

Divertículo de Meckel en paciente masculino de 85 años. Informe de un caso

Carlos López Flores,* Ulises Rodríguez-Wong,** Denisse Hernández Cervantes,* Rubén Trejo Téllez,*
Víctor Hugo Mercado Gómez,* Roberto Carlos Rebollar González,* Silvia Cuevas Ocampo*

RESUMEN

La incidencia del divertículo de Meckel es de 2% en la población general. Fue por primera vez descrito por Fabricio Hildanus en 1598. Es la alteración congénita más frecuente del tubo digestivo, así como la primera causa de hemorragia de intestino delgado en pacientes menores de 30 años. En adultos, su forma más frecuente de presentación es la obstrucción intestinal.

Palabras clave: Divertículo, divertículo de Meckel, obstrucción Intestinal.

ABSTRACT

Meckel's diverticulum's incidence is of 2% in the general population. First described by Fabricio Hildanus in 1598, it is the most frequent congenital alteration of the digestive tract, as well as the first cause of small bowel hemorrhage in patients under 30 years old. In adults, its most frequent form of presentation is intestinal obstruction.

Key words: Diverticulum, Meckel's diverticulum, intestinal obstruction.

INTRODUCCIÓN

El divertículo de Meckel se define como un saco ciego congénito que resulta de obliteración incompleta del conducto onfalomesentérico. Presenta una incidencia hasta de 2% de la población.^{1,2} Fue descrito por primera vez por Fabricio Hildanus en 1598, pero la asociación de este padecimiento con las alteraciones congénitas del conducto onfalomesentérico fue realizado por Johann Friedrich Meckel en 1809.³ Es la anomalía congénita más frecuente del tubo digestivo, así como la primera causa de hemorragia de intestino delgado en pacientes menores de 30 años,^{4,5} es considerado tradicionalmente como un padecimiento pediátrico, manifestándose con mayor frecuencia en las dos primeras décadas de la vida, mediante hemorragia o perforación. En los adultos la forma más común de presentación, es la obstrucción intestinal.⁶

Se estudió el caso de un paciente con divertículo de Meckel con revisión de la literatura.

REPORTE DE CASO

Masculino de 85 años de edad, originario de Jalisco, residente de un asilo, sin antecedentes heredofamiliares de importancia, tabaquismo intenso a base de dos cajetillas diariamente durante 50 años, refiere antecedentes quirúrgicos de prostatectomía suprapúbica hace tres años, apendicectomía hace dos años, así como resección de cáncer basocelular en dorso de nariz con rotación de colgajo cinco días previos a su ingreso.

Se presentó con un padecimiento de cinco días de evolución que inició con dolor abdominal difuso y cólico, de moderada intensidad (4/10), sin irradiaciones ni eventos desencadenantes, acompañado de evacuaciones disminuidas en consistencia e incrementadas en frecuencia, hasta seis por día, sin moco ni sangre, con presencia de aumento de la temperatura corporal de forma subjetiva. Dos días previos a su ingreso sufrió obstipación y constipación intestinal, distensión abdominal, así como vómitos postprandiales precoces de contenido gastrobiliario, con una frecuencia de cinco ocasiones por día. En las últimas 24 horas el dolor abdominal se incrementó en intensidad (7/10), de tipo cólico, con persistencia de los vómitos, de características intestinales.

* Residente de Cirugía General. Hospital Juárez de México.

** Colo-Proctólogo y Cirujano General. Hospital Juárez de México.

**Cuadro 1.** Exámenes de laboratorio.

Glóbulos blancos	8160/microL	Creatinina	1.2 mg / dL
Hemoglobina	14.5 g/dL	Urea	86 mg /dL
Plaquetas	276000/microL	K	3.6 mmol/L
Neutrófilos	7030/microL (86.1 %)	Na	140 mmol/L
Tiempo de Protrombina	18 segundos (actividad al 39 %)	Amilasa	22 U/L
Tiempo parcial de tromboplastina	30 segundos	DHL	201 U/L
Glucosa	160 mg /dL	TGO	22 U/L

A la exploración física a su ingreso al Servicio de Urgencias se encontró con TA 130/80 mmHg, FC 88x', FR 18x', T 36.7 °C

Edad aparente igual a la real, íntegro, endomorfo, sin facies característica, poco cooperador al interrogatorio. Mal estado de hidratación con presencia de puntos de sutura en región frontal y dorso de la nariz.

