

# ABDOMEN AGUDO OCLUSIVO POR BEZOAR IMPACTADO EN DIVERTÍCULO DE MECKEL

## OCCLUSIVE ACUTE ABDOMEN BY BEZOAR IMPACTED IN MECKEL'S DIVERTICULUM

Luis A. Mujica<sup>1</sup>, Domingo J. Aguilera M.<sup>2</sup>, Gisselle Semidei<sup>3</sup>,  
Fernando González<sup>3</sup>, Alma Masi M.<sup>3</sup>

### RESUMEN

El divertículo de Meckel se describe desde principios de 1800. Se origina por cierre incompleto del conducto onfalomesentérico durante la etapa fetal. Por lo general se ubica a 100 cm de la válvula ileocecal. Los bezoares son cuerpos extraños originados de material no digerible que se acumulan en el tubo digestivo. La variedad más común es el fitobezoar originado de vegetales. Presentamos el caso de una paciente de 68 años que acudió a urgencias por síntomas compatibles de un abdomen agudo oclusivo, siendo laparotomizada hallándose un fitobezoar impactado en la base de un divertículo de Meckel a 80 cm de la válvula ileocecal. Se realizó resección y anastomosis intestinal con buena evolución postoperatoria sin complicaciones.

**Palabras claves:** Meckel, bezoar, fitobezoar.

### SUMMARY

Meckel's diverticulum is described since the early 1800s. It originates from incomplete closure of the omphalomesenteric duct during the fetal stage. It is usually located 100 cm from the ileocecal valve. Bezoars are foreign bodies that originate from non-digestible material that accumulate in the digestive tract. The most common variety is phytobezoar originated from vegetables. We present the case of a 68-year-old patient who came to the emergency room due to compatible symptoms of an acute occlusive abdomen. She was laparotomized and found an impacted phytobezoar at the base of a Meckel diverticulum 80 cm from the ileocecal valve. Intestinal resection and anastomosis were performed with good postoperative evolution without complications.

**Keywords:** Meckel, bezoar, phytobezoar.

### INTRODUCCIÓN

La descripción de este divertículo intestinal data desde inicios

del siglo XVIII por parte de Johann Friedrich Meckel, en cuyo homenaje se denomina de tal forma. Conocido por ser un divertículo verdadero, debido a que tiene todas las capas del intestino. Es consecuencia de una alteración del desarrollo embriológico del intestino; ocurre debido al cierre incompleto del conducto onfalomesentérico durante el desarrollo fetal. Es la anomalía más común del tracto digestivo. Aproximadamente el 2% de la población tiene este vestigio embrionario. Tiene localización variable, pero suele estar en el borde antimesentérico generalmente a 100 cm de la válvula ileocecal.<sup>(1)</sup>

Puede complicarse y en su mayoría se han documentado la obstrucción intestinal, intususcepción, inflamación, hemorragia, perforación, hernia, neoplasia y fistula umbilical; en orden decreciente. No obstante, puede permanecer asintomático hasta en un 20% de los portadores.<sup>(2)</sup>

Los bezoares en cambio son acúmulos de material orgánico no digerible, que tras su ingestión se acumulan en el estómago o en el intestino delgado. Suelen estar compuestos por cabello, fibras vegetales, minerales, etc. Son secundarios a diversas causas. La presentación más común es el fitobezoar que se origina por acúmulo de partículas de origen vegetal. Estos fitobezoares ocasionan entre un 0,4 a 4% de las oclusiones intestinales.<sup>(3)</sup>

### CASO CLÍNICO

Femenino, 68 años de edad, acude a urgencias por dolor epigástrico de 24 horas de evolución; elevada intensidad, con irradiación a región umbilical, con náuseas y vómitos de contenido

