

Perforación de divertículo de Meckel

Montserrat Reyes Moreno, Antonio Palomeque Jiménez, Javier Martín Cano, Salvador Calzado Baeza, Paul Sebastian Robayo Soto, Juan Guillermo Ferrer García

U.G.C. Cirugía y sus Especialidades. Hospital Santa Ana. Granada

Resumen

El divertículo de Meckel se origina ante la no obliteración del conducto onfalomesentérico, siendo actualmente considerado la más frecuente de las anomalías intestinales. Habitualmente es asintomático. La clínica que puede manifestar está en relación con las posibles complicaciones que puede presentar. Las complicaciones originadas a raíz de esta entidad son infrecuentes, siendo las más frecuentes descritas en la literatura, el sangrado, la inflamación o la perforación del mismo.

El diagnóstico se realiza, ante una sospecha clínica, mediante técnicas de imagen como la ecografía abdominal o la TC.

Su tratamiento es quirúrgico tras la aparición de complicaciones e individualizado para cada una de ellas.

Presentamos un nuevo caso de perforación de divertículo de Meckel como manifestación primaria del mismo, diagnosticado y tratado en nuestro hospital, discutiendo los mecanismos etiológicos, los aspectos clínicos más relevantes y el manejo terapéutico óptimo.

PALABRAS CLAVE: divertículo, Meckel, perforación intestinal, anomalías intestinales.

INTRODUCCIÓN.

El divertículo de Meckel es considerado la anomalía intestinal más frecuente, suponiendo aproximadamente el 90 % de las mismas^{1,2}. Se asocia a un defecto de obliteración del conducto onfalomesentérico, que se produce durante el periodo de vida intrauterina.

La presentación clínica, con una mayor incidencia en edades tempranas, es muy variable, estando relacionada, en un alto porcentaje de los casos, con la aparición de complicaciones, siendo las más habituales la hemorragia digestiva baja, la perforación, la obstrucción intestinal y el abdomen agudo³. En algunos casos, el hallazgo del divertículo de Meckel es casual y puede incluir la presencia de tejido gástrico o pancreático ectópico en el mismo^{4,5,6,7}.

Son actualmente la ecografía abdominal y la tomografía axial computarizada las principales pruebas diagnósticas de imagen^{3,8} que se emplean en el contexto de cuadro de abdomen agudo, y por tanto, en el contexto de la entidad que nos ocupa. Datos radiológicos como la presencia de una imagen

tubular con contenido quístico o radiopaco en su interior, sin dependencia anatómica del ciego y ante la presencia de un apéndice cecal sin características anómalas, puede apoyar esta posibilidad diagnóstica. No obstante, el uso de gammagrafía con pernectato marcado con Tc 99m^{9,10}, podría diagnosticar preoperatoriamente la presencia de tejido gástrico ectópico (23%)⁷.

El tratamiento óptimo a aplicar en cada caso, debe ser acorde con la presentación clínica que presente. Así, ante una complicación del divertículo, se debe abordar de forma urgente mediante intervención quirúrgica, mientras que en los casos en los que el diagnóstico es casual, la actitud aún es discutida.

Caso clínico

Varón de 47 años, con antecedentes personales de hiperuricemia y dislipemia, que acude al Servicio de Urgencias por presentar cuadro de dolor abdominal, localizado en hipogastrio, de varios días de evolución y características fijas, acompañado de distensión abdominal y fiebre.

A la exploración el paciente presenta constantes vitales sin alteraciones, apreciándose un abdomen distendido, con matidez a la percusión y doloroso a la palpación en fosa ilíaca

Correspondencia: Montserrat Reyes Moreno. U.G.C. Cirugía y sus Especialidades. Hospital Santa Ana. Av. Enrique Martín Cuevas, s/n.18600 Motril, Granada. monreymor@gmail.com

