

El Residente

## CASO CLÍNICO

# Cirugía abierta como manejo oportuno de abdomen agudo en complicaciones por divertículo de Meckel. Reporte de caso

Open surgery as timely management of acute abdomen in complications from Meckel's diverticulum. Case report

Adán Araujo-López,\* María del Carmen Aburto-Fernández,\*\*

Enrique López-Arvizu,\*\* Antonio Alvarado González,\*\* José Luis Gutiérrez Santiago,\*\*

Alfonso Álvarez Manila de Orendain,\*\* Luis Rodrigo Arteaga Villalba,\*\* Arturo Herrera-Díaz,\*

Christian Omar Jiménez Ríos,\* Ricardo Martín Lerma-Alvarado\*\*\*

**RESUMEN. Introducción:** El divertículo de Meckel en adultos: incidencia del 2%, predomina en el género masculino 2:1, localización promedio a 67 cm de la válvula ileocecal. **Caso clínico:** Femenino de 26 años, sin antecedentes, quien ingresa a la sala de urgencias por oclusión intestinal con abdomen agudo, se interviene quirúrgicamente; hallando hernia interna con asa cerrada a 270 cm del ángulo de Treitz. Se realiza RATT en dos planos involucrando divertículo de Meckel con diverticulitis complicada del mismo. Se decide egresar a la paciente con adecuadas condiciones generales. **Discusión:** La tasa de complicaciones por divertículo de Meckel en adultos es de 6.7%; sin embargo, la oclusión intestinal es una de las complicaciones más frecuentes de 20 a 50%, y entre las causas de la oclusión una de las más frecuentes es una hernia interna con asa cerrada, la cual compromete más que sólo la inflamación del divertículo, como el caso presentado. En este caso podemos describir que el manejo quirúrgico se determinó en menos de 12 horas. **Conclusiones:** Dentro del abordaje y estudio del abdomen agudo, el 60% es quirúrgico, pero es difícil pensar en este padecimiento, ya que la frecuencia es 6.7%, por lo cual consideramos que en pacientes jóvenes se debe tener contemplado previo a la laparotomía.

**Palabras clave:** Divertículo de Meckel, abdomen agudo, laparotomía.

\* Residente de Cirugía General.

\*\* Médico adscrito de Cirugía General.

\*\*\* Jefe de la División de Cirugía General.

Hospital General de Querétaro.

Correspondencia:

Adán Araujo-López

Circuito Andamaxeí No. 6, Col. Paseos del Bosque, Corregidora,  
CP. 76910, Querétaro.

E-mail: draraujolopez@gmail.com

## Conflicto de intereses:

Todos los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses con respecto a la publicación de este artículo.

## Financiamiento:

Para la realización de este artículo no se recibió patrocinio alguno. Confirmo que se ha incluido esta información en el apartado de financiación del manuscrito.

Recibido: 25 de Febrero de 2019.

Aceptado: 04 de Abril de 2019.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: [www.medigraphic.com/elresidente](http://www.medigraphic.com/elresidente)

**ABSTRACT. Introduction:** Meckel's diverticulum, in adults; incidence of 2%, predominates in the male gender 2: 1, average location at 67 cm from the valve ileocecal. **Clinical case:** Female, 26 years old, without history, who enters the emergency room due to intestinal occlusion with acute abdomen, is operated on surgically; finding an internal hernia with closed handle 270 cms from Treitz, performing RATT in 2 planes involving Meckel's diverticulum with complicated diverticulitis. The patient with adequate general conditions decides to graduate. **Discussion:** The complication rate per Meckel diverticulum in adults is 6.7%, however, intestinal occlusion is one of the most frequent complications from 20 to 50%, and within the causes of occlusion one of the most frequent is an internal hernia with closed loop, where it compromises more than just inflammation of the diverticulum, as is the case presented, in this case we can describe that the surgical management was determined in less than 12 hours. **Conclusion:** Within the approach and study of acute abdomen, 60% is surgical, but it is difficult to think about this condition, since the frequency is 6.7%, which is why we believe that in young patients it should be contemplated prior to laparotomy.

