

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE ÁVILA

Divertículo de Meckel y oclusión intestinal. Presentación de un caso
Meckel's diverticulum and intestinal occlusion. A case presentation

Orlando Fleitas Pérez¹, Yurisneisy Rolle Reina², Olga Marlene Miranda Quintana³.

RESUMEN

Se presenta un caso de un paciente de 16 años de edad que acude por un cuadro oclusivo al cuerpo de guardia y durante la intervención quirúrgica se observa divertículo de Meckel como hallazgo transoperatorio, participando en el proceso, por compresión del mismo unido a asa delgada en una hernia interna. Se ilustra el mismo con fotografía del divertículo e imágenes radiológicas. **Palabras clave:** DIVERTÍCULO DE MECKEL/cirugía, OCLUSIÓN DE INTESTINO DELGADO.

ABSTRACT

A case of a 16-years-old patient is reported, who goes to the emergency department suffering an occlusive picture and surgery for Meckel's diverticulum is seen as transoperative finding, participating in the process, by compression of it, joined the small intestine in an internal hernia. It is illustrated with diverticulum photography and radiological images.

Keywords: MECKEL'S DIVERTICULUM/surgery, SMALL-BOWEL OBSTRUCTION.

1. Máster en Urgencias y Emergencias Médicas. Especialista de Segundo Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Hospital General Provincial "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
2. Estudiante de 5to año de Medicina. Alumno Ayudante de Cirugía. Hospital General Provincial "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
3. Especialista de Primer Grado de MGI. Profesor Instructor. Hospital General Provincial "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.

REPORTE DEL CASO

Paciente O.F.C. blanco, masculino, de 16 años de edad que presenta como motivo de ingreso dolor abdominal y vómitos, con antecedentes de hidrocefalia, derivación ventricular, epilepsia, desde la infancia, y retardo mental, que acude a consulta por presentar desde hace más menos cuatro días dolores abdominales a tipo cólico que fueron aumentando, hasta hacerse constante, acompañándose de vómitos con restos de alimentos, que luego fueron líquidos, abundantes, hasta llegar a ser biliosos en el cuerpo de guardia, presenta además toma del estado general y refiere no defecar, ni expulsar gases, desde que se inició el cuadro, se decidió ingreso para estudio y tratamiento. APP: Hidrocefalia, Epilepsia, Retardo mental, transfusiones al nacer. Operaciones:

- Derivación ventricular.
- Hernia inguinal izquierda
- Hernia inguinal derecha.
- Amigdalectomía.
- Oclusión intestinal por bridas. Datos positivos al examen físico:

Mucosas secas, piel caliente, hundimiento de los globos oculares, lengua saburral, distensión abdominal central, toma del estado general, a la palpación dolor abdominal difuso en todo el abdomen, dolor a la percusión, timpanismo, al tacto rectal se encuentra ampolla vacía, no se palpa tumoración.

Frecuencia cardíaca: 93´ Frecuencia Respiratoria: 18´ Tensión arterial: 110/70 mmHg.

Datos de laboratorio.

Hb: 18.2g/l L 10.6 x10⁶ l Polimorfonucleares 0.88 linf: 0.12

Rx. Abdomen simple de pie vista AP. Se observan niveles hidroaéreos, fundamentalmente en la región central del abdomen, de pequeño tamaño. No se observa gas en el recto (fig. 1).

El paciente es llevado al salón de operaciones donde se realiza laparotomía exploratoria con diagnóstico inicial de oclusión de intestino delgado bajo por bridas. Durante el acto quirúrgico se constatan múltiples adherencias, como resultado de las operaciones anteriores a las que fue sometido el paciente; el punto de la oclusión se localizó en el Ileon Terminal, el asa se encontraba dentro de la cavidad herniaria y el divertículo formaba parte del contenido (fig. 2).

El paciente se mantiene ingresado por espacio de 7 días y egresa. Los datos fueron recogidos de la Historia Clínica 676421.