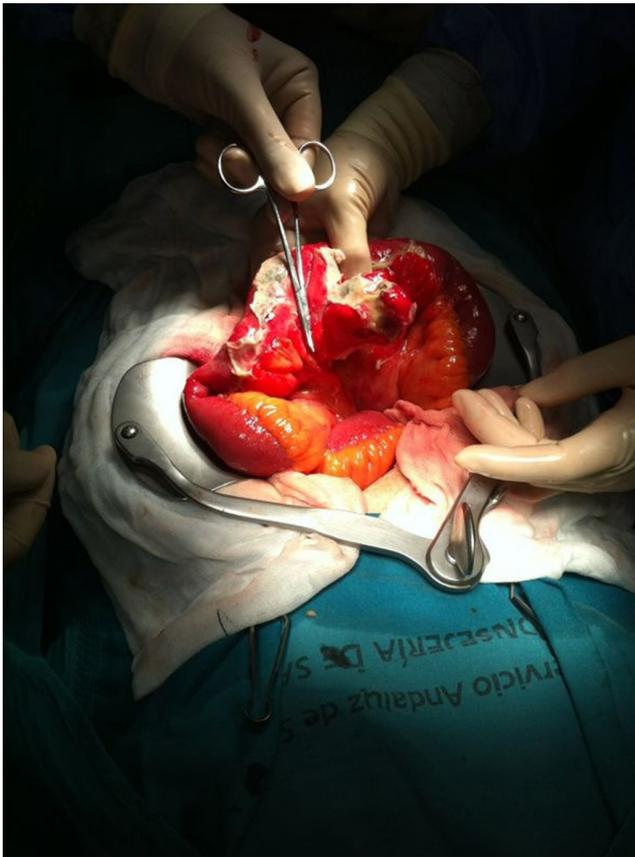


Figura 1. Imagen intraoperatoria, donde se observa divertículo de Meckel perforado con tejido fibrinoide perilesional.

derecha e hipogastrio, con signos de irritación peritoneal a dicho nivel.

En la analítica se objetivó: leucocitos 20200 Mil/ μ L, PMN de 81.5% y PCR de 32.4 mg/dL y PMN 81.5%.

Se realizó radiología simple de abdomen, objetivándose niveles hidroaéreos en hemiabdomen derecho. En la ecografía abdominal, se observó líquido libre entre asas de intestino delgado, con dilatación de asas de intestino delgado, con engrosamiento de la pared por edema y peristalsis disminuida. En la TC abdominal, se confirma los hallazgos descritos con la ecografía, sin evidenciarse la causa del cuadro.

Ante el cuadro clínico presentado por el paciente, se decide intervención quirúrgica urgente, hallándose un cuadro de peritonitis purulenta difusa secundaria a perforación de un divertículo de Meckel, realizándose lavado de la cavidad intestinal y resección del divertículo, incluyendo un segmento ileal de donde surgía el divertículo, con posterior reconstrucción del tránsito intestinal.

El paciente evolucionó satisfactoriamente, siendo dado de alta domiciliaria a los siete días tras la intervención.

El estudio anatomopatológico reflejó la existencia de divertículo de Meckel perforado en la pieza de resección estudiada, sin evidenciarse la presencia de mucosa gástrica ectópica.



Figura 2: Imagen de Tc, donde se observa imagen tubular con edema de pared, con pequeña burbuja de gas en íntima relación con la misma. Próximas al mismo se aprecian asas intestinales de calibre y características no patológicas.

Discusión

El divertículo de Meckel es considerada la anomalía más frecuente del tracto gastrointestinal. Es originado tras una obliteración incompleta del conducto onfalomesentérico, presentando todas las características anatómicas de un divertículo verdadero¹. Su incidencia se estima en aproximadamente un 2-3%. No es infrecuente el hallazgo de mucosa gástrica o tejido pancreático ectópicos en aproximadamente un 23% y un 16% de los casos respectivamente^{4,5} lo que asocia un mayor índice de complicaciones⁶. Es excepcional la presencia de colonización por *Helicobacter Pylori*, sin conllevar repercusiones clínicas o pronósticas.

La clínica, habitualmente, es la relativa a la complicación. Esta curre, aproximadamente, en el 19% de los casos, siendo la más frecuente de todas ellas el sangrado, secundario a la presencia de mucosa gástrica ectópica en el mismo, seguida de la perforación, la herniación, la neoplasia y la formación de enterolitos, que suceden de forma excepcional³. De este modo, ha de considerarse como diagnóstico diferencial esta entidad ante la presencia de un cuadro clínico de abdomen agudo, obstrucción intestinal, perforación o hemorragia digestiva baja, siendo éstas, más frecuentes en la infancia⁷.

