

Divertículo de Meckel. A propósito de un caso

Meckel's diverticulum. Apropos of a case

Dr. Luis Rolando García Méndez^{1*}
Est. Luismer Rodríguez García²
Est. Greysi Díaz Olivera²

¹ Hospital Municipal Docente Iluminado Rodríguez. Matanzas, Cuba.

² Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Matanzas, Cuba.

*Autor para la correspondencia: luison.75@nauta.cu

RESUMEN

El divertículo de Meckel es una evaginación en dedo de guante del borde antimesentérico del íleon, constituido por sus capas, debido a una persistencia embriológica del extremo proximal del conducto onfalomesentérico. Forma una bolsa a manera de tubo y que puede extenderse hasta la región umbilical, su inflamación (diverticulitis) produce un cuadro clínico semejante al de la apendicitis aguda, por lo que su diagnóstico preoperatorio es raro. Por lo infrecuente, los médicos no piensan seriamente en esta patología y su diagnóstico definitivo se realiza durante el transoperatorio. Se presentó un caso por lo infrecuente que resulta lo cual aporta conocimiento a la comunidad médica sobre el tema.

Paciente de 68 años, acude al centro con dolor tipo cólico, taquicardia y fiebre de 38.5C°, con 24 h de evolución. Refiere que el dolor se le hizo fijo hacia fosa iliaca derecha, el cual se fue intensificando. Se decidió su ingreso para tratamiento quirúrgico. Se realizó apendicectomía y resección y anastomosis en la zona del divertículo. Se recibió biopsia informando diverticulitis de Meckel.

Palabras clave: divertículo de Meckel; cirugía; hernia abdominal.

ABSTRACT

Meckel's diverticulum is an evagination resembling a glove finger of the ileum anti-mesenteric edge, formed by layers due to an embryologic persistence of the proximal end of omphalo-mesenteric duct. It forms a sac like a tube that may extend up to the umbilical region; its inflammation (diverticulitis) has clinical characteristics similar to the acute appendicitis ones, making its pre-surgery diagnosis very unusual. Due to its frequency, doctors often do not take this disease into account, and it is definitely diagnosed during the trans-operative. The case was presented due to its infrequency, bringing knowledge on the theme to medical community.

A patient aged 68 years assisted the hospital with a colic-like pain, tachycardia and fever of 38.5°C after 24 hours of evolution. He refers that the pain became fixed in the right iliac fosse and got more intensity. The decision was entering him for surgical treatment. Appendectomy, resection and anastomosis were carried out in the area of the diverticulum. The received biopsy informed Meckel's diverticulum.

Key words: Meckel's diverticulum; surgery; abdominal hernia.

Recibido: 05/04/2018.

Aceptado: 08/10/2018.

INTRODUCCIÓN

El divertículo de Meckel es una anomalía congénita debida al cierre incompleto del conducto onfalomesentérico durante el desarrollo fetal. Su incidencia se estima en alrededor del 2 % de la población e asintomático en la mayoría de los casos. En ocasiones puede dar clínica de diverticulitis, hemorragia digestiva baja, oclusión o perforación. Los síntomas son más frecuentes durante la infancia y raros en el adulto.

Sobre el divertículo de Meckel (DM) se han publicados numerosos artículos desde que fue descrito de una manera muy precisa por el famoso anatomista alemán Johann Friedrich Meckel en 1809.⁽¹⁾

Estudios embriológicos de Cullen (1916) y de Blech-Smith (1961) demostraron que el conducto onfalomesentérico deja de ser permeable en la 5ta o 6ta semana de la vida embrionaria, es sólido en la 7ma semana y desaparece posteriormente.⁽²⁻⁴⁾

La primera mención que recoge la historia del DM se le acredita a Levater en 1672. Littré en 1700 señala de nuevo como hallazgo de autopsia un divertículo en el íleon terminal, pero ignora su origen congénito. Meckel en 1809, describe con detalles la anomalía y señala su origen embriológico y Hulschman en 1913 publica la primera perforación.⁽³⁾

El divertículo de Meckel posee un riesgo de complicación que fluctúa de 4 a 6 %. Es más frecuente en niños que en adultos 26 a 53 %. Los hombres son los más afectados con una relación de 3:1-2. La probabilidad de que un divertículo asintomático se torne sintomático y tenga complicaciones es de 4 %. En los menores de 20 años, disminuye a 2 %, a los 40 años y en pacientes de edad avanzada no hay complicaciones.^(4,5)

Las características especiales que distinguen al divertículo de Meckel han llevado a algunos autores a exponer una regla que puede orientar al diagnóstico. Se trata de la "Regla del 2": su incidencia es 2 %. Se localiza a 2 pies (60 cm) de la válvula ileocecal, tiene 5 cm de largo y 2 cm de diámetro. Se vuelve sintomático antes de los 2 años de edad, contiene comúnmente 2 tipos de tejidos heterotópicos sobre todo (gástrico y pancreático). Resulta 2 veces más común en hombres que en mujeres.^(5,6)

El divertículo de Meckel, aparece en el íleon terminal, a una distancia entre 45 y 80 cm de la válvula ileocecal y en el borde antimesentérico del íleon. Es un divertículo verdadero, pues contiene todas las capas de la pared intestinal. Se puede decir que este divertículo es una evaginación en dedo de guante del borde antimesentérico de íleon. Constituido por sus capas y debido a una persistencia embriológica del extremo proximal del conducto onfalomesentérico, el cual forma una bolsa a manera de tubo que se extiende hasta la región umbilical.

