

OCLUSIÓN INTESTINAL MECANICA POR DIVERTICULO DE MECKEL GIGANTE. UN CASO CLINICO

MECHANICAL INTESTINAL OCCLUSION BY A GIANT MECKEL'S DIVERTICULUM. A CLINICAL CASE

López Vaca, C.¹, González Guerrero V¹, Paredes N.¹, Gaibor M.¹

¹Universidad Estatal de Bolívar UEB. Campus Académico "Alpachaca" Av. Ernesto Che Guevara s/n y Av. Gabriel Secaira,
C.P. 020150, Guaranda, Ecuador

RESUMEN

El divertículo de Meckel es una malformación intestinal y es muy difícil de diagnosticar hasta que presente una complicación. El presente estudio se enfoca en un paciente que llega a los servicios de emergencia del "HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO" presentando un cuadro de dolor abdominal agudo a tipo cólico, náuseas, vómitos y dificultad para expulsar gases intestinales. Se valora y se decide laparatomizar en vista que el paciente no mejora, se anuncia como oclusión intestinal mecánica por bridas; en el transoperatorio se encuentra divertículo de Meckel gigante (poco frecuente) que hacía a punto de apoyo por estar fijo al ombligo y rotaba el intestino delgado, ocluyendo el tránsito intestinal y produciendo estrangulamiento parcial. Se realizó resección intestinal y anastomosis termino-terminal, además se realizó apendicectomía complementaria. Se indicó estudio histopatológico el cual confirma el diagnóstico.

Palabras clave: Oclusión intestinal, Divertículo de Meckel, Laparotomía.

ABSTRACT

Meckel's diverticulum is an intestinal malformation and is very difficult to diagnose until it presents a complication. The present study focuses on a patient who arrives at the emergency services of "HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO" presenting a picture of acute abdominal pain to colic type, nausea, vomiting and difficulty to expel intestinal gases. It is valued and it is decided to laparatomize because the patient does not improve, it is announced as mechanical intestinal occlusion by flanges; In the transoperative period, there is a giant (rare) Meckel's diverticulum that made a point of support by being fixed to the navel and rotating the small intestine, occluding the intestinal transit and causing partial strangulation. Intestinal resection and end-to-end anastomosis were performed, and complementary

appendectomy was performed. A histopathological study was indicated which confirms the diagnosis.

Keywords: Intestinal occlusion, Meckel diverticulum, Laparotomy.

INTRODUCCIÓN

Las malformaciones congénitas del tracto gastrointestinal representan sólo una pequeña parte del total de anomalías congénitas del ser humano. Cabe destacar que dentro de éstas, el divertículo de Meckel es la más frecuente de todas [1], [2]. El divertículo de Meckel corresponde a la persistencia parcial del conducto onfalomesentérico por falla en la obliteración de éste entre la quinta y octava semana de vida intrauterina [3], [4], fue descrito por primera vez por Wilhelm Fabricius Hildanus en 1598 [5], pero Johann Friedrich Meckel fue quien estableció su origen embriológico en 1809 [6]. Si bien su diagnóstico suele ser hallazgo, en ciertas ocasiones puede presentarse con una complicación. El divertículo de Meckel gigante representa una pequeña proporción del total de divertículos pero suele estar asociado a una mayor tasa de complicaciones [7]. Se presenta el siguiente caso de un divertículo de Meckel gigante, dada la dificultad diagnóstica y la necesidad de exploración quirúrgica.

RESULTADOS Y DISCUSION

Caso clínico.

Paciente de 12 años de edad de procedencia urbana, con antecedentes familiares y personales de salud, llega a los servicios de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro aquejando dolor de origen insidioso, en todo el abdomen, de moderada intensidad, tipo cólico, que no mejora con medicamentos, se acompaña de náuseas y vómitos. Además, no expulsa heces ni gases.

Al examen físico vemos paciente con facie digestiva, en el lecho, vigil, aquejando dolor abdominal. Mucosas normocoloreadas y moderadamente secas, Aparato respiratorio normal, ruidos cardiacos rítmicos no soplos auscultables, abdomen plano que no sigue los movimientos respiratorios, ruidos hidroaereos ausentes, percusión con aumento de la sonoridad abdominal, dolor a la palpación superficial y profunda, reacción peritoneal presente, percusión muy dolorosa. Tacto rectal: ausencia de heces fecales en ampolla rectal.

Exámenes complementarios. Leucograma: 13.000, Ecografía: distensión intestinal, escasa líquido libre en cavidad abdominal., Radiografía simple de abdomen: niveles centrípetos.

Se decide realizar tratamiento quirúrgico urgente a través de una incisión media infraumbilical, se encuentra divertículo de Meckel Gigante y torcido, que se fijaba a la cicatriz umbilical y servía de punto de torsión. Asas intestinales con signos de sufrimiento y líquido libre en cavidad vinoso claro no fétido.



Se procede a destorcer y localizar punto de fijación el mismo que se libera y se realiza resección intestinal del segmento que contiene el divertículo de Meckel gigante de aproximadamente unos 14cm, se realiza una anastomosis intestinal biplano.





Paciente evoluciona favorablemente y se prescribe dieta líquida a los 3 días del postquirúrgico, empezando con dieta líquida a progresiva, continua su mejoría y se le otorga alta a los 7 días de operado para seguimiento por consulta externa.

