

Abdomen agudo secundario a divertículo de Meckel en embarazo

Acute abdomen secondary to Meckel's diverticulum in pregnancy

César Alejandro López Romero,* Juan Manuel Gómez Rodríguez,† J Jesús Flores Chávez‡



RESUMEN

El divertículo de Meckel es la anomalía congénita gastrointestinal más común que afecta a 2% de la población y se localiza a 2 pies (60 cm) de la válvula ileocecal. Se considera un divertículo verdadero porque contiene todas las capas de la pared intestinal y es un remanente del conducto onfalomesentérico, el cual presenta un cierre incompleto entre la sexta y octava semanas de gestación. Este divertículo puede tener tejido heterópico y está presente en la mitad de los casos. Normalmente hay dos tipos principales de tejido ectópico, gástrico y pancreático. La importancia del divertículo de Meckel radica en la posibilidad de complicaciones, que aparecen en 4% de los casos en menores de 20 años y 2% para mayores de 20 hasta 40 años, de estas complicaciones se incluye por orden de relevancia obstrucción del intestino delgado (31%), hemorragia (23%), diverticulitis (14%), y muy rara vez como isquemia intestinal secundaria a torsión del divertículo. La incidencia en embarazadas sobre diverticulitis por Meckel no se conoce a detalle por falta de estudios. Los signos y síntomas suelen ser idénticos a los de trastornos comunes como apendicitis, por lo cual también recibe el nombre «la gran mímica». El diagnóstico de un síndrome de Meckel sintomático puede ser difícil debido a la poca frecuencia de presentación y a menudo sólo se considera una vez que se han excluido otras afecciones o después de una cirugía diagnóstica. El manejo del divertículo de Meckel siempre será quirúrgico cuando se presente acompañado de alguna complicación que genere un cuadro de abdomen agudo y consiste en realizar diverticulectomía o resección ileal con divertículo incluido.

Palabras clave: divertículo de Meckel, embarazo, diverticulitis, abdomen agudo, urgencia quirúrgica.

ABSTRACT

Meckel's diverticulum is the most common congenital gastrointestinal anomaly affecting 2% of the population and is located within 2 feet (60 cm) of the ileocecal valve. It is considered a true diverticulum because it contains all the layers of the intestinal wall and is a remnant of the omphalomesenteric duct, which presents an incomplete closure between the sixth and eighth week of gestation. This diverticulum may have heteropic tissue and is present in half of the cases. There are normally two main types of ectopic tissue, gastric and pancreatic. The importance of Meckel's diverticulum lies in the possibility of complications, which appear in 4% of cases in those under 20 years of age and 2% in those over 20 years of age up to 40 years, these complications include, in order of relevance, obstruction of the small intestine (31%), hemorrhage (23%), diverticulitis (14%), and very rarely intestinal ischemia secondary to torsion of the diverticulum. The incidence of Meckel's diverticulitis in pregnant women is not known in detail due to lack of studies. The signs and symptoms are usually identical to those of common disorders such as appendicitis, which is why it is also called «the great mime». Diagnosis of symptomatic Meckel syndrome can be difficult due to the infrequency of presentation and is often only considered once other conditions have been excluded or after diagnostic surgery. The management of Meckel's diverticulum will always be surgical when it is accompanied by any complication that generates an acute abdomen and consists of performing a diverticulectomy or ileal resection with a diverticulum included.

Keywords: Meckel's diverticulum, pregnancy, diverticulitis, acute abdomen, surgical emergency.

* Residente de primer año de Cirugía General.
† Médico adscrito del Servicio de Cirujano General.

Hospital General de Manzanillo.

Correspondencia: CALR, cesar.lopez95@outlook.com

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses.

Citar como: López RCA, Gómez RJM, Flores CJJ. Abdomen agudo secundario a divertículo de Meckel en embarazo. Rev CONAMED. 2022; 27(4): 181-184. <https://dx.doi.org/10.35366/108484>

Financiamiento: ninguno.