Tórax cardiopulmonar sin alteraciones aparentes.

Abdomen globoso a expensas de distensión de asas intestinales, con cicatriz quirúrgica en fosa ilíaca derecha y otra infraumbilical, hiperbaralgesia, Von blumberg positivo, no se palpaban tumoraciones, timpanismo incrementado. peristaltismo disminuido en frecuencia e intensidad,

Tacto rectal con esfínter normotónico, ámpula rectal vacía, sin presencia de sangre. Los resultados de los laboratorios a su ingreso se presentan en el cuadro 1.

En cuanto a sus estudios de gabinete se observó:

1. Tele de tórax con desenrollamiento del arco aórtico, con congestión parahiliar derecha, sin evidencia de aire libre subdiafragmático.
2. Placa simple de abdomen en decúbito anteroposterior con presencia de distensión de asas de intestino delgado, válvulas conniventes visibles, edema de pared de asas intestinales. (Figura 1).

En la proyección tangencial se evidenciaba distensión de asas de intestino delgado, así como niveles hidroaéreos (Figura 2).

Con diagnóstico de abdomen agudo secundario a obstrucción intestinal de tipo mecánico se realizó laparotomía exploradora, bajo anestesia general balanceada; se abordó con incisión en línea media infra y supraumbilical de aproximadamente 15 cm. A la apertura de cavidad se encontraron 100 cc de líquido cetrino, las asas de intestino



Figura 1. Placa simple de abdomen, posición decúbito con dilatación de asas intestinales.

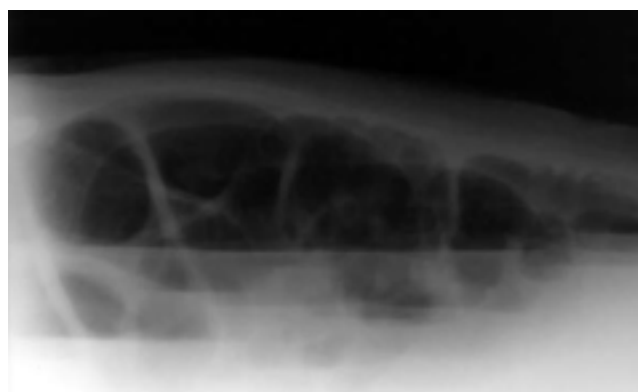


Figura 2. Placa simple, posición tangencial. Se observa distensión de asas intestinales y niveles hidroaéreos.



Figura 3. Divertículo de Meckel posterior a evisceración.



Figura 4. Divertículo de Meckel inflamado y engrosado en su punta, de 5 x 4 cm de tamaño, con presencia de escasas natas fibrinopurulentas.

delgado muy distendidas. Al realizar evisceración se halló divertículo de Meckel a 90 cm de la válvula ileocecal, el cual se encontraba inflamado y engrosado en su punta, de 5 por 4 centímetros de tamaño, con presencia de escasas natas fibrinopurulentas (Figuras 3 y 4). Se hizo taxis y descompresión del intestino delgado, posteriormente una resección intestinal de 10 cm a cada lado del divertículo, se procedió a realizar control vascular y se extrajo la pieza. (Figura 5). Se practicó entero-entero anastomosis término-terminal en dos planos con puntos de Conell y Mayo con vicryl 3-0 y un segundo plano con puntos de Lembergt con seda 2-0, se corroboró ausencia de fuga, se aplicó fibrina



Figura 5. Se realizó resección intestinal de 10 cm a cada lado del divertículo

en el exterior de la anastomosis. Finalmente se lavó la cavidad peritoneal con 5 litros de solución.

Diagnóstico postoperatorio. Obstrucción intestinal complicada alta mecánica secundaria a Divertículo de Meckel complicado.

El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica confirmó el diagnóstico de segmento de intestino delgado con divertículo de Meckel, con inflamación aguda y crónica, con mucosa de tipo intestinal.

