

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.592>

Divertículo de Meckel Complicado en Adultos

Meckel's Diverticulum Complicated in Adults

Karina León Loaiza

karynleonloaiza@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-2419-8608>
Universidad Nacional de Loja
Loja – Ecuador

Julio Naula Guamán

jnaulagdr@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-7682-3853>
Hospital Básico Yantzaza
Zamora Chinchipe – Ecuador

Oscar Sarango Peláez

Sarangoscar2@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-4055-3905>
Universidad Nacional del Loja
Loja – Ecuador

Byron Serrano Ortega

byron.serrano@unl.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-5977-3599>
Universidad Nacional de Loja
Loja – Ecuador

Claudio Torres Valdivieso

Claudio.h.torres@unl.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0003-2406-9811>
Universidad Nacional de Loja
Loja – Ecuador

Artículo recibido: 17 de abril de 2023. Aceptado para publicación: 26 de abril de 2023.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

El Divertículo de Meckel es una anomalía congénita del tubo digestivo producida por falla del conducto onfalomesentérico en obliterarse durante el desarrollo fetal. Su incidencia es de 2%, suele presentarse antes de los 2 años de edad, y con frecuencia el divertículo de Meckel contiene dos tipos de mucosa: intestinal y heterotópica, gástrica o pancreática. La mayoría suelen ser asintomáticos. Los casos sintomáticos suelen presentarse por sangrado, obstrucción intestinal o inflamación. La diverticulitis de Meckel ocurre en 20% de los pacientes sintomáticos y con frecuencia se confunde con apendicitis aguda. Esta patología es rara en adultos y por lo general es diagnosticada en el intraoperatorio. De ahí la importancia de tener en cuenta las manifestaciones clínicas y diagnósticos diferenciales del abdomen agudo y correlacionarlos con los auxiliares diagnósticos. En el Hospital Básico de Yantzaza de la provincia de Zamora Chinchipe no se dispone auxiliares de imagen necesarios por ello la importancia de tener una personal médico capacitado en la detección y resolución de esta anomalía. En esta revisión se da a conocer dos casos clínicos de abdomen agudo con sospecha de apendicitis aguda


finalmente demostrándose que se trató de divertículo de Meckel complicado en adultos. El primer caso es una paciente de 16 años a la cual se realizó diverticulectomía y el segundo caso corresponde a una paciente de 62 años en quien se realizó resección intestinal y anastomosis primaria en las cuales el procedimiento quirúrgico fue oportuno y acertado para la resolución del cuadro clínico que curso sin complicaciones.

Palabras clave: dolor abdominal, divertículo ileal, diverticulitis

Abstract

Meckel Diverticulum is a congenital abnormality of the digestive tract caused by failure of the onphalomesenteric duct to obliterate during fetal development. Its incidence is 2%, usually occurring before age 2, Meckel's diverticulum often contains two types of mucosa: Intestinal and heterotopic, gastric or pancreatic. Most are usually asymptomatic. Symptomatic cases are usually caused by bleeding, intestinal obstruction, or inflammation. Meckel's diverticulitis occurs in 20% of symptomatic patients and is often confused with acute appendicitis. This pathology is rare in adults and is usually diagnosed in the intraoperative. Hence the importance of taking into account the clinical manifestations and differential diagnoses of the acute abdomen and correlating them with the auxiliaries. In the Basic Hospital of Yantzaza in the province of Zamora Chinchipe there are no necessary imaging aids available, therefore the importance of having a medical staff trained in the detection and resolution of this anomaly. This review presents two clinical cases of acute abdomen with suspected acute appendicitis, finally showing that it was complicated Meckel diverticulum in adults. The first case is a 16-year-old patient who underwent diverticulectomy and the second case corresponds a 62-year-old patient in whom intestinal resection and primary anastomosis were performed in which the procedure was performed surgical was timely and successful for the resolution of the clinical picture that ran without complications.

Keywords: abdominal pain, ileal diverticulum, diverticulitis

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons . 

