



Intususcepción en adulto. Presentación atípica de una complicación por divertículo de Meckel: presentación de un caso

Víctor Hernández Avendaño,* Maricela Jiménez López,†
David Ricardo Valdez Bocanegra*

Resumen

Antecedentes: La intususcepción es una entidad rara en los adultos y ocurre en 1% de los casos de oclusiones intestinales. La incidencia de intususcepción atribuida a la inversión de un divertículo de Meckel es en razón de 4% de todos los casos de oclusión intestinal. En este trabajo se describe la presentación rara de intususcepción en el adulto por un divertículo de Meckel. **Presentación del caso:** Hombre de 24 años, sin antecedentes de importancia. Tres meses antes de su ingreso inicia cuadro con dolor abdominal ocasional e incapacidad intermitente para canalizar gases. A su ingreso manifestaba náusea, vómito de características intestinales y ausencia de fiebre. La exploración física evidenció abdomen plano, blando, depresible, con dolor en fosa iliaca derecha, presencia de masa móvil no dolorosa a la palpación, sin datos de irritación peritoneal y extremidades íntegras. Se realizó ultrasonido, el cual identificó doble halo en fosa iliaca derecha. Se efectuó tomografía, en la cual se observaron datos compatibles con presencia de intususcepción. Conforme a los hallazgos mencionados, se programó para manejo quirúrgico con laparoscopia diagnóstica, la cual reveló intususcepción a 60 cm de válvula ileocecal. Se procedió a una resección intestinal y anastomosis latero-lateral mecánica. **Conclusión:** El divertículo de Meckel es una patología de difícil diagnóstico dada su sintomatología inespecífica. La intususcepción presentada como un cuadro de oclusión intestinal en adultos es una entidad poco frecuente, por ello debemos tener en cuenta todas las posibilidades para lograr un diagnóstico oportuno y un manejo adecuado.

Palabras clave: Divertículo de Meckel, intususcepción, oclusión intestinal, resección laparoscópica.

Abstract

Background: Intussusception is a rare entity in adults that occurs in 1% of cases with intestinal occlusions. The incidence of intussusception due to Meckel's diverticulum occurs in 4% of all cases of intestinal obstruction caused by this pathology. This paper describes a rare presentation of intussusception in an adult secondary to Meckel's diverticulum. **Case presentation:** A 24 years old male without any important previous disease, presents with a three month history including abdominal pain and intermittent signs of intestinal occlusion. At admission he presented nausea and vomiting without signs of fever. On physical examination the abdomen was tender with pain and a mass on the right quadrant, without signs of acute abdomen. An ultrasound was performed where a bullseye sign was identified and a CT scan confirmed the intussusception. He was taken to the operating room for a laparoscopic exploration where a diverticulum was found, 60 cm from the ileocecal valve. An intestinal resection and primary anastomoses was performed without complications. **Conclusion:** Meckel's diverticulum is a pathology difficult to diagnose mainly for its nonspecific clinical presentation. Intussusception although a rare entity it can be the cause of intestinal occlusion in adults, therefore we must consider all possibilities in order to achieve early diagnosis and proper management.

Key words: Meckel's diverticulum, intussusception, intestinal occlusion, laparoscopic resection.

* Servicio de Gastrocirugía. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

† Servicio de Cirugía General. Hospital General Regional No. 1 «Carlos MacGregor Sánchez Navarro». IMSS.

Correspondencia:

Maricela Jiménez-López

José María Vértiz Núm. 1027-203,

Col. Vértiz-Narvarte, 03600, Ciudad de México.

