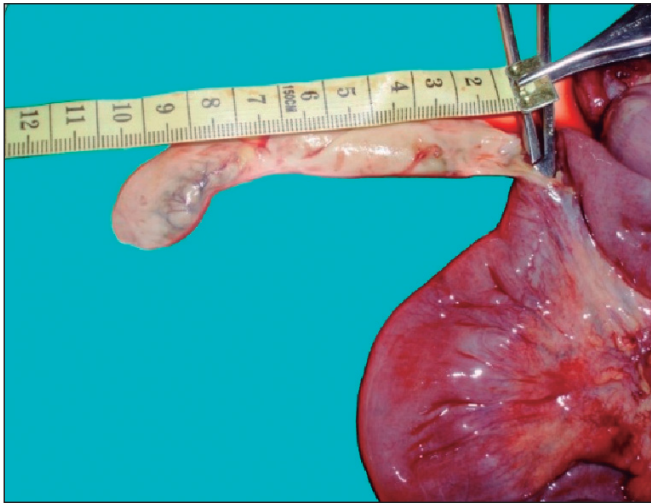


Figura 1. Divertículo de Meckel necrosado y perforado

nóstico de diverticulitis necrosada perforada, fue la de realizar una resección del segmento del íleon junto al divertículo. Sin embargo durante el acto quirúrgico al individualizar el divertículo de Meckel, separándolo de los órganos adyacentes, se evidencio tres perforaciones a nivel de íleon, el más grande a nivel de cara anterior de la unión ileocecal, en el lecho donde estaba adherido el vértice del divertículo. Por lo cual se realizó resección de íleon terminal junto al divertículo de Meckel, resección de ciego y apéndice además de una colectomía derecha, con posterior anastomosis ileocólica termino-lateral para restablecer el tránsito intestinal. Concluyendo el acto quirúrgico sin complicaciones, la paciente ingresa a salas de internación, donde el transoperatorio transcurrió sin complicaciones, bajo tratamiento antibiótico combinado correspondiente, con buena evolución, siendo dada de alta a los 5 días del posoperatorio.

Se confirmó el diagnóstico con el informe enviado a histopatología que indicó: divertículo de meckel complicado con inflamación aguda necrosada y perforada (diverticulitis aguda) con peritonitis aguda. Mucosa de intestino delgado con inflamación, congestión vascular y edema intersticial. Adherencias de fibrina en la serosa intestinal. Apéndice cecal sin alteraciones histológicas de importancia, con bordes quirúrgicos proximal y distal viables.

Discusión

El divertículo verdadero más común del tubo digestivo es el de Meckel. Es un divertículo congénito que resulta del cierre incompleto del conducto onfalomesentérico o vitelino¹. La manifestación usual es una proyección relativamente ancha que surge del lado antimesentérico del íleon, por lo general 45 a 60 cm proximales a la válvula ileocecal³. En ocasiones el divertículo puede ser sólo un solevantamiento pequeño, o largo y estrecho (1 a 12 cm), pero casi siempre es corto y relativamente ancho⁴. Existen diversas formas que dependen de la presencia o ausencia de comunicación con el ombligo o con distintas etapas de atrofia de la conexión del conducto onfalomesentérico entre el íleon y la piel umbilical (las variaciones

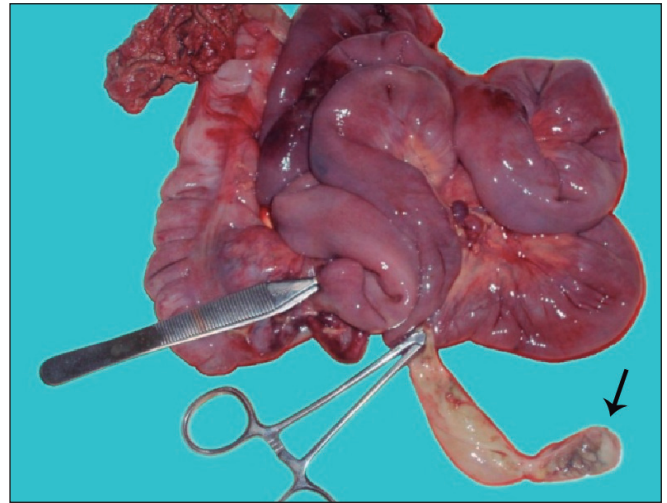


Figura 2. Perforación de Divertículo de Meckel y de íleo a nivel de la unión ileocecal