COMENTARIOS

Se entiende por Divertículo de Meckel la presencia en el intestino delgado de un divertículo verdadero (está formado por todas las capas del intestino) a consecuencia de una alteración en el desarrollo embriológico del intestino primitivo.^(1,2)

Su incidencia se estima en el 2% de la población general, pero permanece asintomático durante toda la vida en el 20% de los individuos.^(2,3)

Nace en el borde antimesentérico (el opuesto a la entrada de los vasos y nervios en el intestino) del ileon, que es el segmento final del intestino delgado; se localiza entre 20 y 60 cm. antes de llegar al intestino grueso (ciego), y su tamaño es muy variable.⁽¹⁻⁴⁾ Con frecuencia en su interior se encuentran tejidos no habituales como son los de la mucosa del estómago o el páncreas (en ocasiones ambas).⁽¹⁻³⁾

Es tres veces más frecuente en varones y suele manifestarse antes de los 4 años. Los síntomas más habituales son dolor abdominal, rectorragia (presencia de sangre en las heces) generalmente de color negro y consistencia pastosa, obstrucción intestinal (por invaginación) y/o perforación del divertículo con el desarrollo de una peritonitis posterior.^(3,5,6)

Aunque es una enfermedad que aparece generalmente en edades tempranas también puede verse en adultos y ancianos.^(7,8)

La rectorragia suele ser de inicio repentino e indoloro, y por lo general no es causa de una intervención quirúrgica urgente.⁽⁸⁾ El diagnóstico se realiza mediante la realización de un estudio isotópico con Tc-99 (estudio por imágenes de Meckel)^(4,9) y administración de cimetidina o pentagastrina para aumentar la sensibilidad de la prueba. La sensibilidad es muy elevada y no son frecuentes los falsos positivos. La ecografía, la tomografía computarizada⁽⁹⁾ o la resonancia magnética con o sin contraste radiopaco intestinal, son muy poco útiles en algunos casos, aunque algunos autores defienden su utilización. Estudio por imágenes de Meckel: se inyecta una sustancia llamada tecnecio en el torrente sanguíneo a través de una vía endovenosa (IV). El tecnecio puede observarse en una radiografía en las porciones del cuerpo donde hay tejido gástrico, tales como el divertículo de Meckel.⁽⁵⁾ El tratamiento ha de ser quirúrgico, mediante la resección del divertículo que debe incluir un pequeño margen de seguridad con el objeto de asegurar que no queden restos de mucosa gástrica o pancreática en los bordes seccionados y la unión de los nuevos extremos en la misma intervención. Puede realizarse por cirugía abierta convencional o por cirugía laparoscópica,⁽⁵⁻⁶⁾ y si el estado general del enfermo lo permite, se debe asociar una Apendicetomía (extirpación del apéndice cecal). Las complicaciones postoperatorias son excepcionales y se asocian a los casos de peritonitis por perforación del divertículo.⁽¹⁰⁾ Se reporta en la literatura la presencia de casos perforados por la presencia de cuerpos extraños o litiasis vesiculares en su interior.^(10,11)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Griffen WO. Divertículo de Meckel. En: Christopher D, editor. Tratado de patología quirúrgica. La Habana: Científico-Técnica; 1985. p. 1013-5.
2. Louw JH. Embriology alteraciones del desarrollo del intestino delgado. En: Bockus H, editor. Gastroenterología. La Habana: Científico-Técnica; 2005. p. 1-31.
3. Rodríguez Loeches J. Características clínicas y diagnósticas del abdomen agudo. La Habana: Científico-Técnica; 1985.
4. Golsmith EA, Gotfried EA. Meckel's diverticulum: report of two cases and review of the literature. J Am Osteopath Assoc [serie en Internet]. 1990 [citado 10 Mar 2010]; 90(5):[aprox.2p.]. Disponible en: [http://preview.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2191941?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_SingleItemSupl.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=4&log\\$=relatedreviews&logdbfrom=pubmed](http://preview.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2191941?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_SingleItemSupl.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=4&log$=relatedreviews&logdbfrom=pubmed)
5. Vázquez Merayo EJ, García González LA, Vázquez Martínez YE, de la Rosa Rodríguez R. Divertículo de Meckel complicado. Análisis de 66 pacientes. Rev Cubana Pediatr [serie en Internet]. 2003[citado 31 Mar 2010]; 76(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol75_2_03/ped04203.htm
6. Rosabal Estasio JE, Morales RA, Fernández Gautier M, Morales González RA, González Constantín J. Divertículo de Meckel perforado por cuerpo extraño. Rev Cubana Cir [serie en Internet]. 2002; [citado 2010 Mar 20];41(1): [aprox 6 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/cir/vol41_1_02/cir12102.htm
7. Golsmith EA, Gotfried EA. Meckel's diverticulum: report of two cases and review of the literature. J Am Osteopath Assoc [serie en Internet]. 1990 [citado 1 Abr 2010]; 90(5):451-5. Disponible en: [http://preview.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2191941?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_SingleItemSupl.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=4&log\\$=relatedreviews&logdbfrom=pubmed](http://preview.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2191941?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_SingleItemSupl.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=4&log$=relatedreviews&logdbfrom=pubmed)
8. Sanders LE. Laparoscopic treatment of Meckel's diverticulum. Obstruction and bleeding managed with minimal morbidity. Surg Endosc [serie en Internet]. 1995 [citado 1 Abr 2010];9(6):[aprox. 2 p.]. Disponible en: [http://preview.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7482174?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_SingleItemSupl.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=3&log\\$=relatedreviews&logdbfrom=pubmed](http://preview.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7482174?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_SingleItemSupl.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=3&log$=relatedreviews&logdbfrom=pubmed)
9. Chan KW, Lee KH, Mou JW, Cheung ST, Tam YH. Laparoscopic management of complicated Meckel's diverticulum in children: a 10-year review. Surg Endosc [serie en Internet]. 2008 [citado 1 Abr 2010]; 22(6):1509-12. Disponible en: [http://preview.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18322735?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_SingleItemSupl.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=2&log\\$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed](http://preview.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18322735?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_SingleItemSupl.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=2&log$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed)
10. Malhotra S, Roth DA, Gouge TH, Hofstetter SR, Sidhu G, Newman E. Gangrene of Meckel's diverticulum secondary to axial torsion: a rare complication. Am J Gastroenterol [serie en Internet]. 1998 [citado 2 Abr 2010]; 93(8):[aprox. 2 p.]. Disponible en: [http://preview.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9707071?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_SingleItemSupl.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=4&log\\$=relatedreviews&logdbfrom=pubmed](http://preview.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9707071?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_SingleItemSupl.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=4&log$=relatedreviews&logdbfrom=pubmed)
11. Skandalakis PN, Zoras O, Skandalakis JE, Mirilas P. Littre hernia: surgical anatomy, embryology, and technique of repair [serie en Internet]. 2006[citado Abril 1 2010]; 72(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol15_2_99/onc02299.htm

