

DIVERTICULITIS DE MECKEL PERFORADA EN PACIENTE ADULTO

MECKEL'S DIVERTICULITIS PERFORATED IN AN ADULT PATIENT

Belinda Figueredo Marín¹, Erika Amarilla Wildberger², Lucy Zarza Quintana

RESUMEN

La incidencia del divertículo de Meckel es del 2% en la población general. La diverticulitis de Meckel en un adulto es una complicación poco usual, clínicamente indistinguible de un cuadro apendicular⁴. Presentamos el caso de un paciente de sexo masculino de 19 años, con Diverticulitis de Meckel perforada, que ingresó con diagnóstico presuntivo de peritonitis generalizada de origen apendicular. Se realizó laparotomía exploradora, constatándose divertículo de Meckel perforado a 60cm de la válvula íleo-cecal. Se realizó resección del segmento ileal afecto y anastomosis primaria término-terminal. Apendicectomía incidental. Lavado de cavidad y cierre. Postoperatorio sin complicaciones.

Palabras claves: Divertículo de Meckel, Diverticulitis, Apendicitis Aguda, Conducto onfalo mesentérico.

SUMMARY

The incidence of Meckel's diverticulum is 2% in general population. Meckel's diverticulitis in adults is an usual complication, clinically indistinguishable from an acute appendicitis. We present the case of a 19-year-old male patient, with perforated Meckel's diverticulitis, who was admitted with a presumptive diagnosis of generalized peritonitis of appendicular origin. An exploratory laparotomy was performed, with Meckel's diverticulum perforated at 60cm from the ileocecal valve. Resection of the affected ileal segment and end-to-end primary anastomosis was performed. Incidental appendectomy. Cavity was washed and closed. The patient evolved without complication until discharge.

Key Words: Meckel's Diverticulum, Diverticulitis, Acute Appendicitis, Omphalo mesenteric Duct.

INTRODUCCIÓN

El divertículo de Meckel es un divertículo intestinal verdadero, pues contiene todas las capas normales de la pared intestinal. Es un saco ciego, resultado de la obliteración incompleta del conducto onfalomesentérico durante la quinta semana de gestación⁴. Se le atribuye la llamada "regla del 2": 2% de incidencia en la población general, a dos pies (0,6m) de la válvula íleo-cecal, y dos pulgadas (5cm) de longitud^{1,7}; aunque existe gran variabilidad anatómica. La mayoría de los Meckel son asintomáticos. El porcentaje de pacientes sintomáticos varía según las series, ron-

dando el 16%⁴. Son más frecuentes las complicaciones en el sexo masculino, y el riesgo de desarrollarlas disminuye con la edad, ya que más del 50 % de los casos complicados se producen en pacientes menores de 10 años. Las complicaciones más frecuentes en orden decreciente son: obstrucción intestinal 36.5%, intususcepción 6.8% a 13.7%, inflamación 12,7%, hemorragia 11.8%, perforación 7.3%, formando parte de una hernia 4.7% (hernia de Littré), desarrollo de neoplasia 3.2% y fístula umbilical 1.7%.³

El diagnóstico preoperatorio del divertículo de Meckel es un reto y no sobrepasa el 4 – 6%⁴, debido a que cuando se complican los signos o síntomas no son patognomónicos. La diverticulitis es considerada una entidad clínicamente indistinguible de un cuadro apendicular^{2,4}.

El presente trabajo pretende establecer la forma de presentación y las complicaciones de esta patología en un adulto.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de un caso clínico del Hospital Distrital de San Ignacio, Misiones - Paraguay. Para la investigación bibliográfica de la patología se utilizaron como fuente de datos revistas médicas de varios países, publicadas en internet. Se accedió también a un libro de texto de cirugía.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, 19 años, previamente sano, consultó en el servicio de urgencias por cuadro de 72 hs de evolución que inició con dolor abdominal en región periumbilical con irradiación a fosa ilíaca derecha, hipogastrio y fosa ilíaca izquierda. Sensación febril graduada en 38° C, náuseas, no vómitos. Al examen físico se constató abdomen plano, poco depresible, doloroso en todo hemiabdomen inferior, con defensa muscular y signos de irritación peritoneal. Los análisis de laboratorio mostraron un recuento elevado de glóbulos blancos y neutrofilia (Gb 19.000 80% N). No se realizó estudio de imágenes. El paciente fue llevado al quirófano con diagnóstico de abdomen agudo

Hospital Distrital de San Ignacio, Misiones, Paraguay

1. Médico de guardia.
2. Médico de guardia.
3. Directora Médica

Autor principal: Belinda B. Figueredo Marín. Domicilio Cerro Coráesq/ Ytororó. B° Monseñor Bogarín. Mariano Roque Alonso. Teléfono 0991 335458
Email bonbely89@gmail.com

Recibido: 16-11-2018 - Aceptado: 28-11-2018



Fig. 1. Hallazgo operatorio in situ.