Aproximadamente el 50 % de los pacientes con divertículo de Meckel tienen tejido heterotópico que suele ser de mucosa gástrica o pancreática. El mecanismo por el cual se inflama, obedece a posibles causas de infección bacteriana, otros consideran que es provocado por la digestión enzimática con erosión de la mucosa.⁽⁷⁾ (Fig. 1)

Usualmente es asintomático y se presenta como hallazgo incidental en una laparotomía.⁽⁸⁾ El tratamiento del divertículo de Meckel es quirúrgico, por diverticulectomía o resección del segmento afectado del íleon. El manejo en los casos de hallazgo incidental de divertículo de Meckel asintomático, es controversial. Algunos autores aceptan las siguientes recomendaciones:

No reseca los divertículos de boca ancha, de paredes delgadas y sin adherencias.

Reseca aquellos con base estrecha, de paredes delgadas, con adherencias o una longitud mayor de 2 cm, dado el mayor riesgo de complicaciones.⁽⁹⁾

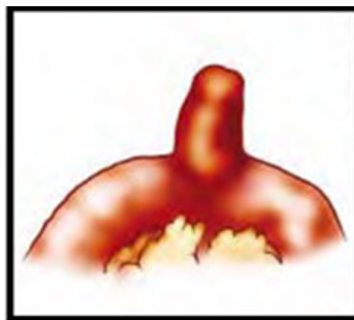


Fig. 1. Imagen que muestra la forma del Divertículo de Meckel.

PRESENTACIÓN DEL CASO

MI: dolor en fosa iliaca derecha (FID).

HEA: paciente de 68 años B/M con APP: hipertensión arterial, enfisema pulmonar y alergia a la penicilina y al yodo, y APF de relativa salud.

Acudió al hospital dolor tipo cólico, taquicardia y fiebre de 38.5c desde hace 24 h. Refirió que el dolor se le trasladó hacia fosa ilíaca derecha (FID), donde se hizo fijo y se fue intensificando. Por lo que se decidió su ingreso para tratamiento quirúrgico.

Datos positivos al interrogatorio: dolor en fosa iliaca derecha, náuseas y vómitos.

Datos positivos al E/F: dolor a la palpación superficial y profunda en FID. Signo de Blumberg positivo.

Exámenes complementarios.

Leucograma: 13.3 segmentados 84 linfocitos 16, Hto: 0,45.

Coagulograma: tiempo de sangramiento 1 min, tiempo de coagulación 9 min.

Glicemia: 6,4 mmol/L. Creatinina: 81,5 mmol/L.

Grupo sanguíneo y factor Rh: O positivo.

EKG: sin alteraciones.

Radiografía simple de tórax postero-anterior: sin alteraciones.

Descripción del acto operatorio.

Paciente en decúbito supino, asepsia y antisepsia con agua, jabón y alcohol yodado. Se colocó campos estériles. Se realizó incisión paramedia derecha y se abrió por planos. El apéndice cecal no mostró signos evidentes de inflamación aguda y se decidió realizar apendicectomía para posterior revisión de cavidad abdominal. Durante esta revisión se visualizó divertículo de Meckel con pared engrosada, turgente. Se realizó resección y anastomosis a dos planos de la sección de intestino donde se encontraba el divertículo, Se realizó hemostasia. Se cierra por planos. Se suturó la piel con nylon 2-0. (Fig. 2 y 3).



Fig. 2. Imagen del divertículo de Meckel encontrado en el transoperatorio.



Fig. 3. Imagen del Divertículo de Meckel turgente y con engrosamiento de su pared.

Se utilizó cefazolina 1g 1 Bb EV profilácticamente $\frac{1}{2}$ h antes de la intervención quirúrgica.

Posoperatorio inmediato: el paciente evolucionó satisfactoriamente y es trasladado a sala al recuperarse de la anestesia.

Tratamiento antibiótico en sala: Ceftriaxona (bbo-1g) 1 bbo EV c/12h x 7 días, Metronidazol (fco.- 500 mg) fco. EV c/8 h.

El resultado de la biopsia confirmó el diagnóstico transoperatorio de diverticulitis de Meckel.

DISCUSIÓN

El divertículo de Meckel es la malformación congénita más común del intestino delgado y afecta aproximadamente al 2 % de la población. Hildanus lo describió inicialmente en 1598, y luego Johann Meckel lo detalla en 1809.

El divertículo de Meckel se aloja en el borde antimesentérico del íleon, en una región situada a 45-60 cm por encima de la válvula ileocecal. Obedece al cierre incompleto del conducto onfalomesentérico o vitelino.

