

Artículo Original

Divertículo de Meckel.

A propósito de un caso.

Meckel's diverticulum. Case report.

***Dra. Carla Espínola¹,
Dr. Miguel Acuña¹,
Dr. Alfredo Chaparro²,
Prof. Dr. Gustavo Machain³.***

1) Residentes de la II Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas. FCM – UNA.

2) Sub - Jefe de Guardia de la II Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas. FCM – UNA.

3) Profesor Asistente y Jefe de Departamento. Segunda Cátedra de Clínica Quirúrgica. FCM – UNA.

RESUMEN

Introducción: El divertículo de Meckel es una patología poco frecuente, que presenta una semiología muy parecida a la del cuadro de apendicitis aguda, motivo por el cual su diagnóstico generalmente es incidental o accidental y en el post operatorio.

Objetivo: Presentar un caso de Divertículo de Meckel complicado, con inflamación y perforación y realizar una revisión de esta patología.

Material y Método: Reporte de un caso, paciente masculino de 15 años de edad, que consulta al Servicio de Urgencias del Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, por dolor en fosa iliaca derecha (FID) y ante sospecha de apendicitis aguda, se realiza laparotomía, constatándose una diverticulitis de Meckel perforada. Se realizó resección intestinal y anastomosis terminoterminal. La histología confirmó el diagnóstico con extensa mucosa gástrica heterotópica. El paciente tuvo buena evolución y fue dado de alta en su 6ª DPO.

Conclusión: La revisión del segmento terminal del ileon durante la apendicectomía debe ser una rutina quirúrgica. Es importante conocer esta patología, su diagnóstico y sus opciones de tratamiento.

Palabras claves: Divertículo de Meckel. Diverticulitis de Meckel.

SUMMARY

Introduction: Meckel's diverticulum is an infrequent pathology with semiology of acute appendicitis and usually with accidental or incidental diagnosis in the post operative.

Objective: To present a case report of complicated Meckel's Diverticulum and shower a review of this pathology.

Material and MethodS: Case report over male patient, 15 years old concurrent to Hospital of Clinics of the Faculty of Medical Sciences of Asunción's National University, with pain in FID. Laparotomy shower Meckel's Diverticulum associated with perforation. Realized resección intestinal and anastomosis terminoterminal. The histology confirmed the diagnosis with extensive mucous gastric heterotópica. The patient had good evolution and DPO was high of in his 6ª.

Conclusions: The review over terminal ileum will have the standard routine in the apendicectomy.

Is important know this pathology, diagnosis and treatment.

Key words: Diverticulum's Meckel. Diverticulitis de Meckel.

INTRODUCCION

El divertículo de Meckel representa un auténtico divertículo del ileon, el que contiene todas las cuatro capas de la pared intestinal. Constituye la anomalía más frecuente del intestino delgado, y su ocurrencia es de aproximadamente un 2% de la población general.

Su primera descripción fue hecha por Hildanus en el año de 1598 (1), y luego descrito en detalle por Meckel, en 1809 (2). Se localiza en el borde antimesentérico del ileon, y resulta de un cierre incompleto del conducto onfalomesentérico. Los anglosajones denomina al Divertículo de Meckel, la enfermedad de los dos, pues representa al 2% de la población, dos veces mas frecuentes en el sexo masculino, y generalmente, a unos 60 cm. (2 pies) dirección proximal a la válvula ileocecal. (1,2)

En un trabajo de Ortiz V. se constató la presencia de 85 casos de divertículo de Meckel en un periodo de 30 años, que correspondería a un 0,59%, se vio con frecuencia en el sexo femenino y predominio entre 20 y 30 años, lo cual concuerda con la literatura (3).

La mayoría de ellos se descubren accidentalmente durante una laparotomía, autopsia o en estudios de imágenes (4).

Presentamos el caso de un paciente que acudió a nuestro servicio y hacemos una revisión de la literatura.

Reporte de caso

Paciente de 15 años, masculino, ingresa por urgencias por un cuadro de 6 horas de dolor en fosa iliaca derecha de inicio brusco, intenso, tipo puntada, que posteriormente se generaliza en todo el ab-

domen, acompañado de nauseas y vómitos en varias oportunidades.

Al examen físico presentaba un abdomen blando, depresible, doloroso en fosa iliaca derecha con defensa muscular e irritación peritoneal, RHA disminuidos.

Fue intervenido quirúrgicamente con el diagnóstico de apendicitis aguda.

En el acto quirúrgico se constató un apéndice cecal congestivo y al examinar el ileon terminal a unos 70 cm. de válvula ileocecal, se encontró un divertículo de Meckel inflamado y perforado (*Figura 1 y 2*).

Se realizó apendicectomía más resección de 10 cm. aproximadamente de ileon más anastomosis terminoterminal.

Tuvo una buena evolución postoperatoria y fue dado de alta en su 6ª DPO.

El informe anatomopatológico reveló, apéndice cecal con congestión en la serosa, y divertículo de Meckel con extensa área de mucosa gástrica heterotópica.

DISCUSIÓN

La obliteración del conducto onfalomesentérico se produce entre las semanas 7 y 9 de vida intrauterina, y las alteraciones congénitas debidas a su falta de cierre conllevan malformaciones, entre las que destacan la fistula onfalomesentérica, el quiste onfalomesentérico, el seno umbilical, las bridas mesodiverticulares y el divertículo de Meckel, que supone el 90% de las citadas anomalías (5).

