

Divertículo de Meckel en dos hermanos: hallazgo durante apendicectomía

(Asymptomatic Meckel's diverticulum found at appendectomy in two siblings)

Olivia E Ortiz Ramírez,* Roberto Richheimer Wohlmuth,** Edmundo Rodríguez Aranda***

RESUMEN

Reportes del divertículo de Meckel (DM) en hermanos son muy escasos y la mayoría son en adultos. Presentamos dos hermanos de edad escolar en quienes un DM fue encontrado como hallazgo durante una apendicectomía. Se discutirán los aspectos embriológicos, clínicos y quirúrgicos, así como la ocurrencia familiar.

Palabras clave: Divertículo de Meckel, malformación intestinal congénita, apendicectomía, hermanos.

SUMMARY

Reports of Meckel's diverticulum (MD) in siblings are very scarce and mostly reported in adults. We present two school-age siblings in whom MD was found during their appendectomies. Embriological, clinical and surgical aspects as well as familial occurrence are discussed.

Key words: Meckel's diverticulum, congenital gut malformation, appendectomy, siblings.

El DM es la malformación congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, presentándose en 2-4% de la población general.^{1,2} Aunque la tendencia familiar se ha reportado en una de cada 2,500 familias,³ existen pocos reportes de casos familiares de esta malformación.

Este es un reporte de dos casos del hallazgo de un DM asintomático, encontrado en hermanos, durante una exploración de rutina durante una apendicectomía.

REPORTE DE CASOS

Caso 1

Femenino de 5 años de edad que cursó cuadro de 8 horas de evolución con dolor abdominal intenso y

progresivo, náusea y vómito. A la exploración física se encontró dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha con datos de irritación peritoneal y disminución de peristalsis intestinal. La placa simple de abdomen mostró asa fija de intestino delgado y los laboratorios apoyaron el diagnóstico de apendicitis aguda.

Se realizó exploración quirúrgica, encontrando apéndice retrocecal edematoso. Durante la exploración se encontró un divertículo de 2 x 1 cm, a 14 cm de la válvula ileocecal. El divertículo fue resecado y se realizó una anastomosis término-terminal. La paciente se recuperó satisfactoriamente y fue dada de alta 5 días después. El reporte de patología reveló una apendicitis aguda y un DM de 2 x 1 cm con inflamación ileal e hiperplasia linfóide prominente. La paciente continúa asintomática 9 años después.

Caso 2

Masculino de 11 años de edad, hermano de la paciente del caso 1, fue admitido con un cuadro de 6 horas de evolución con dolor abdominal intenso, náusea y vómitos. A la exploración física se encontró abdomen distendido, con timpanismo generalizado, dolor a la palpación

* Gastroenterólogo Pediatra.

** Pediatra.

*** Cirujano Pediatra.

en hipocondrio derecho con datos de irritación peritoneal y ausencia de peristalsis intestinal.

La radiografía de abdomen mostró una asa fija de intestino delgado con niveles hidroaéreos en cuadrante inferior derecho. Se realizó un ultrasonido abdominal demostrando un apéndice edematoso. El paciente se sometió a una exploración quirúrgica, en la que se encontraron datos de apendicitis aguda y un divertículo de 4 x 3 cm a 30 cm de la válvula ileocecal. Se realizó apendicectomía seguida de una resección del divertículo y finalmente una anastomosis término-terminal. Durante el postoperatorio el paciente desarrolló una pseudobstrucción intestinal, que se resolvió espontáneamente de manera conservadora en un periodo de 3 días. Posteriormente tuvo una recuperación satisfactoria y fue dado de alta 8 días después de la cirugía. El reporte de patología reveló apendicitis aguda y un DM de 3 x 4 cm sin mucosa heterotópica. Actualmente continúa asintomático a 10 meses de su egreso.

DISCUSIÓN

El DM es un remanente congénito del ducto onfalomesentérico que conecta el intestino primitivo al saco vitelino fetal. El conducto normalmente es obliterado en las primeras 8 semanas de gestación. La obliteración incompleta da lugar a un divertículo o raramente otras anomalías como bandas fibrosas, enteroquistes o una fistula onfalomesentérica.^{1,3,4} Usualmente se encuentra entre 60 y 90 cm de la válvula ileocecal.^{2,3} Muchos reportes han establecido la incidencia del DM de 1-2.5% en la población general.^{1,3,4} La incidencia en hombres es mayor que en mujeres, con una relación aproximada de 3:2.^{1,2} Lajarrige et al.,⁵ en su estudio de resección de DM en un niño cuyo padre y abuelo lo tuvieron también, menciona que la ocurrencia familiar de DM no es excepcional, pero no hay soporte bibliográfico en este aspecto. De cualquier manera la tendencia familiar parece ser baja, existen algunos artículos que reportan la presencia de DM en hermanos, incluso en sus padres.² Park et al.² no menciona tendencia familiar en su serie larga de DM. Tampoco hay reporte de casos en gemelos. El hecho de que la asociación familiar ocurra de igual manera en hombres que en mujeres sugiere una forma de transmisión autosómica recesiva.