Su incidencia es idéntica en ambos sexos. El paciente estudiado pertenece al sexo masculino lo que concuerda con lo publicado en mucha literatura literatur mundial y con algunos autores cubanos que reportan una proporción 2:1.^(3,10,11)

Las complicaciones más frecuentes se clasifican en: síndrome hemorrágico, síndrome obstructivo y síndrome inflamatorio (diverticulitis aguda). Resulta más raro la presencia de asiento de neoplasias, entre las más frecuentes el

carcinoide, (33 %). Le sigue el sarcomas, (27 %); tumores mesenquimatosos benignos, (23 %). Un menor número los carcinomas. El paciente estudiado presentó un síndrome inflamatorio visceral.⁽¹²⁾

El tratamiento de las complicaciones del divertículo de Meckel, en particular ante un cuadro inflamatorio agudo peritoneal o perforativo, es la intervención quirúrgica. La resección o exéresis del divertículo, o en algunos casos del segmento del íleon donde asienta, es lo indicado.

Puede realizarse de manera abierta o por vía laparoscópica, puede ser programada, incidental o de urgencia. El procedimiento de elección es la resección intestinal del segmento donde se encuentra el divertículo y una anastomosis intestinal termino terminal. Otros prefieren la diverticulectomía simple además de la liberación de adherencias.

En este caso se procedió a realizar la resección y anastomosis de la sección de intestino en que se encontraba el divertículo, producto al hecho de que pudiera existir mucosa heterotópica en la cara mesentérica, y provocar un posible sangrado o perforación, se realizó entonces por cirugía convencional y de forma urgente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Miquel Escarrá J, Fracalvieri D, Paules Villar MJ, et al. Tumor neuroendocrino en divertículo de Meckel: un Hallazgo inusual. CIR ESP [Internet]. 2015 [citado 12/06/2017]; 93(10):135-6. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-cirurgia-espanola-36-articulo-tumor-neuroendocrino-diverticulo-meckel-un-S0009739X14002383>
2. Schultka R, Gobbel L. Johann F. Meckel the younger (1781-1833), an extremely important naturalist and scholar. Ann Anat. 2002 Nov; 184(6):503-8. Citado en PubMed; PMID: 12489333.
3. Rodríguez L, Fernández J. Características clínicas y diagnóstico del abdomen agudo. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1985.
4. Levy AD, Hobbs CM. Meckel diverticulum: Radiologic features with pathologic correlation. Radiographics. 2004; 24(2):565-87. Citado en PubMed; PMID: 15026601.
5. Motta-Ramírez G, Reyes-Méndez E, Campos-Torres J, et al. El divertículo de Meckel en adultos. Anales de Radiología México [Internet]. 2015 [citado 12/06/2017]; 14(1):20-30. Disponible en: http://webcir.org/revistavirtual/articulos/2016/4_noviembre/mx/diverticulo_esp.pdf
6. Álvarez PC, Mederos O, Trujillo ME. Morbilidad por divertículo de Meckel en adultos. Rev Cubana Cir 1987; 26:199-205.
7. Soler Vaillant R. Cirugía del abdomen. 2da ed [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015 [citado 12/06/2017]. Disponible en: <http://recursosuvs.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=57>

8. Fajardo R, Castillo Cuevas V, Fuentes J. Doble divertículo de Meckel: resección por laparoscopia. Rev Colomb Cir [Internet]. 2011 [citado 12/06/2017]; 26: 138-42. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/cirugia/volc-2602/doblediverticulodemeckel/>
9. Puentes JA, Salcedo JD, Luna DR. Divertículo de Meckel en el adulto mayor: una causa de sangrado digestivo: Revisión de la literatura y reporte de un caso. Rev Colomb Cir [Internet]. 2015 [citado 12/06/2017]; 30(2): 151-5. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/cirugia/vc302/meckel-tratamiento/>
10. Sabiston. Tratado de Cirugía. Fundamentos biológicos en la práctica quirúrgica moderna. 19na Edición [Internet]. España: Elsevier; 2013 [citado 12/06/2017]. Disponible en: <http://www.uvsfajardo.sld.cu/sabiston-tratado-de-cirugia-fundamentos-biologicos-de-la-practica-quirurgica-moderna>
11. Kashi SH, Lodge JP. Meckel's diverticulum: a continuing dilemma. J R Coll Surg Edinb. 1995; 40(6): 392-4. Citado en PubMed; PMID: 8583444.
12. Soler Vaillant R, Mederos Curbelo ON. Cirugía Tomo 2. Afecciones quirúrgicas frecuentes [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2016 [citado 12/06/2017]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/cirugia_abdomen_2daedicion/cirugia_completo.pdf

Conflicto de intereses:

El autor declara que no existen conflictos de intereses.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

García Méndez LR, Rodríguez García L, Díaz Olivera G. Divertículo de Meckel. A propósito de un caso. Rev Méd Electrón [Internet]. 2019 Ene-Feb [citado: fecha de acceso]; 41(1). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2712/4208>