Como citar: León Loaiza, K., Naula Guamán, J., Sarango Peláez, O., Serrano Ortega, B., & Torres Valdivieso, C. (2023). Divertículo de Meckel Complicado en Adultos. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 4(2), 38–49.
<https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.592>

INTRODUCCIÓN

En 1598, el alemán Guilhelmus Fabricius Hildanus describió por primera vez la existencia del divertículo de Meckel (DM) en la pared intestinal. El anatomista alemán Johann Friedrich Meckel en 1809 concibió las características embriológicas del divertículo, indicando que este se desarrolla por la atrofia incompleta del conducto onfalomesentérico o vitelino. Un siglo después, Salzer y Deetz demostraron la presentación clínica como complicación hemorrágica del divertículo de Meckel, con el descubrimiento de la presencia de mucosa ectópica gástrica y la ulceración asociada en esta estructura. El divertículo de Meckel, se constituye en la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, su prevalencia oscila entre el 0,06 y el 1,3% caracterizado típicamente como divertículo real, porque contienen todas las capas estructurales que se encuentran en el intestino delgado normal, estos divertículos, cuando se presentan, típicamente se localizan en el borde anti mesentérico del íleon, por lo general ubicados entre los 60 y 90 cm de la válvula ileocecal. (Klingensmith, 2016, p.343)

Típicamente en cuanto a su presentación clínica aparecen asintomáticos en el 60%, síntomas clínicos abdominales están presentes en un 40% y, en un 10% puede presentarse con complicaciones. (García-Márquez et al., 2022, p. 118) La forma más frecuente de presentación en la infancia es la de tipo hemorragia y, representa más de 50% de las complicaciones relacionadas con un DM en pacientes menores de 18 años. En los adultos la presentación habitual de DM es la obstrucción intestinal que puede ser desencadenada por varios mecanismos: a) vólvulo del intestino alrededor de la banda fibrosa que une el divertículo con el ombligo; b) atrapamiento de intestino por una banda mesodiverticular; c) intususcepción, o d) estrechez secundaria a diverticulitis crónica. Se han descrito también la formación de enterolitos y desarrollo de neoplasias como causantes de la obstrucción intestinal. (Yildiz et al., 2016, p.8.) En 20% de los pacientes con divertículo de Meckel sintomáticos desarrollan diverticulitis y se acompañan de un síndrome clínico que no se diferencia de la apendicitis aguda, o en algunos casos raros con duplicación de mismo. (López-Lizárraga et al., 2017) (Charles Brunnicardi et al., s. f., p. 1164.)

En los menores de 2 años, el diagnóstico suele hacerse, entre el 50% y 60% de los pacientes por el cuadro clínico caracterizado por dolor y distensión abdominal. Como las complicaciones asociadas con el DM tienden a disminuir conforme avanza la edad, el DM es raramente diagnosticado en adultos. El riesgo de complicaciones fluctúa entre 3,7% y 6,4% (Yildiz, 2016, p.8). El DM es una patología de difícil diagnóstico y un reto para el cirujano, ya que su localización anatómica dificulta el acceso mediante endoscopia y visualización por técnicas de imagen convencionales, por lo que su detección y ubicación se hace intra-operatoriamente y suele confundirse con la apendicitis aguda debido a su similitud en la sintomatología de presentación. (Uppal et al., 2011). Los estudios imagenológicos en los pacientes asintomáticos son de poco valor diagnóstico, dado que no se distingue claramente entre las estructuras sonográficas del intestino delgado y el divertículo. En pacientes sintomáticos, la tomografía computarizada es muy útil sobre todo en las diverticulitis, que puede observarse como una formación diverticular de tamaño variable, con conteniendo de líquido o aire en su interior. (Emre et al., 2013) (Patel & Wenzke, 2015, p. 8). La angiografía, endoscopia con doble balón o cápsula endoscópica, o el centellograma con pertecnetato de tecnecio pueden ser útiles para el caso de sangrado, pero limitados en muchas casas de salud.

El diagnóstico temprano evita complicaciones adicionales y la hospitalización prolongada por lo cual es importante reconocer de manera temprana la presencia de un divertículo ante la sospecha del mismo, ya que la mayoría suelen presentarse con dolor abdominal agudo en el cuadrante inferior derecho y debe considerarse el mismo ante la presencia de otros indicativos como la edad, síntomas asociados, forma de presentación, y la posibilidad de realizar una prueba

diagnóstica ante la alta sospecha y posibilidad según el nivel de atención. Entre las pruebas más recomendadas se ha determinado a la tomografía computarizada multidetector (TCMD), resonancia magnética nuclear, gammagrafía convencional (GC) y tomografía por emisión de fotón único (SPECT) estos últimos como nuevos métodos diagnósticos en los que se puede emplear el radioisótopo tecnecio-99 metaestable ya que el radioisótopo es captado y secretado por las células mucinosas del tejido gástrico heterotópico pudiendo ser identificado por gammagrafía dándole una sensibilidad de 80-85% y la especificidad del 85-95%, con lo cual se puede descartar la presencia del divertículo cuando la sospecha sea alta y el cuadro pueda confundirse con una apendicitis aguda. (Briones-Velázquez & Páez-Moreno, 2020, p. 240-241)