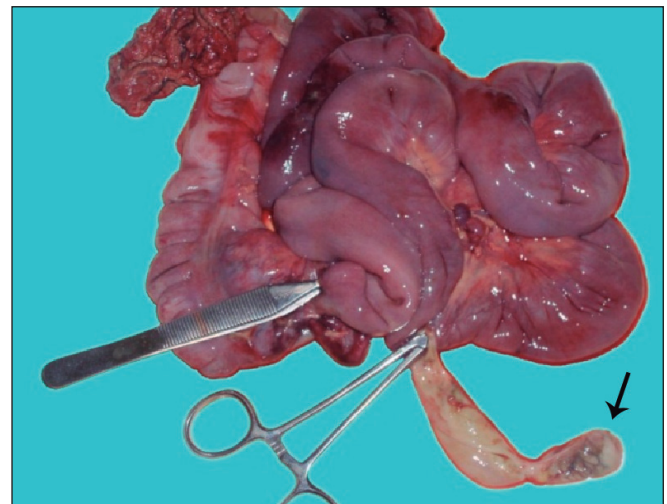


Figura 3. Íleon terminal mas divertículo de Meckel, ileocecal ciego y apéndice, junto a colon ascendente resecados.

son desde un cordón fibroso persistente hasta una fístula permeable)³.

Con frecuencia en los divertículos de Meckel se encuentra tejido gástrico o pancreático heterotópico. La mayor parte de estos divertículos es completamente benigna. Las molestias se deben a hemorragia, inflamación (que origina un complejo sintomático que no suele distinguirse de la apendicitis), perforación (por lo general debida a una úlcera péptica originada por la secreción de ácido y pepsina por mucosa gástrica ectópica del fondo) y a los problemas relacionados con la persistencia de una parte o la totalidad del conducto onfalomesentérico⁵.

Casi todos los divertículos de Meckel sintomáticos se encontrarán en la niñez y el síntoma más común es la hemorragia^{6,7}. La frecuencia de 2% de divertículos de Meckel en la población general se basa en informes de varias series de necropsia⁴.

En adultos casi todos se encuentran de manera casual en un examen radiográfico del intestino delgado. La enteroclistis

aumenta la frecuencia de su diagnóstico preciso. Otra técnica para detectar un divertículo de Meckel en pacientes con síntomas es un gammagrama con pertecnetato 99 mTc. Se basa en la captación del radioisótopo por la mucosa gástrica heterotópica dentro del divertículo. La precisión diagnóstica de esta técnica es mayor si se administra pentagastrina (6 mg/kg subcutáneos) 15 min antes del estudio, lo que aumenta la captación del radioisótopo por la mucosa gástrica. Sin embargo, se ha demostrado que las células parietales no acumulan de manera específica el pertecnetato y no son esenciales para detectarlo. El gammagrama no es tan útil en adultos como en niños⁸.

Las complicaciones del divertículo de Meckel en adultos incluyen obstrucción intestinal, hemorragia, diverticulitis aguda o la presencia de un divertículo en un saco herniario (hernia de Littre). La obstrucción puede deberse a uno de dos mecanismos. El más común es el vólvulo o torcimiento alrededor de una banda que corre de la punta del divertículo al ombligo, la pared del abdomen o el mesenterio. También es posible que se deba a intususcepción. La segunda complicación común es hemorragia y sólo suele encontrarse en pacientes con mucosa gástrica heterotópica dentro del divertículo. La úlcera con hemorragia no se encuentra en el divertículo, sino en el íleon adyacente al mismo^{3,7}.

