

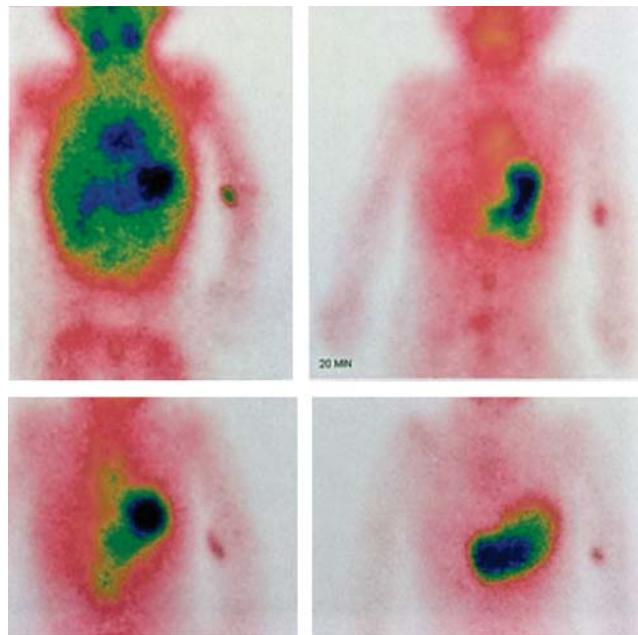


## Divertículo de Meckel en lactante de siete meses

José Edilberto Suárez Nadal,<sup>1</sup> Thomas Jefferson Mason Cordero,<sup>2</sup>  
Jacobo Juárez,<sup>3</sup> José Alberto Castilla Barajas<sup>4</sup>

Lactante masculino de siete meses, sin antecedentes de importancia, remitido por hematoquecia que requirió estabilización hemodinámica, con Hb de 7.6 g/dL; se le realizó una transfusión sanguínea. Los estudios simples de imagen, ecografía de abdomen, serie gastroduodenal, enema opaco, endoscopias alta y baja, y gammagrama T-99 arrojaron resultados negativos. Con sospecha de divertículo de Meckel (DM), se optó por búsqueda de lesiones por vía laparoscópica, y fue confirmado. Se realizó resección intestinal segmentaria que incluía el divertículo con anastomosis término-terminal; cursó postoperatorio sin complicaciones.

El DM representa la persistencia del conducto onfalomesentérico, estructura que se fibrosa entre la quinta y séptima semanas de gestación. Es un verdadero divertículo, ya que contiene todas las capas de la pared intestinal. El DM fue descrito inicialmente por Fabricius Hildanus<sup>1</sup> en 1598, y su origen embriológico en 1809 por Johann Meckel.<sup>2</sup> Es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal:<sup>3</sup> tanto en los Estados Unidos como en Europa se reportan prevalencias entre 0.5 y 2% de la población general, con predominio del género masculino (2.4:1); la distribución étnica es de 63.4% en blancos, 4.7% en afroamericanos, 16.4% en hispanos y 3.9% en asiáticos. En México, la prevalencia es del 1.2%. En 60%



**Figura 1.** Estudio de gammagrafía con Tecnecio-99 buscando la presencia de divertículo de Meckel con resultados negativos (se trató de un falso negativo).



**Figura 2.** Pieza quirúrgica tras la resección intestinal segmentaria, incluyendo al divertículo de Meckel en un lactante de siete meses que se manifestó por hematoquecia. Hallazgos histológicos de mucosa gástrica heterotópica.

<sup>1</sup> Cirujano Pediátrico. División de Cirugía.

<sup>2</sup> Gastroenterólogo Pediátrico. División de Pediatría.

<sup>3</sup> Pediatra. División de Pediatría.

<sup>4</sup> Interno de Pregrado. División de Pediatría.