Por ser una patología poco frecuente, existen escuelas diferentes que definen la estrategia de manejo, así se considera un manejo conservador de la enfermedad diverticular yeyunal sintomática; frente a la presencia de un cuadro inflamatorio leve, se considera manejo clínico (reposo intestinal y antibióticos). La cirugía es la correcta elección para el manejo, así se considera: sutura de la perforación (con cierre de parche omental); invaginación del divertículo (con sutura); resección segmentaria de intestino delgado y anastomosis primaria, el cierre con parche y la invaginación tienen la más alta tasa de complicaciones y mortalidad. Si hay que manejar complicaciones, la resección quirúrgica es el procedimiento definiendo tempranamente la continuidad intestinal. (Cohen et al., 2014, p. 90.)

Es importante entonces saber identificar de manera temprana el DM y realizar un manejo quirúrgico correcto ante la presencia ya instaurada de una complicación para lo cual se debe tener en cuenta las posibilidades técnicas quirúrgicas de resolución según la forma de presentación. Esta entidad posee una morbilidad de 13% y una mortalidad de 0% de acuerdo a la evidencia disponible. (Jaymi Dumper et al., s. f., p. 356)

En los casos presentados la decisión quirúrgica realizada fue en relación a los hallazgos intraoperatorios, en el primer caso se encontró con una lesión localizada y con tejido intestinal viable tomando la decisión de una Diverticulectomía. En el segundo caso se encontró con una lesión necrótica rodeada de una gran reacción inflamatoria que comprometía todo el diámetro intestinal, se decidió una resección de íleon y restitución de tránsito intestinal, obteniendo buenos resultados para los pacientes evidenciados en el posoperatorio temprano.

METODOLOGÍA

Descripción de los Casos Clínicos.

Caso 1

Paciente de sexo femenino de 16 años que acude al servicio de urgencias con dolor abdominal difuso de moderada intensidad de más de 48 horas de evolución, desde hace 36 horas el dolor se intensifica y localiza en flanco y fosa ilíaca derecha. Al examen físico: Peso: 51.6 Kg; TA: 130/84mmHg; FC: 98x' FR: 26x'; T 37°. Abdomen: dolor localizado en flanco y fosa ilíaca derecha, con contractura muscular y reacción peritoneal. Laboratorio: Hemoglobina 14,2; Hematocrito 43,5; Leucocitos 6580; Neutrófilos 60%; Urea 27,3; Creatinina 1,11; TGP 10,9; TGO 72,8; Fosfatasa Alcalina 91; Amilasa 68; PCR 12.

Conducta. Laparotomía exploradora. Aproximadamente a 70 cm de la válvula ileocecal se observó saco diverticular de 2 x 5 cm, congestivo, eritematoso con gleras fibrinopurulentas, apéndice de aspecto normal. Se decide diverticulectomía y rafia de intestino delgado.

Figura 1

Divertículo inflamado y apéndice



Figura 2

Disección de divertículo y liberación de adherencias

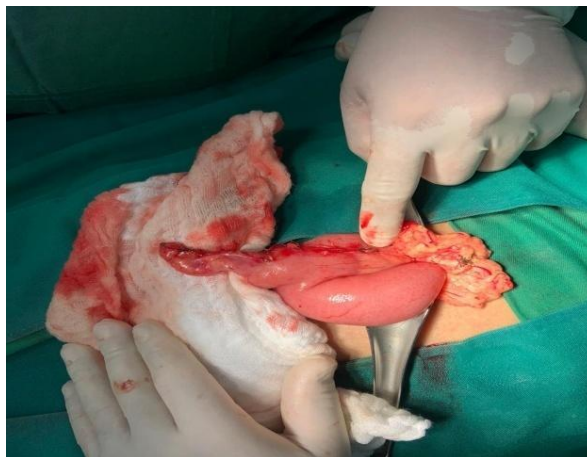


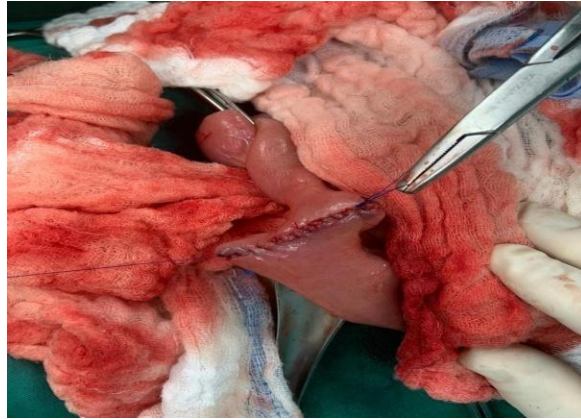
Figura 3

Diverticulectomía



Figura 4

Rafia de intestino delgado



Informe de Examen Histopatológico. Hallazgos morfológicos consistentes con diverticulitis. No se observa malignidad en las muestras estudiadas.