La diverticulitis de Meckel, que no es posible diferenciar clínicamente de la apendicitis, es la tercera complicación usual en adultos. La frecuencia de perforación o peritonitis por diverticulitis de Meckel es de un 50%. Siempre debe considerarse un divertículo de Meckel en el diagnóstico diferencial de pacientes que presentan obstrucción intestinal mecánica con; hemorragia baja de intestino delgado o signos y síntomas de inflamación o peritonitis⁵. El tratamiento consiste

en una intervención quirúrgica inmediata con resección del divertículo o el segmento de íleon que lo aloja. En pacientes con hemorragia, se requiere resección intestinal segmentaria porque el sitio hemorrágico suele ser el íleon adyacente al divertículo³. Un divertículo de Meckel asintomático que se encuentra casualmente en una laparotomía en adultos no debe extirparse. Soltero y Bill estiman que la posibilidad de que un divertículo de Meckel cause síntomas en un adulto es de 2% o menor y que la morbilidad por la extirpación casual (reportada en 12%) excede con mucho la posibilidad de prevenir la enfermedad. Por otra parte, si hay una conexión persistente con la pared anterior del abdomen (sea una banda fibrosa o un conducto permeable) debe extirparse la unión^{3,7}.

Documentamos este caso, por la terapéutica quirúrgica empleada, derivado de los conocimientos de anatomía, ya que bien se podría haber realizado una resección de íleon terminal y ciego junto con el apéndice y realizara una anastomosis del íleon con el colon ascendente, pero cabe recordar que el intestino delgado esta irrigado por la arteria mesentérica superior, que discurre por el mesenterio, terminando en la vecindad de la unión ileocecal como arteria íleocólica, siendo esta la que irriga gran parte del colon ascendente, siguiendo un trayecto paralelo al mismo, para ir a anastomosarse con otras ramas de la arteria mesentérica superior, las mismas que junto a ramas de la arteria mesentérica inferior forman el arco marginal colico.

Por tal para evitar riesgos de dehiscencia de anastomosis por deficiencia de la perfusión sanguínea en los bordes quirúrgicos, se reseca parte de íleo terminal, ciego, apéndice junto a una porción de colon ascendente, proporcionando bordes viables en la anastomosis íleocólica.

Referencias bibliográficas

1. Sadler T. Langman. Embriología Médica Aparato Digestivo. 6ta ed. Mexico: Interamericana; 1990.
2. Tovar JR, Castiñeiras VM, Molina EM. Diverticulitis de Meckel. Presentación de 10 casos. Cirugía y Cirujanos Academia Mexicana de Cirugía México. 2009;77(2):141-4.
3. SCHWARTZ SI, SHIRS G, SPENCER F. Principios de Cirugía. 3ra ed. Mexico: Interamericana; 1995.
4. Madhyastha S, Prabhu LV, Saralaya V, Prakash. Meckel's Diverticulum: A Case Report. International Journal of Morphology. 2007;25:519-22.
5. González Sosa G, Díaz Mesa J, Collera Rodríguez SA, González García GA, Romero Rodríguez J, Cuellar Capote S. Divertículo de Meckel necrosado. Revista Cubana de Cirugía. 2010;49:0-.
6. Martín Álvarez Solís R, Vargas Vallejo MdP, Bulnes Mendizabal D, Gutiérrez Pérez P, Tuyub Domínguez W. Divertículo de Meckel asociado a divertículo ileal en un niño. Boletín médico del Hospital Infantil de México. 2004;61:60-7.
7. TOWNSEND CM, BEAUCHAMP, EVERS, MATTOX. Sabiston Tratado de Cirugía 17ava ed. Madrid España: Elsevier; 2007.
8. Parra R R, Parra R D, García B C, Rojas C R. Diagnóstico por imágenes de diverticulitis de meckel: presentación de un caso clínicos y revisión de la literatura. Revista chilena de radiología. 2003;9:10-2.