**Keywords:** Meckels diverticulum, acute abdomen, laparotomy.

## INTRODUCCIÓN

El divertículo de Meckel es la malformación congénita más frecuente dentro del tracto digestivo, con una prevalencia estimada de 2% en la población en general. Debido a que es un remanente del conducto vitelino, como un divertículo verdadero, en adultos se encuentra en promedio a 67 cm de la válvula ileocecal en el borde antimesentérico.<sup>1-3</sup>

El índice de complicaciones aceptado es de 4%, con mayor incidencia en el género masculino, siendo la obstrucción intestinal de 36.5%, intususcepción 13.7%, inflamación o diverticulitis 12.7%, hemorragia 11.8%, perforación 7.3%, neoplasia 3.2% (tumor carcinoide), y fístula 1.7%.<sup>4-8</sup>

Se ha reportado que el 6.4% de las complicaciones ameritan tratamiento quirúrgico; sin embargo, el abordaje laparoscópico tiende a generar mayor duda por el cuadro de abdomen agudo que se desarrolla en los pacientes, teniendo mayor empuje la cirugía abierta.<sup>9-11</sup>

## Objetivo

Exponer que la cirugía abierta tiende a mostrar mayor eficacia de resolución con base en el tiempo transquirúrgico en abdomen agudo, y en este caso por divertículo de Meckel, ya que en la cirugía laparoscópica se necesita una curva mayor de aprendizaje.

## CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente de 26 años, sin antecedentes de importancia, quien ingresó a urgencias con un cuadro de oclusión intestinal de ocho horas de evolución, con fiebre y abdomen agudo, las radiografías de ingreso muestran múltiples niveles hidroaéreos, y un asa fija en mesogastrio. Se inicia manejo de oclusión intestinal; sin embargo, persiste con abdomen agudo, lactato en 3.1, creatinfosfocinasa en 300, por lo cual se decide intervenir por medio de una laparotomía exploradora, hallando un divertículo de Meckel (Figuras 1 y 2) con inflamación, abscedado, desarrollando una hernia interna con un asa de íleon a 270 cm del ángulo



**Figura 1.** Diverticulitis de Meckel liberada de hernia interna en asa cerrada.



**Figura 2.** Diverticulitis de Meckel con segmento comprometido a 2 cm de la base, base ancha > 2 cm.

de Treitz (AT), por tal motivo se decide realizar una resección y anastomosis término-terminal de 10 cm —involucrando la banda fibrótica— en dos planos.

Pasa postquirúrgico estable, cursa ayuno postcicatrización intestinal con progresión adecuada y alta con notable mejoría.

## DISCUSIÓN

La tasa de complicaciones por divertículo de Meckel en adultos es de 6.7%; sin embargo, la oclusión intestinal es una de las complicaciones más frecuentes de 20 a 50%, y entre las causas de la oclusión una de las más frecuentes es una hernia interna con asa cerrada,<sup>1,2</sup> donde compromete más que sólo la inflamación del divertículo, como el caso presentado. En este caso podemos describir que el manejo quirúrgico se determinó en menos de 12 horas en un cuadro de oclusión intestinal con falla al manejo conservador por abdomen agudo e hiperlactatemia, a diferencia del uso de cirugía laparoscópica, de la que no se dispone en todo momento en los turnos nocturnos. Coincidimos con que el diver-

tículo de Meckel suele ser un hallazgo transquirúrgico en un 36% de los casos, y con 7% de causa de abdomen agudo quirúrgico.<sup>3,6</sup>

El índice de complicaciones es de 4%:

- Obstrucción intestinal: → 36.5%.
- Intususcepción: → 13.7%.
- Inflamación o diverticulitis: → 12.7%.
- Hemorragia: → 11.8%.
- Perforación: → 7.3 %.
- Neoplasia (tumor carcinoide): → 3.2%.
- Fístula: 1.7%.<sup>6-11</sup>