Caso 2

Paciente de sexo femenino, 62 años, con antecedente de Hipertensión arterial, Diabetes y Valvulopatía Cardíaca. Acude a urgencias con 30 horas de evolución de dolor que inicia en mesogastrio e irradia a fosa ilíaca derecha, además astenia y anorexia. Al examen físico: TA: 104/61mmHg, T: 36°; FC 73x'. Peso 76,5 Kg. Abdomen globuloso, distendido, doloroso en cuadrante inferior derecho. Mc Burney, Blumberg, Rovsing +. Laboratorio. Leucocitos de 16000, neutrófilos 81%, hemoglobina 14,9. urea 50,8, creatinina 1,16. PCR 22,2.

Conducta: Laparotomía Exploradora. Aproximadamente a 50 cm de la válvula ileocecal se observa segmento de íleon terminal de 12 cm congestivo eritematoso con área de 5 x 5 cm dilatada con gleras fibrino-purulentas y parches necróticos. Se realiza resección de 15 cm de íleon y reconstrucción de tránsito intestinal.

Figura 5

Segmento de íleon con signos inflamatorios y necrosis



Informe de Examen Histopatológico

Segmento de intestino delgado de 15x4x4 cm, con gleras fibrino purulentas, con áreas de invaginación de la mucosa. Hallazgos microscópicos muestran proceso inflamatorio crónico severo que se extiende hasta la grasa pericólica, hiperplasia linfoide reactiva, ausencia de capa muscular (aspecto diverticular), fibrosis moderada, bordes de sección viables.

RESULTADOS

El divertículo de Meckel en el adulto es poco frecuente detectándose muchas veces ante la presencia de una de sus complicaciones, los síntomas y signos son inespecíficos y el hallazgo suele ser intraoperatorio por lo general en una laparotomía en la que previamente se confundió con una apendicitis aguda.

Los métodos de diagnóstico por imagen han demostrado su utilidad para detectar la presencia de un divertículo o signos de sus complicaciones, sin embargo, no en todos los centros hospitalarios básicos del país se cuenta con estos equipos y pero aún disponer de ellos ante la presencia de una emergencia por lo cual la importancia de intervención temprana cuando ya se presentó la complicación inflamatoria.

La realización de una historia clínica correcta, con su anamnesis, examen físico detallado, ha sido, es y seguirá siendo el pilar fundamental en el diagnóstico y tratamiento adecuado de los pacientes.

La conducta quirúrgica a tomar frente a un divertículo aún está en controversia, para unos es suficiente con la diverticulectomía, pero otros recomiendan una resección intestinal. Se debe individualizar cada caso y tomar en consideración ciertas características como la edad, calidad del tejido intestinal adyacente, intensidad de la reacción inflamatoria loco regional, por ejemplo.

DISCUSIÓN

La formación del Divertículo de Meckel embiologicamente sucede entre la décima y duodécima semana de gestación, durante este período el conducto onfalomesentérico se estrecha y se localiza en el interior del cordón umbilical. Posteriormente el conducto onfalomesentérico involucre una banda fibrosa delgada antes de ser absorbido mientras que por otro lado el intestino queda libre en el interior de la cavidad peritoneal. El Divertículo de Meckel se produce por la atrofia incompleta de dicha porción intestinal. (Valdés, 2018, p. 4). Como ya se mencionó el Divertículo de Meckel es más frecuente en el sexo masculino alrededor de los 30 años. En los casos presentados en esta revisión las dos pacientes fueron del sexo femenino incidencia de presentación que difiere a los datos reportados que indican que el sexo de mayor presentación del cuadro es el sexo masculino como se describe por Zarate y col. en el Instituto Nacional de Pediatría de México, ellos reportaron 61 pacientes con Divertículo de Meckel, donde 24% fueron del sexo femenino y 75% del sexo masculino. Arnold y Pellicane reportaron 58 pacientes con divertículo de Meckel sintomáticos de los cuales la mayoría fue del sexo masculino (77%). De la misma manera St-Vil y col., en el Hospital de St Justine, encontraron en 164 casos de Divertículo de Meckel que 120 corresponden al género masculino y 44 al femenino, factor que además estaría en relación con la probabilidad de desarrollar complicaciones es decir mayor riesgo en hombres que en mujeres. (Álvarez et al., 2004)