Hospital Central. Instituto de Previsión Social. Paraguay

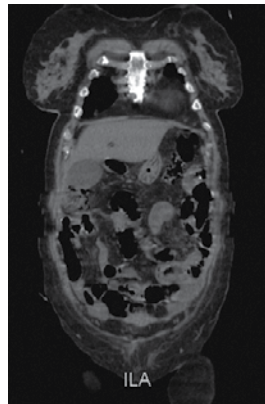
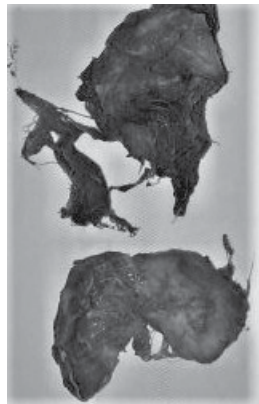
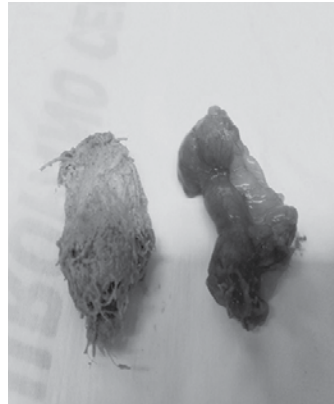
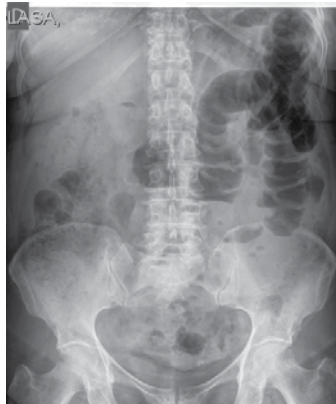
1. Jefe de Guardia Cirugía Urgencias

2. Cirujano de Planta, Servicio de Cirugía General

3. Residentes de 3er Año, Servicio de Cirugía General

Correo electrónico: djaguile@ips.gov.py

Recibido: 22-08-2018 - Aceptado: 16-09-2018



alimentario con sensación febril. Al examen físico, presenta abdomen doloroso periumbilical, sin signos de peritonismo con RHA ausentes. Se solicitan métodos auxiliares, se constata en el laboratorio leucocitosis con marcada neutrofilia. En la radiografía de abdomen de pie se objetivan asas dilatadas con niveles hidroaéreos. Se decide, por ende; ante esos hallazgos y empeoramiento clínico; conducta quirúrgica.

Se decide acceso convencional mediante laparotomía mediana supra para infra umbilical. Se constata al hallazgo asas delgadas dilatadas, divertículo de Meckel no complicado de 6 cm de longitud, a 50 cm de la válvula ileocecal e inmediatamente adyacente y proximal una tumoración ovalada, sólida elástica de aproximadamente 8 cm que impresiona como un cuerpo extraño impactado. Se realiza diverticulectomía, extracción de cuerpo extraño (bezoar) impactado en la base del divertículo y luego enterorrafia primaria con sutura manual con poliglactina 910 a puntos separados. Paciente evoluciona favorablemente en sala, permanece con restricción a vía oral por 3 días. Luego reinicia líquidos con buena tolerancia, siendo dado de alta sin complicaciones al sexto día post operatorio.

## DISCUSIÓN

El divertículo de Meckel cursa de forma asintomática hasta en un 2% de la población adulta normal. El resto son descubiertos en el curso de estudios imagenológicos de screening o en durante alguna intervención quirúrgica. Suelen complicarse siendo la obstrucción intestinal la presentación más frecuente. Todo divertículo de Meckel complicado es de tratamiento quirúrgico y consiste en diverticulectomía o resección intestinal. Los Bezoares son entidades aun menos frecuentes. La localización más frecuente es la gástrica, seguida por intestino delgado y finalmente colon. Suele cursar de forma insidiosa generalmente, un mínimo porcentaje es el que debuta como abdomen agudo quirúrgico oclusivo. El diagnóstico pre operatorio es excepcional y cursa con hasta 30% de morbimortalidad. El hallazgo fortuito durante el curso de una laparotomía suele ser la regla. En cuanto a la asociación del divertículo de Meckel con los bezoares existe muy poca descripción en la literatura. Puede por ende infravalorarse el diagnóstico a causa de los síntomas inespecíficos y la infrecuencia junto a la falta de reportes en las publicaciones de la especialidad.

## REFERENCIAS

- 1) Santiesteban LTF, Ramírez LRG, Cervantes CR. Obstrucción intestinal por fitobozoar en un divertículo de Meckel. *Revista Cubana de Cirugía* 2014; 53(2), 188-95.
- 2) PunJaimés R, Rodríguez Gil E. Divertículo de Meckel. Actualización. *Re-*

*vista de Información Científica* 2017; 96(6), 1164-72.

- 3) Prada Arias M, Bautista Casanovas A, Estévez Martínez E, Dargallo Carbonell T, Varela Cives R. Formación de fitobozoar en divertículo de Meckel. *Ciencia pediátrica* 2004; 24(24), 25-7.