## CONCLUSIONES

Las oclusiones intestinales deben tener un manejo conservador de 48 horas si es un abdomen sin cicatrices previas, y en el caso opuesto de hernias extrínsecas descartadas, hay que pensar en hernias internas, y entre las causas puede ser por una de las complicaciones del divertículo de Meckel, como en este caso. Se ha demostrado que para un tratamiento oportuno, adecuado e instantáneo del mismo, la cirugía abierta seguirá siendo el tratamiento estándar, dejando evidencia de resolución instantánea y mayor oportunidad de revisión de toda la cavidad abdominal y asas intestinales.

## Agradecimientos

Agradecemos haber logrado un manejo integral y adecuado de la paciente, siendo en este caso exitoso en todos sus aspectos desde el servicio de urgencias, residentes y médicos adscritos de cirugía general hasta anestesiología, nutrición clínica, enfermería quirúrgica y general del Hospital General de Querétaro.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Dumper J, Mackenzie S, Mitchell P. Complications of Meckel's diverticula in adults. *Can J Surg.* 2006; 49 (5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3207587/pdf/20061000s00012p353.pdf>.
2. Smoot R, Peoples J, Hanson G. Meckel's diverticulum in adults: more common than you think. Available in: [https://www.mdmag.com/journals/resident-and-staff/2005/2005-12/2005-12\\_01](https://www.mdmag.com/journals/resident-and-staff/2005/2005-12/2005-12_01).
3. Sagar J, Kumar V, Shah D. Meckel's diverticulum: a systemic review. *J R Soc Med.* 2006; 99: 501-505. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1592061/pdf/0501.pdf>.

4. Ezekian B, Leraas H. Outcomes of laparoscopic resection of Meckel's diverticulum are equivalent to open laparotomy. *ELSEVIER*. 2018; 1 (2): 123-130. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2018.03.010>.
5. Rusher K, Fisher J, Hughes C. National trends in the surgical management of Meckel's diverticulum. *ELSEVIER*. 2011; 46: 893-896. Available in: <https://sci-hub.tw/10.1016/j.jpedsurg.2011.02.024>.
6. Cserni G. Gastric pathology in Meckel's diverticulum. Review of cases resected between 1965 and 1995. *Am J Clin Pathol*. 1996; 106: 782-785. Available in: <https://sci-hub.tw/10.1093/ajcp/106.6.782>.
7. Sutter PM, Canepa MG, Kuhrmeier F, Marx A, Martinoli S. Carcinoid tumor in Meckel's diverticulum: case presentation and review of the literature. *Schweiz Med Wochenschr*. 1997; 89: 20S-204. Available in: <https://sci-hub.tw/10.1007/bf02283922>.
8. Heinicke JM, Tedaldi R, Muller C. An unusual manifestation of Meckel's diverticulum: bleeding and perforation: a case report. *Swiss Surg*. 1997; 3: 97-99. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9200969>.
9. Wong JH, Suhaili DN, Kok KY. Fish bone perforation of Meckel's diverticulum: a rare event? *Asian J Surg*. 2005; 28: 295-296. Available in: [https://sci-hub.tw/10.1016/s1015-9584\(09\)60364-x](https://sci-hub.tw/10.1016/s1015-9584(09)60364-x).
10. Segal SD, Albrecht DS, Belland KM, Elster EA. Rare mesenteric location of Meckel's diverticulum, a forgotten entity: a case study aboard USS Kitty Hawk. *Am Surg*. 2004; 70: 985-988. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15586511>.
11. Abhishek Chauhan, Nigel Suggett, Peter Guest, Jason Goh. Meckel's diverticulum: new solutions for an old problem? *BMJ*. 2016; 7: 118-121. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5369507/pdf/flgastro-2015-100624.pdf>.