

Divertículo de Meckel necrosado

Necrotic Meckel's diverticulum

Gabriel González Sosa,^I Julio Díaz Mesa,^{II} Simeón Antonio Collera Rodríguez,^{III} Gabriel Abilio González García,^{IV} Jesús Romero Rodríguez,^V Silvio Cuellar Capote^{VI}

^I Especialista en I Grado en Cirugía y Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

^{II} Doctor en Ciencias. Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Titular. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Auxiliar. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

^{IV} Especialista de I Grado en Cirugía. Asistente. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

^V Especialista de I Grado en Cirugía. Instructor. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

^{VI} Especialista de I Grado en Cirugía. Asistente. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente que acudió al cuerpo de guardia del CIMEQ en marzo del 2007. Presentaba un cuadro clínico de abdomen agudo quirúrgico y fue intervenido con el diagnóstico de apendicitis aguda complicada. En el transoperatorio se constató la presencia de un gran divertículo de Meckel, que inicialmente se inflamó (diverticulitis aguda) y posteriormente evolucionó hasta la necrosis, por lo que afectó la irrigación de un segmento intestinal en el íleon terminal, el ciego y el tercio inferior del colon ascendente. El apéndice no tenía ninguna alteración, por lo que se realizó una hemicolectomía derecha. El paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta a los 10 días, con una evolución favorable.

Palabras clave: Divertículo de Meckel, diverticulitis aguda, hemicolectomía derecha.

ABSTRACT

This is the case presentation of a patient treated in Emergency Department in March 2007 presenting with a clinical picture of surgical acute abdomen and operated on due to complicated acute appendicitis. At transoperative period presence of a Meckel's diverticulum was verified that initially becomes inflamed (acute diverticulitis) and later process evolved until necrosis affecting the blood stream of an intestinal segment in terminal ileum, cecum and the lower third of ascending colon. Appendix was not altered and a hemicolectomy was performed. Patient had a favorable course and was discharged at 10 days.

Key words: Meckel's diverticulum, acute diverticulitis, right hemicolectomy.

INTRODUCCIÓN

Desde su descripción inicial por Fabricio Hildamus en 1598¹ y luego por Johann Friedrich Meckel en 1809² esta anomalía del tracto digestivo es objeto de numerosas descripciones y observaciones.³⁻⁶ Se considera que es la anomalía más frecuente del sistema gastrointestinal y es el remanente del conducto onfalomesentérico que conecta el intestino primitivo con el saco vitelino en la vida fetal temprana.⁷

Normalmente esta estructura anatómica se oblitera y desaparece por completo entre la séptima y la octava semana de la vida fetal, que es cuando la placenta reemplaza al saco vitelino como base nutricional para el feto; el defecto de la involución del divertículo de Meckel da lugar a una fístula onfalomesentérica, un quiste entérico, una brida fibrosa que une el intestino delgado al ombligo, o esta estructura queda libre y flotante, lo que constituye un divertículo intestinal.

En realidad se trata de un verdadero divertículo porque desde su emergencia de la cara antemesentérica del intestino posee los cuatro planos anatómicos (serosa, muscular, submucosa y mucosa). Su riego sanguíneo proviene en la mayoría de las veces de un remanente de la arteria vitelina derecha, procedente a su vez de la arteria mesentérica superior; normalmente se localiza en los últimos 100 cm proximales a la válvula ileocecal, aunque se ha descrito tan lejano como en el ligamento de Treitz, el tamaño promedio referido es de alrededor de 3 a 5 cm^{3,5} y en aproximadamente la mitad de los casos tiene mucosa heterotópica gástrica aunque en un 15 % de estos se ha descrito tejido acinar pancreático y muy raramente glándulas de Brunner, mucosa colónica, tejido hepatobiliar o combinaciones de varios tejidos.⁶

Muchas veces se ha observado asociado a otras patologías como: paladar hendido, útero bicórneo y páncreas anular y parece haber un relación indirecta con la enfermedad de Crohn.^{7,8} El hallazgo transoperatorio de esta enfermedad es de

alrededor de un 1 % y la frecuencia de aparición es igual en ambos sexos, pero por razones no conocidas las complicaciones son tres veces más frecuentes en el sexo masculino.⁹