Éste se debe a la persistencia de permeabilidad del extremo intestinal del conducto onfalomesentérico, dando lugar a un divertículo verdadero que se sitúa en el último metro de ileon en el 90% de los casos (6). En este caso reportado el divertículo de Meckel se constató a 70 cm. de la válvula ileocecal.

El divertículo de Meckel es la anomalía congénita



Figura 1. Se constatan divertículo de Meckel perforado



Figura 2. Divertículo de Meckel con inflamación y perforación.

más frecuente del intestino delgado, y su importancia principal radica en la posibilidad de complicaciones, especialmente relacionadas con su inflamación (diverticulitis) o perforación, la presencia de hemorragia digestiva o que sea causa de obstrucción intestinal (invaginación, torsión).

Estas complicaciones se manifestarán clínicamente como cuadros de abdomen agudo, hemorragia digestiva u obstrucción intestinal, y es más frecuente que aparezcan en edades tempranas de la vida.

Aunque la perforación libre diverticular es posible, es un cuadro raro, y es más frecuente que aparezca en el marco de un cuadro inflamatorio (perforaciones cubiertas), como un plastrón o un absceso intraabdominal (7). En este caso reportamos un divertículo de Meckel con signos inflamatorios y perforación libre.

Puede encontrarse la existencia de mucosa gástrica ectópica entre el 30 y el 50% de los casos (8, 9) aunque algunos autores han comunicado una proporción mucho menor, en torno al 23% (10,11). De todas formas, la presencia de mucosa gástrica ectópica se ha ligado, tradicionalmente, a una mayor tasa

de complicaciones (12,13). Reportamos un informe anatomopatológico con divertículo de Meckel con áreas de mucosa gástrica heterotópica.

Con relación al tratamiento quirúrgico, el cirujano tiene dos opciones: la simple resección del divertículo (Diverticulectomía), clampeando y suturando su base o la resección del segmento del íleon que contiene al divertículo de Meckel y la anastomosis término-terminal, existe cierta tendencia actual a la resección intestinal y anastomosis término-terminal pues se garantiza que no vayan a quedar ulceraciones y/o tejidos ectópicos en el borde mesentérico del intestino cercano al divertículo de Meckel. La segunda opción fue la utilizada en nuestro paciente.

En la actualidad ambos procedimientos se realizan por cirugía de mínimo acceso videolaparoscópica mostrando evidentes ventajas tanto para el paciente como para el cirujano (14,15). La cirugía del divertículo de Meckel es siempre una página interesante en la práctica quirúrgica y consideramos que el cirujano general debe estar preparado para enfrentarla con conocimientos actualizados del tema.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arnold JF, Pellicane JV. Meckel's Diverticulum: A ten-year experience. *Am Surg* 1997; 63: 354-5.
2. Meckel JF. Über die divertikel am darmkanal. *Arch die Physiologie* 1809; 9: 421-53.
3. Ortiz V. Divertículo de Meckel. Análisis de 85 casos. Tesis. 1977.
4. Yahchouchy E, Marano A, Etienne J, Fingerhut A. Meckel's diverticulum. *J Am Coll Surg* 2001; 192: 658-62.
5. Furgeon DK, Barnett JL. Meckel's diverticulum. *Am J Gastroenterol* 1990; 85: 777-781.
6. Hollinshead WH. *Anatomy for surgeons: the thorax, abdomen and pelvis* (2.a ed.). Nueva York: Harper & Row, 1971; 471-475.
7. Acea Nebril B, De Llano Monelos P, Madriñán González M, Sánchez González F, Corbal Ramos G, Gómez Freijoso C. Perforación por cuerpo extraño: una rara complicación del divertículo de Meckel. *Cir Esp* 1996; 59: 270-271.
8. Artigas V, Calabuig R, Badía F. Meckel's diverticulum: value of ectopic tissue. *Am J Surg* 1986; 151: 631-634.
9. Swaniker F, Soldes O, Hirschl RB. The utility of technetium 99 m pertechnetate scintigraphy in the evaluation of patients with Meckel's diverticulum. *J Pediatr Surg* 1999; 34: 760-765.
10. Fich A, Talley NJ, Shorter RG, Phillips SF. Does *Helicobacter pylori* colonize the gastric mucosa of Meckel's diverticulum? *Mayo Clin Proc* 1990; 65: 187-191.
11. Heatley MK, Arthur K, Maxwell P. CLO in Meckel's diverticula. *J Clin Pathol* 1990; 43: 86-87.
12. Rutherford RB, Akers DR. Meckel's diverticulum: a review of 148 paediatric patients with special reference to the pattern of bleeding and to mesodiverticular vascular bands. *Surgery* 1966; 59: 618-626.
13. Root GT, Baker CP. Complications associated with Meckel's diverticulum. *Am J Surg* 1967; 114: 285-288.
14. Rivas H, Caochione RN. Laparoscopic management of Meckel's diverticulum in adults. *Surg Endosc* 2003 Feb; 17(2): 351.
15. Ruh J, Paul A, Dirsch O, Kaun M, Broelsch CE. Laparoscopic resection of perforated Meckel's diverticulum in a patient with clinical symptoms of acute appendicitis. *Surg Endosc* 2002 Nov; 16(11): 1638-9.