12. Fuentes Valdés E, Díaz Calderín JM, Serrano Lemus E, Maldonado Iturriaga M. Divertículo gigante del colon. Presentación de un caso. Rev Cubana Cir [serie en Internet]. 2007 [citado 24 Mar 2010]; 46(1): [aprox 6 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/cir/vol46_1_07/cir09107.htm
13. Pérez Folqués JE, Fernández Moreno J, Vázquez Ruiz N, Civera Muñoz FJ, Mansilla Molina D, Guirao Manzano J, et al. Divertículo de Meckel como causa de hemorragia digestiva baja en el adulto. Rev Esp Enferm Dig [serie en Internet]. 2008 [citado 30 Mar 2010]; 100(9):[aprox.2 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082008000900015&lng=pt
14. Parra RR, Parra RD, García BC, Rojas CR. Diagnóstico por imágenes de la diverticulitis de Meckel: presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. Rev Chilena Radiol [serie en Internet]. 2003 [citado 30 Mar 2010]; 9(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082003000100004&lng=es
15. Estrella E. Hernia interna del divertículo de Meckel como causa de obstrucción intestinal en un senescente. Rev Chilena Cir [serie en Internet]. 2009 [citado 24 Mar 2010]; 61(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.bvs.cfg.sld.cu/servicios/acotes/forms.php?muestra=f2>

ANEXOS

Fig. 1. Rx de abdomen simple de pie de donde se aprecian los signos radiológicos



Fig. 2. Imagen donde se muestra el Divertículo Meckel, señalado por la flecha de la oclusión de intestino delgado