Las complicaciones más frecuentes se clasifican en: síndrome hemorrágico, síndrome obstructivo y síndrome inflamatorio (diverticulitis aguda), más raro pueden ser asiento de neoplasias, donde son las más frecuentes: el carcinoide (33 %), seguido por los sarcomas (27 %), tumores mesenquimatosos benignos (23 %) y, en menor número, de carcinomas.¹⁰

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente del sexo masculino, de 24 años de edad, de la raza blanca y con antecedentes de salud que desde hace 4 días presenta dolor abdominal, el cual comienza en epigastrio, con sensación de molestias después de ingerir abundantes alimentos, a los 2 días después del comienzo del mismo, este se intensificó, según plantea a tipo cólico alrededor del ombligo y que se desplazó, se hizo mantenido y más intenso a nivel de la fosa ilíaca derecha al final del tercer día, acompañado de náuseas, 2 vómitos con restos de alimentos y fiebre de 38 a 39 °C .

Examen físico:

- Mucosas normocoloreadas, ligeramente secas.
- Lengua saburral.
- Tensión arterial: 110/70 mm Hg
- Frecuencia cardíaca: 120 latidos/min.
- Temperatura axilar: 37,5 °C.
- Temperatura rectal: 39 °C.
- Abdomen: doloroso de forma espontánea, a la palpación superficial y profunda y a los golpes de tos de forma difusa, es más intenso a nivel de fosa ilíaca y flanco derecho, signos de: Blumberg, Rousing y Rousing-Meltzer (positivos), no se precisa presencia de tumor ni visceromegalia, percusión dolorosa en fosa ilíaca derecha (signo de Holman positivo), ruidos hidroaéreos ligeramente aumentados en tono con frecuencia normal. Regiones inguinocrurales sin alteraciones.
- Tacto rectal: esfínter de buen tono, doloroso hacia la proyección del fondo de saco lateral derecho, ampolla rectal con escasa materia fecal, no presencia de hemorroides ni tumor.

Exámenes complementarios:

- Hemoglobina: 14,2 g/L.
- Leucograma: 16,5x10⁹/L P-0,87.
- Plaquetas: 250 x10⁹ /L.
- Creatina: 118micromol/L.
- Glicemia: 4,6 mmol/L.

Tratamiento

Se decidió intervenir quirúrgicamente al paciente de urgencia, ya que se planteó como diagnóstico una apendicitis aguda y se realizó laparotomía a través de una incisión paramedia derecha. Se abrió por planos la cavidad abdominal y se constató

en el peritoneo la presencia de líquido en la región pericecal, el cual se aspiró y se observó un segmento intestinal de color violáceo con respecto al resto del intestino, que comprometía aproximadamente los últimos 40 cm del íleon, el ciego y más de dos tercios del colon ascendente y alrededor de 30 cm de la válvula ileocecal. Se constató a nivel del borde antimesentérico una tumoración de color violácea, de base ancha torcida a este nivel, edematosa, muy inflamada, de aproximadamente 25 cm de longitud, que se pensó fue la causa que originó este compromiso circulatorio en el segmento intestinal, lo que se interpretó como un divertículo de Meckel, que en el curso de un proceso inflamatorio (diverticulitis aguda), se torció en su base, comprometiendo la circulación arterial de este y de los vasos que irrigaban el meso del intestino adyacente, por lo cual, finalmente, se necrosó y originó este cuadro de abdomen agudo. Se realizó una hemicolectomía derecha con una ileotransversostomía termino-terminal para restablecer el tránsito intestinal ([figura](#)).