La posición del Divertículo de Meckel a lo largo del íleon es variable, por lo general se localiza hasta 100 cm de la válvula ileocecal, con una distancia máxima de 180 cm. Se ha descrito que la distancia media del divertículo a la válvula ileocecal se relaciona de manera directa con la edad, presentándose aproximadamente así a 34 cm en niños menores de 2 años; a los 46 cm de distancia de la válvula en las personas comprendidas entre 3 y 21 años, y de 67 cm en adultos

apartir de 21 años. Morfológicamente mide 3cm de longitud oscilando entre 1 y 10 cm por 1,9 cm de ancho; la mucosa puede contener tejido ectópico gástrico 60%, pancreático, duodenal, ileal, colónico, endometrio. (Casella et al., s. f., p. 150-151.). En los casos presentados en esta revisión se encontró que el primero estaba localizado a 70 cm y el segundo a 50 cm de la válvula ileocecal respectivamente lo cual es consistente con la localización presentada en otros casos documentados. Otro caso reportado de un DM perforado en un paciente de 14 años en el que al realizar laparoscopia en el apéndice se encontró sano se continuó con la laparoscopia y se identificó un DM perforado a 50 cm proximal a la válvula ileocecal demuestran que los datos coinciden con la incidencia de localización y la edad. (Ruh et al., 2002, p. 1638.). Por tanto, se debe tener presente que para sus consideraciones diagnósticas la localización del DM puede oscilar entre los rangos mencionados recomendando la revisión del íleon hasta 180cm de la válvula ileocecal. (Patricio et al., 2013)

El compromiso inflamatorio del Divertículo de Meckel suele ser un diagnóstico incidental, en el medio no existen estudios que demuestran la casuística de presentación de tipo inflamatorio, sin embargo, si se compara la tasa en estudios internacionales reportados la definen como una afección común con una incidencia estimada del 25%. El 80% de los pacientes que presentan diverticulitis tienen 50 años o más. (García, 2022). Así mismo Kawamoto, 2015 define al DM como una entidad asintomática en la mayoría de casos y como un hallazgo intraoperatorio como se presenta en el 80% de pacientes y de ellos el 96% ocurre en adultos y los hallazgos anatomopatológicos muestran tejido ectópico y diverticulitis, el restante 4% corresponde a población pediátrica. (p.8). Comparando con estos datos se encontró que los dos casos presentados fueron un hallazgo incidental durante una laparotomía con diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda, es decir, un cuadro inflamatorio. El primer paciente de 16 años con dolor abdominal difuso de moderada intensidad de más de 48 horas de evolución, que a las 36 horas el dolor se intensifica y localiza en flanco y fosa ilíaca derecha, el segundo caso paciente de 62 años con 30 horas de evolución de dolor que inicia en mesogastrio e irradia a fosa ilíaca derecha, en ambos casos se pensó en una apendicitis aguda complicada es decir un cuadro inflamatorio que finalmente fueron una presentación inflamatoria de Divertículo de Meckel. Arnold y cols reportan es un estudio realizado en 58 pacientes que no tuvieron síntomas la descripción de las complicaciones más frecuentes en orden decreciente: obstrucción intestinal 36.5%, intususcepción 6.8% a 13.7%, inflamación 12,7%, hemorragia 11.8%, perforación 7.3%, formando parte de una hernia 4.7% (hernia de Littré), desarrollo de neoplasia 3.2% y fístula umbilical 1.7% en del sexo masculino en 77% y femenino 23% (Figueredo Marín, 2018, p.1.) comparando con los casos presentados cuya presentación fue inflamación del divertículo.

En la forma de presentación sintomática, los adultos suelen manifestarse más frecuentemente con signos y síntomas de sangrado digestivo, seguidos por obstrucción, diverticulitis la misma puede confundirse con un cuadro de apendicitis aguda como en los casos presentados, en niños la mayoría presenta obstrucción, seguida por el sangrado y la diverticulitis. Se ha demostrado que en los pacientes sintomáticos los resultados anatomopatológicos que demuestran tejido ectópico y diverticulitis son más frecuentes que en los asintomáticos. (Kawamoto et al., s. f., p. 281.) Esto se demuestra también en los casos presentados cuyo reporte histopatológico fue para el primer caso hallazgos morfológicos consistentes con diverticulitis no se observa malignidad en las muestras estudiadas y para el segundo caso el reporte fue un segmento de intestino delgado de 15x4x4 cm, con gleras fibrino purulentas, con áreas de invaginación de la mucosa hallazgos microscópicos muestran proceso inflamatorio crónico severo que se extiende hasta la grasa pericólica, hiperplasia linfoide reactiva, ausencia de capa muscular (aspecto diverticular), fibrosis moderada, bordes de sección viables.