DISCUSIÓN

El divertículo de Meckel es consecuencia de la obliteración incompleta del conducto onfalomesentérico que habitualmente se presenta entre la quinta y la octava semanas de gestación.⁷ Su localización habitual es de los 100 cm proximales a la válvula ileocecal, aunque se ha descrito tan distante como a nivel del ligamento de Treitz, con un tamaño promedio de 3 cm.^{1,8} Es sabido que en más de 50% de los casos se encuentra mucosa gástrica heterotópica, en cerca de 16% tejido pancreático, seguido de mucosa de tipo intestinal.²

La presentación clínica se puede clasificar en tipo hemorrágico, obstructivo o inflamatorio. La primera siendo frecuente en la infancia, mientras que la obstrucción intestinal es más frecuente en población adulta. En un trabajo previo realizado en el Hospital Juárez de México, se reportaron dos casos de divertículo de Meckel en dos pacientes del sexo femenino, que presentaron un abdomen agudo de tipo obstructivo.⁹

Nuestro paciente se encuentra en un grupo etario en el que no es frecuente esta patología, se presentó con cuadro clínico de abdomen agudo secundario a obstrucción intestinal alta complicada, sin sospecharse el diagnóstico de



divertículo de Meckel. El diagnóstico preoperatorio de divertículo de Meckel se logra hasta en 10% de los casos.^{2,3} Los hallazgos quirúrgicos coinciden con las descripciones publicadas, pues se localizó en el borde antimesentérico del ileon a 90 cm de la válvula ileocecal, con dimensiones de 5 x 4 cm.⁸ El hallazgo anatomopatológico de mucosa intestinal justifica el curso asintomático del paciente hasta la presentación de obstrucción intestinal. Pues habitualmente la presencia de mucosa gástrica heterotópica se asocia a sangrado de tubo digestivo y anemia crónica.^{10,11}

La evolución de nuestro paciente fue satisfactoria, con alta de nuestro servicio en su día cinco de postoperatorio, con seguimiento por Consulta Externa hasta cinco meses con curso asintomático.

REFERENCIAS

1. Shackelford RT, Zuidema GD, Yeo ChJ. Cirugía del Aparato Digestivo. 5a. Ed. Buenos Aires: Panamericana; 2005, 553-78.
2. Yahchouchy EK, Marano AF, Etienne JCF, Fingerhurt AL. Meckel's diverticulum. J Am Coll Surg 2001; 192: 658-62.
3. Matsagas MI, Fatourus M, Koulouras B, Giannoukas AD. Incidence, complications, and management of Meckel's diverticulum. Arch Surg 1995; 130: 143-6.
4. Piñero A, Martínez E, Canteras M, Castellanos G, Rodríguez JM, Parrilla P. Complicaciones, diagnóstico y tratamiento del divertículo de Meckel. Cir Esp 2001; 70: 286-90.
5. Heider R, Warshawer DM, Behrns KE. Inverted Meckel's diverticulum as a source of chronic gastrointestinal blood loss. Surgery 2000; 128: 107-8.
6. Schmidt C, Brown LM, Klomp HJ, Henne-Bruns D. Perforated Meckel's diverticulum. Surgery 2001; 129: 643-4.
7. Hori K, Suzuki Y, Fujimori T. Inverted Meckel's diverticulum. Surgery 2003; 133: 116-17.
8. Molmenti EP, Thompson RW. Meckel's diverticulum. N Engl J Med 1999; 340: 31.
9. Rodríguez-Wong U, Reyes-Soto G, Chon-Ávila C, Badillo-Bravo A, Rovelio-Lima E, García-Álvarez J. Divertículo de Meckel en pacientes mayores de 85 años. Rev Gastroenterol Mex 2008; 73(3):177-80.
10. Zellner C, Roorda AK. A bleeding Meckel's diverticulum. N Engl J Med 2003; 349: 9.
11. Chan SC, Lo CY. Meckel's diverticulum in action. N Engl J Med 2004; 350: 8.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Ulises Rodríguez-Wong
Tepic 113-611
Col. Roma Sur
06760, México, D.F.