Tel: +1 52 55 13842017

E-mail: marice.jimenez@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

La intususcepción ocurre cuando un segmento proximal del intestino delgado y su mesenterio contraído por una onda peristáltica se introducen dentro de la luz del segmento distal. La intususcepción es una entidad rara en los adultos y ocurre en 1% de los casos de oclusiones intestinales. La incidencia de intususcepción atribuida a la inversión de un divertículo de Meckel es en razón de 4% de todos los casos de oclusión intestinal.¹

El divertículo de Meckel es un remanente del conducto onfalomesentérico (conducto vitelino), el cual normalmente se oblitera en la quinta semana de gestación.² Esta entidad es sintomática sólo en 25% de los casos.³ Su localización se ha descrito tradicionalmente con la regla de los «2»: se encuentra en 2% de la población, es 2 veces más frecuente en hombres, su mayor incidencia es en menores de 2 años^{4,5} y generalmente se ubica a 2 pies (60 centímetros) de la válvula ileocecal.⁴ La incidencia de intususcepción atribuida a la inversión de un divertículo de Meckel es en razón de 4% de todos los casos de oclusión intestinal.⁴

La mitad de las complicaciones se presentan en la infancia y la adolescencia; sin embargo, el diagnóstico correcto es difícil de establecer por su presentación rara.³ Desde el punto de vista clínico, se manifiesta con síntomas inespecíficos como dolor abdominal, náuseas, diarrea y en ocasiones hematoquecia.^{3,4}

La tomografía axial computarizada se considera actualmente el estudio con mayor sensibilidad para confirmar la intususcepción; no obstante, cuando se presenta con hematoquecia como síntoma cardinal es frecuente recurrir desde el inicio a la colonoscopia.² En este trabajo se describe la presentación rara de intususcepción en el adulto por un divertículo de Meckel.

CASO CLÍNICO

Hombre de 24 años, sin antecedentes crónico-degenerativos, alérgicos, quirúrgicos o transfusionales. Refiere

inicio del padecimiento tres meses antes de su ingreso a nuestro hospital con presencia de dolor abdominal ocasional e incapacidad intermitente para canalizar gases. Previo a su internamiento presentó un cuadro con náusea, vómito de contenido gastroalimentario en seis ocasiones, manejado en forma conservadora con mejoría parcial de la sintomatología.

A su ingreso manifestaba náusea, vómito de características intestinales y ausencia de fiebre. La exploración física mostró tensión arterial de 110/70 mmHg, frecuencia cardíaca de 90 latidos por minuto, temperatura de 36.9 °C; consciente, orientado, mucosas orales regularmente hidratadas, tórax sin compromiso cardiorrespiratorio, abdomen plano, blando, depresible, con dolor en fosa iliaca derecha, presencia de masa móvil no dolorosa a la palpación, sin datos de irritación peritoneal y extremidades íntegras.

Exámenes de laboratorio: hemoglobina 16 g/dL, hematocrito 45%, plaquetas 258,000, leucocitos 11,500 con segmentados del 95%, resto de valores dentro de rangos normales. Se realizó ultrasonido abdominal, el cual identificó doble halo en fosa iliaca derecha, altamente sugestivo de intususcepción (*Figura 1A*), por lo que se obtuvo tomografía axial computarizada que corroboró en la reconstrucción la presencia de intususcepción (*Figura 1B*).

Conforme a los hallazgos mencionados, se programó para manejo quirúrgico con laparoscopia diagnóstica. Se colocaron tres trocares para su acceso laparoscópico (umbilical, suprapúbico y en flanco izquierdo). Se encontró intususcepción a 60 cm de la válvula ileocecal sin compromiso vascular (*Figura 2A*). Se efectuó resección intestinal de aproximadamente 15 cm con engrapadora laparoscópica y anastomosis latero-lateral mecánica extracorpórea a través de una incisión infraumbilical de 4 cm (*Figura 2B*), con cierre convencional de los puertos y extracción de la pieza mediante incisión infraumbilical. Posteriormente se procedió a revisar la pieza y se identificó divertículo de Meckel como la causa de la intususcepción con reporte histopatológico que confirmó el diagnóstico (*Figura 3*).