Hospital Ángeles León.

www.medigraphic.org.mx

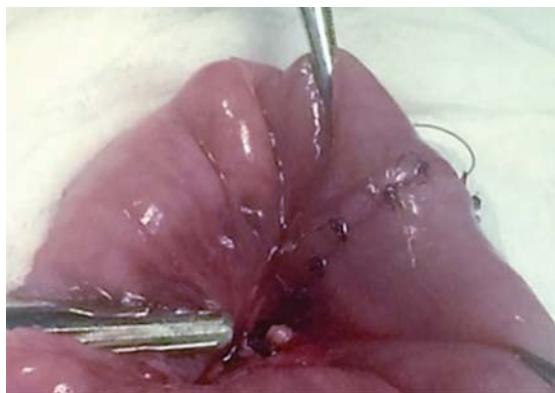
Correspondencia:

Dr. Thomas Jefferson Mason Cordero

Correo electrónico: tommymasonv@yahoo.com

Aceptado: 10-08-2016.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>



**Figura 3.** Anastomosis término-terminal posterior a la resección intestinal segmentaria por divertículo de Meckel en un lactante de siete meses.

se presenta antes de los cuatro años de edad y el 30% lo hace antes del año.<sup>4</sup> Las principales manifestaciones clínicas en menores de dos años son hematoquecia (58% de las veces el sangrado es anemizante) y obstrucción intestinal. Otros síntomas presentes en el 50% de los casos en lactantes son dolor abdominal (68.4%), vómitos (68.4%), fiebre (47.3%) y distensión abdominal (39.4%). Como método diagnóstico, el ultrasonido tiene poca utilidad (sólo 15.5%); la gammagrafía<sup>5</sup> con tecnecio, por la propiedad de concentrarse en la mucosa gástrica ectópica, tiene sensibilidad de 80 a 90% y especificidad del 95%. Sin embargo, los resultados falsos negativos (como en este caso) son más comunes en niños que en adultos; se presentan por la rápida dilución del radiotrazador de-

bido al sangrado rápido, a escasa mucosa ectópica o por pobre irrigación de la zona. Histológicamente, la mucosa gástrica heterotópica se encuentra hasta en 62% de los pacientes. En el diagnóstico diferencial deben tomarse en cuenta la duplicación intestinal, el vólvulo, la invaginación intestinal y la apendicitis.

Ante hematoquecia, debe estabilizarse al paciente con líquidos y paquete globular; efectuar colonoscopia y gammagrafía con tecnecio. Respecto al tratamiento, la laparoscopia<sup>6</sup> es segura y eficiente tanto en diagnóstico como para el tratamiento definitivo del DM, además de presentar bajas complicaciones intra- y postoperatorias, por lo que permite acortar el periodo de recuperación.

## REFERENCIAS

1. Jones EW. The life and works of Guilhelmus Fabricius Hildanus (1560-1634). *Med Hist.* 1960; 4: 196-209.
2. Meckel JF. Über die divertikel am darmkanal. *Arch die Physiologie.* 1809; 9: 421-453.
3. Park JJ, Wolff BG, Tollefson MK. Meckel diverticulum: the Mayo Clinic experience with 1,476 patients (1950-2002). *Ann Surg.* 2005; 241: 529-533.
4. Alemayehu H, Hall M, Desai AA, St Peter SD, Snyder CL. Demographic disparities of children presenting with symptomatic Meckel's diverticulum in Children's Hospitals. *Pediatr Surg Int.* 2014; 6: 649-653.
5. Vali R, Daneman A, McQuattie S, Shammas A. The value of repeat scintigraphy in patients with a high clinical suspicion for Meckel diverticulum after a negative or equivocal first Meckel scan. *Pediatr Radiol.* 2015; 45: 1506-1514.
6. Chan KW, Lee KH, Wong HY, Tsui SY, Wong YS, Pang KY et al. Laparoscopic excision of Meckel's diverticulum in children: what is the current evidence? *World J Gastroenterol.* 2014; 20: 15158-15162.