Ante la presencia del DM es importante tener en cuenta los diagnósticos diferenciales de entidades con dolor abdominal en cuadrante inferior derecho y pensar en una DM según los

aspectos mencionados anteriormente en su frecuencia de presentaciones. La evidencia define tener en cuenta en la valoración el descarte de entidades como: apendicitis aguda, enfermedad inflamatoria intestinal y diverticulitis colónicas. (Bermá et al., s. f., p. 4.) Los casos mencionados fueron más bien un hallazgo intraoperatorio como la mayoría de los asintomáticos y que se presenta con el cuadro inflamatorio, como se señala en el siguiente estudio de prevalencia de las complicaciones del DM y su tratamiento quirúrgico; que la apendicitis aguda es el diagnóstico diferencial clínico más importante de esta patología, ella reporta que el 68,75% del total de pacientes ingresaron con diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda, 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 peritonitis. (Díaz & Mendoza Esteban, s. f.)

Entre los medios diagnósticos que pueden apoyar en la identificación del DM se indica a la Gammagrafía de Meckel, esta prueba es la más precisa 90% en niños, pero es menos exacta en adultos 46%. Según otros estudios realizados acerca de los auxiliares diagnósticos del Divertículo de Meckel se ha informado el uso de la Tomografía Computarizada Multidetector (TCMD) para determinar la presencia del Divertículo la misma que debe sospecharse cuando se observa una estructura tubular ciega conectada al íleon terminal por un cuello de tamaño variable. La angiografía por TCMD, en casos de hemorragia gastrointestinal aguda, puede identificar la extravasación de contraste y la acumulación de sangre en el DM, y podría demostrar la persistencia de la arteria onfalomesentérica, que es diagnóstica de DM. (Parra-Fariñas et al., 2019, p.1.) La ecografía abdominal puede ser útil teniendo en cuenta que es una prueba diagnóstica operador dependiente y sabiendo reconocer los hallazgos sonográficos como son diferenciar ultrasonográfica entre un divertículo de Meckel inflamado y una apendicitis aguda por medio de su ubicación anatómica. En el DM a diferencia del apéndice, no hay asociación con el ciego. Además, en un DM el diámetro es de hasta 40 mm, se puede observar una pared bien definida del intestino delgado con 3 capas definidas visibles por ecografía son parámetros que pueden ayudar a distinguir entre un divertículo de Meckel y el apéndice. (Wilhelm et al., 2001). El Hospital Básico de Yantzaza es una entidad de salud cantonal de nivel básico por lo cual actualmente aquí no se cuenta con los medios diagnósticos sofisticados para solicitar en caso de una sospecha diagnóstica de DM antes de realizar cualquier procedimiento quirúrgico, en este caso la detección de un DM continuará siendo un diagnóstico intraoperatorio teniendo en cuenta siempre la sospecha diagnóstica clínica para poder prever el tratamiento quirúrgico. En ciertos casos el enfrentamiento diagnóstico de esta nosología dependerá de la manifestación clínica, es decir si se presenta con hemorragia digestiva, obstrucción, inflamación, etc. En el caso de hemorragia digestiva, si bien la cápsula endoscópica es la técnica de elección, su rendimiento diagnóstico para la detección del divertículo de Meckel no es del todo claro y no ha sido comparado de forma controlada con otras técnicas diagnósticas. (Latorre gonzalolatorre et al., s. f., p. 14) Es por ello que se menciona que el mejor método diagnóstico es la Gammagrafía con pertecnetato de 99mTc. (Wilhelm et al., 2001)