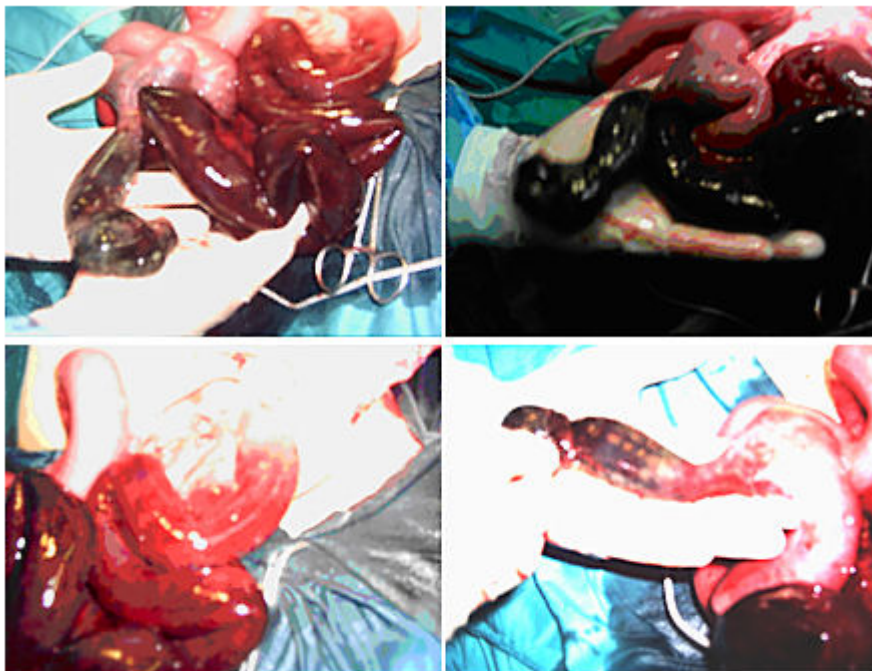


Figura. Divertículo de Meckel necrosado, de alrededor de 20 cm de longitud y resto del segmento de intestino con afectación vascular extraído mediante hemicolectomía derecha de urgencia.

El transoperatorio transcurrió sin complicaciones, el paciente es ingresado en la unidad de cuidados intermedios, donde transcurre las primeras 72 h del posoperatorio y después se traslada a la sala de cirugía, se confirmó el diagnóstico con el informe enviado desde el departamento de anatomía patológica, El paciente evolucionó de manera favorable y fue egresado al décimo día.

COMENTARIO

El divertículo de Meckel se sospecha frecuentemente, casi siempre se busca pero rara vez es encontrado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schultka R, Gobbel L. Johann Friedrich Meckel the younger (1781-1833), an extremely important naturalist and scholar. *Aun Anat.* 2002;184(6):503-8.
2. Artigas Vincent MD. Meckel's diverticulum. Value of ectopic tissue. *Am J Surg.* 1986;151(5):631-4.
3. Campus Vilata B. El Divertículo de Meckel. Diagnóstico y tratamiento de sus complicaciones. *Rev Cir Esp* 1984;38(3):456-9.
4. Rodríguez Loeches Fernández J. Características clínicas y diagnóstico del abdomen agudo. Edición: Mercedes Solís. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1985. pp 53-4.
5. Oguzkurt P, Talim B, Tanyel FC, Caglar M, Senocak ME. The role of heterotopic gastric mucosa with or without colonization of *Helicobacter pylori* upon the diverse symptomatology of Meckel's diverticulum in children. *Turk J Pediatr.* 2001;43(4):312-6.
6. Ruiz Borrego J. Características clínicas del divertículo de Meckel en la población infantil. *Rev Gastroenterol Perú.* 1995;5(3):247-54.
7. Kapischke M, Bley K, Delta E. Meckel's diverticulum. *Surg Endosc.* 2003;17(2):351.
8. Romano F, Franciosi C, Cerea K, Bravo AF, Colombo G, Uggeri F. A case of carcinoid of Meckel's diverticulum associated with gastric adenocarcinoma. *Tumori.* 2001;87(4):272-5.
9. Freeman HJ. Meckel's diverticulum in Crohn's disease. *Can J Gastroenterol.* 2001;15(5):308-11.
10. Kashi SH, Lodge JP. Meckel's diverticulum: a continuing dilemma. *J R Cole Surg Edimb.* 1995;40(6):392-4.

Recibido: 13 de febrero de 2009.

Aprobado: 27 de mayo de 2009.

Gabriel González Sosa. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ).
Calle 216 y Avenida 11, Reparto Siboney. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: cancer@infomed.sld.cu