Recibido: 27/08/2022.

Aceptado: 24/10/2022.

INTRODUCCIÓN

El divertículo de Meckel es la anomalía congénita gastrointestinal más común y se considera un divertículo verdadero, porque contiene todas las capas de la pared intestinal.¹ La diverticulitis de Meckel ha sido llamada la «gran mímica» porque sus signos y síntomas son consistentes con los de la apendicitis, esto puede dificultar el diagnóstico diferencial, retrasando así el diagnóstico y el tratamiento. En general, el diagnóstico de la patología abdominal durante el embarazo es un reto de manejar. Esto se debe a los cambios fisiológicos normales en el embarazo.¹ Las características especiales que distinguen al divertículo de Meckel han llevado a algunos autores a exponer una regla que puede orientar al diagnóstico. Se trata de la «regla del 2»: su incidencia es 2%, se localiza a 2 pies (60 cm) de la válvula íleocecal, tiene 2 pulgadas de largo (5 cm), tiene 2 cm de diámetro, se vuelve sintomático antes de los dos años de edad, contiene comúnmente dos tipos de tejidos heterotópicos sobre todo (gástrico y pancreático) y es dos veces más común en hombres que en mujeres.² La relación entre divertículo de Meckel y embarazo es sumamente rara; sólo se han reportado algunos casos aislados en la etapa reproductiva, observándose la perforación del divertículo, que cursa inicialmente con inflamación seguida de necrosis y de dolor abdominal quirúrgico urgente.³ El pilar de casos se observa en la población pediátrica, particularmente en niños menores de dos años. El riesgo de complicaciones se reduce con el aumento de edad. Por lo tanto, la rareza de los casos documentados observados en mujeres embarazadas es inesperado.⁴ Si no se realiza un diagnóstico preciso a tiempo, se pone en peligro la salud de la madre y el feto.⁵ El dolor y la sensibilidad abdominales progresivos acompañados de inestabilidad hemodinámica deben impulsar la intervención quirúrgica urgente para establecer el diagnóstico y tratamiento definitivo en la paciente embarazada y prevenir la pérdida fetal.⁶ Se ha descrito que se deberá realizar una laparotomía con una diverticulectomía o una resección del intestino delgado; sin embargo, se debe realizar una resección ileal en casos de diverticulitis de Meckel para eliminar el foco sangrante.⁶

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 24 años, sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual, segunda gesta, una cesárea, cero partos, embarazo actual de 11 semanas por ultrasonido. Acude a urgencias gineco-obstétricas por cuadro clínico de un día de evolución con fiebre acompañada de vómito en 14 ocasiones de características gastrobilíacas y con dolor lumbar con irradiación a hipogastrio exacerbado a la movilidad de intensidad 7/10 en la escala visual análoga, así como hematuria macroscópica de un día de evolución.

Al examen físico se encuentra tensión arterial: 127/87 mmHg, frecuencia cardíaca: 69 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, temperatura 37.8 °C, consciente, orientada, neurológicamente íntegra, mucosas secas, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso a expensas de útero grávido, ruidos peristálticos disminuidos, McBurney y Blumberg positivos, no se palpan masas o tumoraciones. Extremidades íntegras con adecuado llenado capilar de dos segundos.

Laboratorios de leucocitos $15.73 \times 10^3/\text{mL}$, con neutrófilos $12.55 \times 10^3/\text{mL}$, hemoglobina 11.70 g/dL, hematocrito 31.60%, plaquetas $257 \times 10^3/\text{mL}$.

Ultrasonido obstétrico con 11 semanas de gestación con producto viable. Se interconsulta al servicio de cirugía general del mismo hospital quien determina datos de abdomen agudo y se explica a la paciente que necesita manejo quirúrgico de inmediato por probable apendicitis, junto con las complicaciones y riesgos que conlleva el procedimiento.