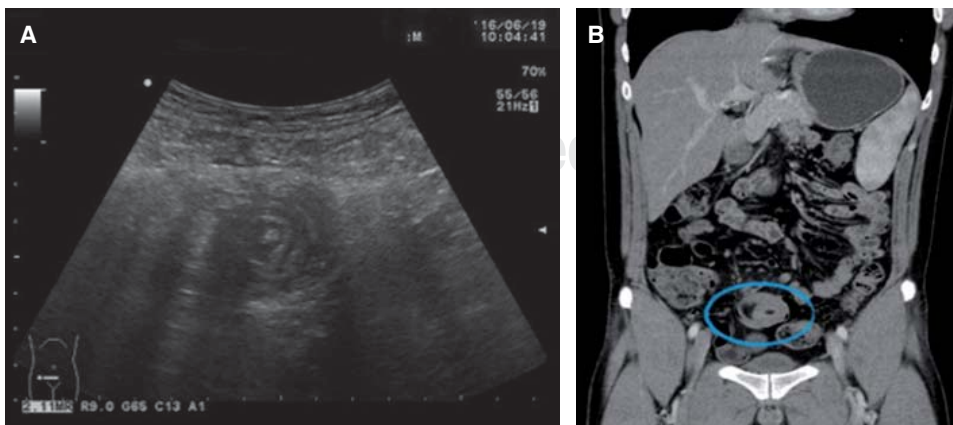


Figura 1.

A. Ultrasonido preoperatorio en el que se muestra la imagen del doble halo, característica de la intususcepción. **B.** Tomografía, reconstrucción coronal que indica el sitio de intususcepción (círculo azul).

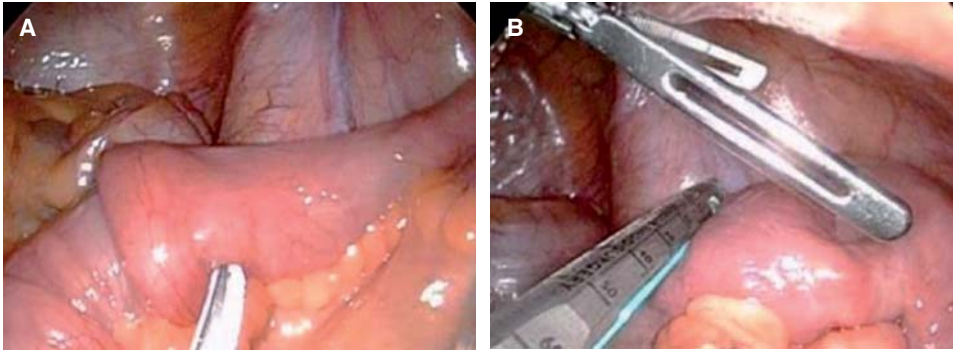


Figura 2.

A. Imagen transoperatoria que indica el sitio de intususcepción a 60 cm de la válvula ileocecal. **B.** Imagen transoperatoria de la resección y anastomosis latero-lateral mecánica.

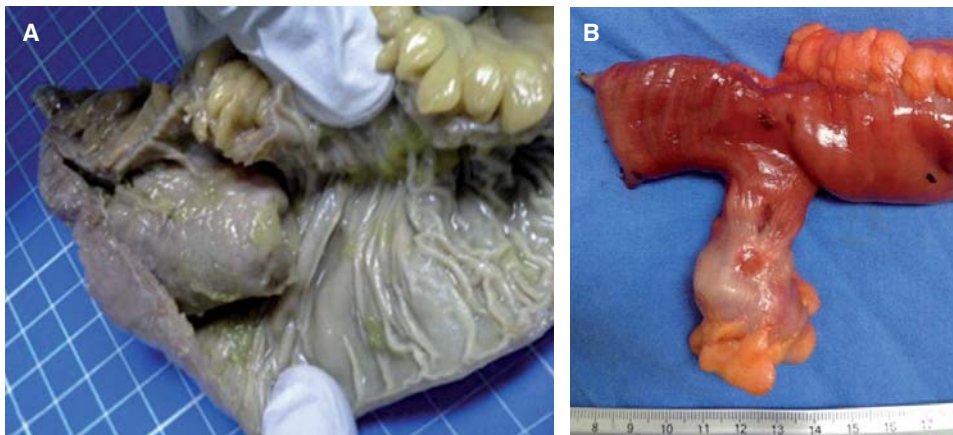


Figura 3.