En relación al manejo quirúrgico del DM se ha mencionado en el caso de la diverticulitis realizar la Diverticulectomía o Resección y Anastomosis Primaria. En los casos complicados ya sea con diverticulitis o perforación, es más recomendable la resección con anastomosis a la resección en cuña o tangencial con grapadoras, por el riesgo de que quede mucosa ectópica anormal en el intestino adyacente al divertículo. (Pérez Suárez et al., 2017) Como se señala en la literatura, el tratamiento consiste en una intervención quirúrgica inmediata con resección del divertículo o el segmento de íleon que lo aloja. Así mismo los casos con hemorragia, deben ser manejados con resección intestinal segmentaria. Para los casos de las dos pacientes que fueron atendidas en el Hospital Básico de Yantzaza la decisión quirúrgica fue: para el primer caso Diverticulectomía y para el segundo Resección y anastomosis primaria en un solo tiempo, lo cual se corrobora con

lo antes mencionado en cuanto al manejo quirúrgico, decisiones que fueron tomadas durante el procedimiento ya que inicialmente se pensó en una apendicitis aguda lo cual demuestra que se realizó un correcto manejo e identificación correcta de la patología quirúrgica pese a que en el hospital no se contaron con ningún medio diagnóstico de imagen que pudiera apoyar al diagnóstico diferencial ante la sospecha de este padecimiento.

El tratamiento en pacientes asintomáticos es discutido. Un estudio realizado por la Clínica Mayo basado en una experiencia con 1.476 pacientes entre 1950 y 2002, se llega a la conclusión de que deben resecarse aquellos que miden más de 2 cm, en pacientes menores de 50 años y de sexo masculino, lo cual se recomienda ya que algunas de estas características aumentan el riesgo de sufrir complicaciones. (Casella et al., s. f., p.151.) No hay un consenso en cuanto a su manejo terapéutico, aunque la literatura clásica describe a la cirugía de resección intestinal con anastomosis primaria como el tratamiento de elección, también debe considerarse el tratamiento clínico conservador con antibioterapia en casos leves. Por ello la resección se indica en pacientes sintomáticos, para las personas que se presentan con obstrucción, es posible realizar una diverticulectomía simple. Otros factores a tener en cuenta para realizar una resección segmentaria del intestino delgado son la diverticulitis aguda, divertículo de base ancha, vólvulo con intestino necrótico o sangrado de una úlcera del divertículo. Además, tener en cuenta que no está indicado realizar diverticulectomía incidental durante la intervención quirúrgica en caso que se ingrese a cirugía por otro cuadro patológico abdominal. (Brunicardi, 2015, p. 1164)

REFERENCIAS

Álvarez, R., Vargas, M. del P., Bulnes, D., Gutiérrez, P., & Tuyub, W. (2004). Divertículo de Meckel asociado a divertículo ileal en un niño. *Caso Clínico*, 60-67.

Bermá, M., Rodríguez Molina, A., García Gutierrez, G., Cuartero Martínez, E., Romero Laguna, V., & Guerrero, A. T. (s. f.). Divertículo de Meckel en Urgencias: presentación clínica y hallazgos asociados. Recuperado 30 de agosto de 2022, a partir de [file:///Users/macbookpro/Downloads/1778-Presentaci%C3%B3n%20Electr%C3%B3nica%20Educativa-1786-1-10-20190321%20\(1\).pdf](file:///Users/macbookpro/Downloads/1778-Presentaci%C3%B3n%20Electr%C3%B3nica%20Educativa-1786-1-10-20190321%20(1).pdf)

Briones-Velázquez, E. A., & Páez-Moreno, S. (2020). Usefulness of nuclear medicine in the diagnosis of Meckel's diverticulum. *Revista Mexicana de Pediatría*, 87(6), 240-243. <https://doi.org/10.35366/97688>

Casella, N. T., Vallverdú Scorza, M., Lyford-Pike Bosch, P., & Rivero, R. N. (s. f.). Diverticulitis de Meckel. A propósito de un caso clínico.

Charles Brunnicardi, F., Andersen, D. K., Billiar, T. R., George Vance Foster Professor, F., Dunn, D. L., Hunter, J. G., Mackenzie Professor, F., Matthews, J. B., Phemister Professor of Surgery, D. B., Pollock, R. E., Professor, F., Martha Elena Araiza Rafael Blengio Pinto José Luis González Hernández, D., & Anahí Chong Hurtado Schwartz Principios de cirugía, D. (s. f.). *Schwartz Principios de Cirugía 10a Edición*.