Se estima que 15-25% de la gente con DM presentan síntomas.¹ El dolor crónico intermitente y el sangrado de tubo digestivo son las manifestaciones clínicas más frecuentes, especialmente en pacientes jóvenes. En adultos la obstrucción intestinal y la diverticulitis son las manifestaciones más frecuentes.^{1,2} Más del 50% de los pacientes que desarrollan síntomas relacionados a complicaciones son menores de 10 años de edad.²

Aunque la mayoría de los DM son descubiertos como hallazgo incidental durante una cirugía o un estudio de imagen, aún es poco diagnosticado preoperatoriamente.^{1,2} El gammagrama con tecnecio 99 es el estudio no invasivo más utilizado y más específico para diagnosticar DM. Tiene la capacidad de marcar la mucosa ectópica gástrica. En niños, este método tiene una sensibilidad de 80-90% y especificidad del 95%.^{1,2} Una limitante importante es que no diagnostica aquellos DM que no contienen mucosa gástrica, esto se puede presentar hasta en un 50% de los casos. Otros métodos diagnósticos incluyen la angiografía, enema de bario y laparoscopia.¹

Como ya se mencionó aproximadamente el 50% de los DM, contienen mucosa ectópica, usualmente gástrica² y es raro de encontrar durante una exploración de rutina.⁴ Cerca del 50% de los pacientes con mucosa ectópica son sintomáticos antes de una cirugía, pero también se ha encontrado presencia de mucosa ectópica en pacientes asintomáticos hasta un 25%.² Por lo tanto la decisión de indicar una cirugía ante la sospecha de DM, aún crea controversia. La apendicectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más utilizados. Existe controversia, con respecto a la resección del DM que es encontrado de forma incidental durante una apendicectomía, en el mismo tiempo quirúrgico. Queda la duda de que si esta resección pueda ocasionar complicaciones postquirúrgicas, en especial en los casos de apendicitis perforadas o gangrenosas. Aunque nuestro paciente del caso 2, presentó como complicación una pseudobstrucción intestinal, concordamos con Park et al.⁴ en la tendencia de que un DM encontrado de forma incidental, debe ser resecado.

Muchas personas asintomáticas tienen DM. Si éste es encontrado de forma incidental durante una cirugía, debe ser resecado en el mismo tiempo quirúrgico para prevenir complicaciones futuras como diverticulitis, obstrucción o sangrado de tubo digestivo.

Aunque el DM es la malformación intestinal más común,^{1,2} su incidencia en hermanos no es bien conocida y parece ser poco común. Por lo tanto un paciente asintomático hermano de un paciente con DM, ¿debe ser estudiado? Aparentemente esto no es viable, por cuestión costo-beneficio.

Consideramos que como pediatras, ante un cuadro de dolor abdominal recurrente y con un antecedente familiar de DM, tenemos la obligación de sospechar éste como una posibilidad diagnóstica.

Referencias

1. Sagar J, Kumar V, Shah DK. Meckel's diverticulum: a systematic review. *J R Soc Med* 2006; 99: 501-5.

2. Smith SW, Woodward ER. Peptic ulcer in Meckel's diverticulum. Bleeding and perforation in two male siblings. *Ann Surg* 1955; 142: 1021-5.
3. Matsukuma Y, Matsuo Y, Sakaguchi M, Yamada T, Hirata T, Tanaka N, Morita J, Araki H, Kaneko T, Nakanishi K. A case of siblings with Meckel's diverticulum diagnosed before operation. *Acta Paediatrica Japonica* 1994; 36: 291-3.
4. Park J, Wolff B, Tollefson M, Waldh E, Larson D. Meckel's diverticulum. The Mayo Clinic experience with 1,476 patients (1950-2002). *Ann Surg* 2005; 241: 529-33.
5. Lajarrige C, Druon D, Gruss R, Delepierre A, Aina E, Chaqchaq A et al. Trois cas de diverticule de Meckel dans la meme famille. *Presse Med* 1989; 18: 1930.

Correspondencia:

Dra. Olivia Eloísa Ortiz Ramírez
Pediatría Médica
Gastroenterología y Nutrición Pediátrica.
Grupo Pediátrico de Santa Fe S.C.,
Centro Médico ABC
Av. Carlos Graef Fernández Núm. 154
Cons. 102, Colonia Tlaxala, 05300,
Deleg. Cuajimalpa, México, D.F.
Teléfono 16647201
Fax: 16647201
E-mail: colin_cos@yahoo.com.mx

www.medigraphic.org.mx