A. Se observa el interior de la pieza del segmento reseccionado, en el cual se encuentra el divertículo de Meckel con mucosa ectópica en reporte histopatológico. **B.** Pieza quirúrgica con divertículo de Meckel.

DISCUSIÓN

El divertículo de Meckel es la alteración congénita intestinal más común, producto de la persistencia del conducto onfalomesentérico. Las manifestaciones clínicas incluyen hemorragia, oclusión y perforación.¹ Su presentación en los adultos lo convierte en una patología de difícil diagnóstico preoperatorio a causa de su sintomatología inespecífica; sin embargo, dado el espectro de sus complicaciones el tratamiento definitivo es el quirúrgico.^{1,2} La inversión del divertículo de Meckel aún no está comprendida del todo en la literatura, una teoría es la peristalsis anormal a partir de la base del divertículo. La intususcepción presentada como un cuadro inespecífico de oclusión intestinal en adultos es una entidad nosológica poco frecuente; no obstante, el cirujano debe sospechar de esta condición debido a su sintomatología no específica, misma que requiere un manejo quirúrgico oportuno para evitar la morbilidad y mortalidad.³ En la literatura se describen cuadros de dolor y oclusión intermitentes con sintomatología gastrointestinal vaga similares al cuadro presentado en nuestro paciente.³

En todos los casos se aplicó manejo quirúrgico para explorar el segmento afectado y en caso de compromiso vascular se efectuó resección intestinal, ya que la intususcepción es una indicación absoluta en la literatura para la exploración quirúrgica como la realizada en este caso. La elección del abordaje adecuado (laparoscópico o abierto) para la exploración debe hacerse de acuerdo con el paciente.^{3,4}

CONCLUSIÓN

El divertículo de Meckel es una patología poco frecuente en adultos y, por su sintomatología, es de difícil diagnóstico, puesto que proporciona datos poco específicos como en el presente caso. Para llevar a cabo el manejo quirúrgico adecuado en estos casos, es importante tomar en cuenta la presencia del cuadro abdominal y los datos de respuesta inflamatoria sistémica secundaria al sufrimiento intestinal, así como realizar estudios de imagen como la tomografía abdominal que puedan ayudar al diagnóstico oportuno de una complicación como la intususcepción intestinal.

REFERENCIAS

1. Barussaud M, Regenet N, Briennon X, de Kerviler B, Pessaux P, Kohneh-Sharhi N et al. Clinical spectrum and surgical approach of adult intussusceptions: a multicentric study. *Int J Colorectal Dis.* 2006; 21: 834-839.
2. Ching-Liang L, Chih-Yen C, Sou-Tyau C, Full-Young C, Shou-Dong L. Adult intussuscepted Meckel's diverticulum presenting mainly lower gastrointestinal bleeding. *J Gastroenterol Hepatol.* 2001; 16: 478-480.
3. Groebli Y, Bertin D, Morel P. Meckel's diverticulum in adults: retrospective analysis of 119 cases and historical review. *Eur J Surg.* 2001; 167: 518-524.
4. Stone PA, Hofeldt MJ, Campbell JE, Vedula G, Deluca JA, Flaherty SK. Meckel diverticulum: ten-year experience in adults. *South Med J.* 2004; 97: 1038-1041.
5. El-Dhuwaib Y, O'Shea S, Ammori BJ. Laparoscopic reduction of an ileoileal intussusception and resection of an inverted Meckel's diverticulum in an adult. *Surg Endosc.* 2003; 17: 1157. Epub 2003 May 6.