Cohen, K., Valent, B. M., & Juarez, J. M. (2014). El divertículo de Meckel. www.elsevier.es

Díaz, M., & Mendoza Esteban. (s. f.). Prevalencia de las complicaciones del divertículo de Meckel y su tratamiento quirúrgico en un hospital de alta complejidad en el periodo 2018-2019. <https://doi.org/10.18004/sopaci.2019.diciembre>

Emre, A., Akbulut, S., Yilmaz, M., Kanlioz, M., & Aydin, B. E. (2013). Double Meckel's Diverticulum Presenting as Acute Appendicitis: A Case Report and Literature Review. *The Journal of Emergency Medicine*, 44(4), e321-e324. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.11.001>

Figueredo Marín, B. (2018). MECKEL'S DIVERTICULITIS PERFORATED IN AN ADULT PATIENT. *CIRUGIA PARAGUAYA*, 42(3), 36-37. <https://doi.org/10.18004/sopaci.2018.diciembre.36-37>

García-Márquez, J., García-Verdejo, F. J., & Caballero-Mateos, A. M. (2022). Diverticulitis aguda en íleon terminal: un caso raro a tener en cuenta. *Revista de Gastroenterología de México*, 87(1), 118-119. <https://doi.org/10.1016/j.rgm.2021.03.003>

Jaymi Dumper, Shawn Mackenzie, Philip Mitchell, Francis Sutherland, May Lynn, & Daphne Mew. (s. f.). Complicaciones del DM en adultos.

Kawamoto, S., Raman, S., Blackford, A., Ruban, R., & Fishman, E. (s. f.). Detección por TC de divertículo de Meckel sintomático y asintomático. <https://doi.org/10.2214/AJR.14.13898>

Klingensmith, M. E. (2016). *Manual Washington de Cirugía*. Wolters Kluwer.

Latorre gonzalolatorre, G., Latorre, G. S., Gómez, J. L., Arnold, J. A., Silva, F. P., Bellolio, F. R., Escarate, J. L., Álvarez-Lobos, M., Espino, A. E., & Ignacio Vargas, J. D. (s. f.). Caso Clínico Diagnóstico de divertículo de Meckel mediante cápsula endoscópica.

López-Lizárraga, C. R., Sánchez-Muñoz, M. P., Juárez-López, G. E., Pelayo-Orozco, L., de la Cerda-Trujillo, L. F., & Ploneda-Valencia, C. F. (2017). A rare case of a strangulated Littre's hernia with Meckel's diverticulum duplication. Case report and literature review. *International Journal of Surgery Case Reports*, 33, 58-61. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2017.02.032>

Parra-Fariñas, C., Quiroga-Gomez, S., Castro-Boix, S., Vallribera-Valls, F., & Castellà-Fierro, E. (2019). Tomografía computarizada del divertículo de Meckel complicado en adultos. *Radiología*, 61(4), 297-305. <https://doi.org/10.1016/j.rx.2018.10.010>

Patel, N. B., & Wenzke, D. R. (2015). Evaluating the Patient with Right Lower Quadrant Pain. *Radiologic Clinics of North America*, 53(6), 1159-1170. <https://doi.org/10.1016/j.rcl.2015.06.004>

Patricio, I. G., Cruz, J., Elizalde, L., & Tapia, D. (2013). CASO CLÍNICO CLINICAL CASE Invaginación intestinal ileoileal causada por divertículo de Meckel. En *Rev Chil Pediatr* (Vol. 84, Issue 2).


Pérez Suárez, M. de J., Campbell Brown, D., Pérez Suárez, C. M., Gamboa Fajardo, A. A., & Palacios Ojeda, L. (2017). Peritonitis difusa por divertículo de Meckel Presentation of a case. *Multimed*, 21(4).

Ruh, J., Paul, A., Dirsch, O., Kaun, M., & Broelsch, C. E. (2002). Laparoscopic resection of perforated Meckel's diverticulum in a patient with clinical symptoms of acute appendicitis. *Surgical Endoscopy*, 16(11), 1638-1639. <https://doi.org/10.1007/s00464-002-4207-4>

Uppal, K., Shane Tubbs, R., Matusz, P., Shaffer, K., & Loukas, M. (2011). Meckel's diverticulum: A review. *Clinical Anatomy*, 24(4), 416-422. <https://doi.org/10.1002/ca.21094>

Wilhelm, A., Langer, C., Müller, A., & Becker, H. (2001). Sonographische Diagnose der Meckel-Divertikulitis beim Erwachsenen. *Zeitschrift Für Gastroenterologie*, 39(1), 73-75. <https://doi.org/10.1055/s-2001-10689>

Yildiz, I., Koca, Y. S., & Barut, I. (2016). An unusual case of intraabdominal abscess and acute abdomen caused by axial torsion of a Meckel's diverticulum. *Annals of Medicine and Surgery*, 6, 74-76. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2016.01.082>

Todo el contenido de **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](#) .