Fig. 2. Pieza operatoria: Apéndice cecal, Divertículo de Meckel, Jeringa 20cc.

quirúrgico: peritonitis de probable origen apendicular. Se realizó una laparotomía exploradora y se constató: 200 cc de líquido purulento + fibrina interasas y en fondo de saco de Douglas. Apéndice cecal congestivo. Divertículo de Meckel asentado sobre el borde antimesentérico del asa, a 60 cm de la válvula ileocecal, perforado en su tercio medio. Se realizó resección del segmento ileal afecto y anastomosis primaria término-terminal. Apendicectomía. Lavado de cavidad y cierre. El paciente se recuperó sin complicaciones y fue dado de alta del hospital 5 días después. El informe de anatomía patológica reveló: segmento intestinal con formación diverticular de 3 x 7,5 cm (Divertículo de Meckel), con infiltrado inflamatorio agudo y crónico, que se extiende a todas las capas del segmento intestinal resecado (Peritonitis Aguda). No se evidencia en él tejido ectópico. Apéndice cecal de 0,5 x 6,5 cm con vasocongestión.

DISCUSIÓN

Existe una tendencia a que en los casos asociados a complicación del divertículo de Meckel, la incidencia sea mayor en varones^{2,3}, como constatamos en este caso. El porcentaje de incidencia de la diverticulitis dentro del espectro de complicaciones varía según las series, oscilando entre el 12% y el 30%, con perforación en el 7% de los casos^{3,6}. Suele ser secundaria a la secreción ácida de la mucosa gástrica ectópica, la cual no fue evidenciada en nuestro resultado de anatomía patológica. También puede ocurrir debido a la obstrucción por enterolitos, cuerpos extraños o neoplasias⁶. La dificultad con el diagnóstico preoperatorio no

es solo el resultado de la superposición de síntomas con otras afecciones, se debe también a la dificultad de identificar el divertículo de Meckel en los estudios de imagen. La prueba que resultará más rentable será la Tomografía computarizada^{4,6}. La gammagrafía con Tc-99 puede ser útil en casos de hemorragia digestiva. La ecografía abdominal tiene valor limitado⁶. Ningún estudio de imágenes fue efectuado en este caso. El tratamiento de un divertículo de Meckel sintomático es quirúrgico y puede abarcar desde la diverticulectomía hasta la resección segmentaria. Puede realizarse de manera abierta o por vía laparoscópica. El procedimiento de elección es la resección intestinal del segmento en donde se encuentra el divertículo y anastomosis intestinal término-terminal^{1,5}; otros prefieren la diverticulectomía simple con liberación de adherencias. Esta es adecuada para el divertículo de Meckel incidental o cuando se presenta diverticulitis en la punta del divertículo¹.

CONCLUSIONES

La presentación de una Diverticulitis de Meckel en adultos es rara. El diagnóstico preoperatorio es todavía un reto excepcional. La inflamación diverticular simula clínicamente a una apendicitis. El tratamiento del divertículo de Meckel sintomático siempre es quirúrgico. El manejo conservador de un Meckel incidental es un abordaje quirúrgico razonable. La morbilidad postoperatoria de los divertículos de Meckel se reporta entre 2 a 16%, con una mortalidad de 1,5% o menor³. Nuestro paciente cursó el postoperatorio sin complicaciones.

REFERENCIAS

- 1 Sagar Y, Kumar V, Shan DK. Meckel's Diverticulum: a Systematic Review. *Journal of the Royal Society of Medicine*. Volumen 99. Octubre 2008.
- 2 Wong CS, Dupley L, Varia HN, Golka D, Linn T. Meckel's diverticulitis: a rare entity of Meckel's diverticulum. *Journal of Surgical Case Report*, 2017.
- 3 Chipana Huarina, Paula Y, Pacheco F M, Salinas Reguerin R. Diverticulitis De Meckel. *Scientifica* 2006; 4(4): 58-61.
- 4 Parrilla Paricio P, Landa García JI. Cirugía AEC. Editorial Médica Panamericana. 2009. Capítulo 40. Págs. 451-5.
- 5 Varlet F. Diverticule de Meckel. *Epublication WebSurg.com*, 2013;13.
- 6 Bennett GL, Birnbaum BA, Balthazar EJ. "CT of Meckel's Diverticulitis in 11 Patients," *American Journal of Roentgenology* 2004 182(3): 625-9.
- 7 Smoot RL, Peoples JT, Hanson GJ, Zietlow SP, Donnelly SF. Meckel's Diverticulum in Adults: More Common than you think. *MD Magazine*. 2017.