Dada la amplia variedad de presentación clínica, el diagnóstico preoperatorio suele ser complejo, siendo la tomografía axial computarizada y la ecografía abdominal^{3,8} las principales pruebas radiológicas utilizadas. Como signos radiológicos diagnósticos están la presencia de inflamación diverticular, acompañada de nivel hidroaéreo en su interior, la lesión quis-

tica o enterolitos, con afectación de la grasa peridiverticular, con apéndice cecal normal y sin dependencia del ciego. La gammagrafía con pertecnato marcado con Tc 99m es útil para el diagnóstico preoperatorio de esta entidad principalmente en los casos asociados a la presencia de mucosa gástrica ectópica^{7,9,10}.

En relación con el tratamiento del divertículo de Meckel, es indiscutible que ha de realizarse en aquellos casos en los que se manifieste por alguna de las complicaciones antes indicadas. En aquellos casos en los que el hallazgo del mismo sea casual, sin existir complicación del mismo, se valoran ciertas características divertículo, como un tamaño mayor a 2 centímetros, pacientes menores de 40 años, asociación de cuadros de bridas y sospecha de tejido ectópico¹⁰, para abogar por una actitud quirúrgica agresiva realizando diverticulectomía profiláctica^{11,12}, ya que se ha comprobado una mayor frecuencia de complicaciones en estas situaciones. Existen diferentes posturas acerca de la preferencia para utilizar esta técnica previamente mencionada, tanto en el caso de se un hallazgo casual como en los casos de complicación diverticular, o la realización de resección intestinal del segmento que engloba el divertículo con la finalidad de extirpar todo tejido ectópico presente, siendo sólo destacable un aumento de morbimortalidad de ésta última.

Finalmente y para concluir, hemos de mencionar que el pronóstico de esta enfermedad depende fundamentalmente de la evolución, diagnóstico precoz y tratamiento aplicado en las distintas complicaciones, así como de la decisión de realizar tratamiento quirúrgico en los hallazgos casuales, no siendo

por tanto, una entidad que requiera la aplicación de tratamientos complementarios.

Bibliografía

1. A. Piñero, E. Martínez, M. Canteras, G. Castellanos, J.M Rodríguez, P. Parrilla. Complicaciones, diagnóstico y tratamiento del divertículo de Meckel. *Cir Esp* 2001; 70:286 – 290.
2. Dumper J, Mackenzie S, Mitchell P, Sutherland F, Quan ML, Mew D. Complicaciones de los divertículos de Meckel en los adultos. *Can J Surg* 2006; 49(5): 353- 358.
3. Gayer G, Zissin R, Apter S, Shemesh E, HendelbergE. Diverticulitis acute of the small bowel: CT findings. *Abdom Imaging* 1999; 24:452- 5.
4. Fich A, Talley NJ, Shorter RG, Phillips SF. Does *Helicobacter pylori* colonize the gastric mucosa of Meckel's diverticulum? *Mayo ClinProc* 1990; 65:187 – 191.
5. Heatley Mk, Arthur K, Maxwell P. CLO in Meckel's diverticula. *J ClinPathol* 1990; 43: 86- 87.
6. Root GT, Baker CP. Complications associated with Meckel's diverticulum. *Am J Surg* 1967; 114: 285- 288.
7. Brañez García CA, Vargas García B, Vargas Patiño JR. Divertículo de Meckel perforado en un paciente de 13 años, Reporte de un caso. *Gac Med Bol* 2011; 34(1):40-42.
8. Nigoggosyan M, Dolinskas C. CT demonstration of inflamed Meckel diverticulum. *J Comput Assist Tomogr* 1990; 14: 140- 2.
9. Artigas V, Calabuig R, Badia F. Meckel's diverticulum: value of ectopic tissue. *Am J Surg* 1986; 151: 631- 634.
10. Brophy C, Seashore J. Meckel's diverticulum in the pediatric surgical population. *Conn Med* 1989; 53:203- 205.
11. Leijonmarck CE, Bonman- Saudein K, Frisell J, Räf L. Meckel's diverticulum in the adult. *Br J Surg* 1986; 73:146- 149.
12. Soltero MJ, Bill AR. The natural history of Meckel's diverticulum and its relation to incidental removal. *Am J Surg* 1997; 132: 168-173.