Se pasa paciente a quirófano y se realiza laparotomía exploradora, se localiza apéndice cecal de 8 cm de longitud sin alteración alguna, se continúa explorando cavidad abdominal encontrando a nivel de íleon divertículo de Meckel de 5 cm de longitud a 2 pies de válvula ileocecal (*Figura 1*), se realiza resección junto con 10 cm de intestino delgado (*Figura 2*), se hace entero-entero anastomosis término-terminal en dos planos, cerrando plano profundo con Vicryl 2-0 con puntos continuos y para la capa externa se manejó con puntos de Lembert con seda 2-0. El procedimiento también se acompaña de apendicetomía incidental manejada con ligadura y técnica de Pouchet sin

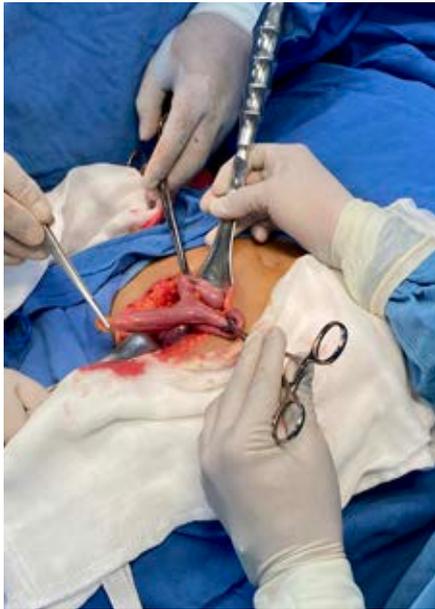


Figura 1:

Exposición de hallazgo de divertículo de Meckel.

complicaciones. Posteriormente se realiza cierre de cavidad por planos sin dejar ningún tipo de drenaje.

En el postoperatorio la paciente cursó sin complicaciones, sólo presentó náuseas sin llegar al vómito. Fue manejada con procinético como metoclopramida 10 mg IV, analgésico ketorolaco 30 mg IV y se dejó antibiótico ceftriaxona 1 g debido a la respuesta inflamatoria que presentaba previo a la intervención quirúrgica. Su evolución fue adecuada, por lo que se egresó a la paciente con analgésicos ketorolaco 10 mg por dos días más y con antibiótico cefalexina 500 mg vía oral hasta completar siete días, continuó con embarazo sin complicaciones.

La paciente fue citada 10 días después del alta a consulta externa de cirugía general con resultado de estudio anatomopatológico que mostró la presencia de mucosa gástrica ectópica con abundantes células inflamatorias.

DISCUSIÓN www.medigraphic.com

En la bibliografía se describe dentro de los primeros 100 cm de la válvula ileocecal, siendo más exacto a 2 pies (60 cm) de la válvula ileocecal como el hallazgo reportado en este paciente. Si bien las literaturas concuerdan que las causas de dolor abdominal durante el embarazo requieren

intervención quirúrgica, la causa más común es la apendicitis con una incidencia de 0.07% en todos los embarazos, esto ocasiona que el cirujano diagnostique erróneamente de primera instancia apendicitis por tener un cuadro abdominal agudo con cuenta leucocitaria elevada y varios signos clínicos compatibles con apendicitis como sucedió en este caso clínico.¹ Un artículo en el que evaluaron una serie de casos demostró que menos de 10% de los pacientes con divertículo de Meckel sintomático se hace el diagnóstico de forma preoperatoria, mientras que el resto durante los hallazgos operatorios.² La mucosa del divertículo puede contener tejido heterópico como mucosa gástrica o pancreática, que en muchos de los casos podrían explicar las manifestaciones clínicas. Dentro de estos tipos de tejido heterópico predomina el tejido gástrico en 16% en comparación con el pancreático que sólo se presenta en 2% de la población afectada.³ Dentro del abordaje diagnóstico sigue siendo la ecografía el estudio inicial en cualquier paciente embarazada como se aplicó en este caso de forma inicial, pero está descrito que tiene limitaciones debido a que no puede diferenciar una diverticulitis por Meckel de alguna otra patología intraabdominal como la apendicitis aparte de considerarse un estudio operador dependiente.⁴ La resonancia magnética puede representar una modalidad más sensible



Figura 2:

Resección de divertículo de Meckel con inflamación difusa.

en el diagnóstico de diverticulitis de Meckel en pacientes embarazadas, aunque esto se compensa con la duración de la exploración y la disponibilidad de recursos (sensibilidad de 91.8% y una especificidad de 97.9%).⁴ En cuanto a la tomografía computarizada se considera innecesaria debido a la radiación, especialmente en pacientes gestantes.⁴ En cuanto a su manejo una revisión de una literatura menciona que debido a su alta tasa de perforación de los divertículos de Meckel con sus graves complicaciones en el embarazo se justifica realizar extracción de manera profiláctica en mujeres una vez que se ha diagnosticado como incidental.⁵ Un reciente estudio de la clínica Mayo demuestra que los beneficios de la extirpación de un divertículo de Meckel incidental es superior al riesgo de desarrollar complicaciones, por lo cual el manejo quirúrgico continúa siendo el único tratamiento disponible, el cual se ofreció a la paciente gestante y se resolvió sin complicaciones.⁶

CONCLUSIONES

La inflamación del divertículo de Meckel en el embarazo es una complicación inusual, la importancia de este tema radica en que se debe considerar como diagnóstico diferencial en todos los casos de patologías abdominales agudas, ya que su presentación puede ser muy similar a un cuadro de apendicitis. Particularmente el cirujano debe pensar esta patología cuando los estudios radiográficos de diagnóstico no sugieren apendicitis, ya que retrasar el diagnóstico puede conducir a una perforación y así incrementar la morbilidad y mortalidad materno-fetal.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al jefe de enseñanza Francisco Martínez, con título de Cirujano General, quien aportó revisiones y correcciones y J Jesús Flores Chávez, médico adscrito, quien nos permitió participar en el procedimiento quirúrgico en el Hospital General de Manzanillo.

REFERENCIAS

1. Eisdorfer J, Zinkin NT, Rivadeneira DE. Meckel's diverticulitis: a rare cause of abdominal pain during pregnancy: images for surgeons. *ANZ J Surg.* 2018; 88 (7-8): 800-802. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27061447/>
2. Motta-Ramírez GA, Reyes-Méndez E, Campos-Torres J, García-Ruiz A, Rivera-Méndez VM, García-Castellanos JA et al. El divertículo de Meckel en adultos. *Anales de Radiología México.* 2015; 14: 20-30. Disponible en: https://www.webcir.org/revistavirtual/articulos/2016/4_noviembre/mx/diverticulo_esp.pdf
3. Colín G, De La Peña Méndez S, Omar C, Serrano R, Contreras Tamayo G. Divertículo de Meckel en el embarazo, resolución laparoscópica: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Mex Cir.* 2016; 17 (1): 47-50. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/endosco/ce-2016/ce16li.pdf>
4. Wong JYJ, Conroy M, Farkas N. Systematic review of Meckel's diverticulum in pregnancy. *ANZ J Surg.* 2021; 91 (9): E561-E569.
5. Rudloff U, Jobanputra S, Smith-Levitin M, Kessler E. Meckel's diverticulum complicating pregnancy. Case report and review of the literature. *Arch Gynecol Obstet.* 2005; 271 (1): 89-93.
6. Huerta S, Barleben A, Peck MA, Gordon IL. Meckel's diverticulitis: a rare etiology of an acute abdomen during pregnancy. *Curr Surg.* 2006; 63 (4): 290-293. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.cursur.2006.02.009>