Se atiende a paciente por consulta externa y se observa paciente con buena evolución, necesidades fisiológicas normales, cicatriz en buenas condiciones y no presenta complicaciones. A los 14 días se recibe resultado de biopsia la misma que nos confirma que se trata de una dilatación sacular y diagnostica un divertículo de Meckel sin otros diagnósticos asociados. Se torga alta por consulta

El divertículo de Meckel corresponde a la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, afectando alrededor del 2% de la población general [1], [7], [8], [9]. Su prevalencia suele ser mayor en hombres con una relación 2:1 respecto a las mujeres [10].

El divertículo de Meckel es considerado un divertículo verdadero debido a que sus paredes contienen todas las capas del intestino normal. Entre 25 y 50% de los casos contienen tejido ectópico[11],[12], del cual alrededor del 50% corresponde a mucosa gástrica [13] y en raras ocasiones puede haber tejido pancreático, duodenal, hepático y colónico, entre otros [1]. Suele ubicarse en el borde antimesentérico del íleon distal en los últimos 100 cm cercanos a la válvula ileocecal.

Los divertículos de Meckel suelen ser asintomáticos, lo que lleva a un subdiagnóstico de esta entidad y su hallazgo suele ser incidental en laparotomías y autopsias. Se ha asociado mayor severidad de la sintomatología a mayor tamaño del divertículo [4].

Su presentación se asocia generalmente a una complicación, cuya tasa de incidencia estimada es alrededor de 4 a 5% de los casos [13], [14], [15]. Las complicaciones suelen ser el sangrado, la perforación, la inflamación y la obstrucción. Cabe destacar que el sangrado es la causa más frecuente de presentación en la edad pediátrica, a diferencia de la edad adulta, en que la obstrucción es más frecuente [7], [16]. generalmente por invaginación o formación de vólvulos alrededor de las uniones a la pared abdominal. Es por esto que dentro del diagnóstico diferencial de oclusión intestinal, en el que comúnmente podemos encontrar adherencias, vólvulos, neoplasias, estenosis e invaginaciones, se debiese tener en cuenta alteraciones menos frecuentes como las malformaciones congénitas del tracto gastrointestinal.

El tamaño promedio del divertículo de Meckel es de tres centímetros, el 90% de ellos tiene entre uno y diez centímetros. Los divertículos de Meckel gigantes corresponden a todos aquellos mayores de cinco centímetros y representan alrededor de 0,5% de todos los divertículos de Meckel [17], [18]. Cabe destacar que el divertículo de Meckel gigante ha sido asociado a una mayor tasa de complicaciones [16], [19]. Su diagnóstico preoperatorio en paciente pediátrico suele ser difícil de distinguir de otras entidades como malformaciones intestinales, esto principalmente por sus síntomas e imágenes inespecíficas y su baja frecuencia [18].

El tratamiento de elección del divertículo de Meckel sintomático es la resección quirúrgica. Esta puede llevarse a cabo mediante una resección segmentaria del intestino con anastomosis o mediante una diverticulectomía. De acuerdo con Cullen et al., las diverticulectomías

indicadas por complicaciones tienen una mortalidad de 2% y morbilidad de 12%, con unas complicaciones a largo plazo de 7%, lo que refuerza la necesidad de realizar una resección intestinal segmentaria en estos casos [10]. De acuerdo a la experiencia de la Clínica Mayo con 1476 pacientes, no existe consenso sobre si se debiese o no resecar el divertículo si es asintomático. En caso de decidir la resección frente al hallazgo incidental de un divertículo de Meckel, éste debe cumplir con alguno de los siguientes criterios (al menos uno): edad menor de 50 años, sexo masculino, divertículo mayor de dos centímetros de largo y características anormales o de ectopia, ya que todos estos criterios se asociaron a sintomatología en su revisión [20].

En el caso de nuestro paciente, se trata de un divertículo de Meckel gigante el cual corresponde a un caso raro dentro de esta patología. Llama la atención la falta de sintomatología que inicialmente dio, a pesar de su gran tamaño. Cabe destacar que nuestro paciente se presentó con un cuadro compatible con una obstrucción intestinal, que como lo describe la literatura, es la presentación más frecuente en el adulto no así en los pacientes pediátricos. Se realizó un manejo quirúrgico con resección intestinal evolucionando favorablemente. En este caso no se evidenció mucosa gástrica en el divertículo según el estudio histopatológico, como suele ocurrir en los casos que presentan tejido heterotópico [13].

CONCLUSIONES

Creemos que es importante considerar este diagnóstico dentro del diagnóstico diferencial, en un paciente pediátrico con síntomas y signos de oclusión intestinal mecánica, debido a que es muy difícil llegar al diagnóstico clínico de la causa a pesar de los estudios de imágenes y de la pericia del Cirujano.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Sagar J, Kumar V, Shah DK. Meckel's diverticulum: a systematic review. J R Soc Med. 2006 Oct;99(10):501-5.
- 2.- Ludtke FE, Mende V, Kohler H, Lepsien G. Incidence and frequency or complications and management of Meckel's diverticulum. Surg Gynecol Obstet. 1989;169(6):537-42.
- 3.- Levy AD, Hobbs CM. From the archives of the AFIP. Meckel diverticulum: radiologic features with pathologic Correlation. Radiographics. 2004;24(2):565-87.
- 4.- Tavakkolizadeh A, Whang E, Ashley S, Zinner M. Intestino Delgado. En: Principios de Cirugía 9ª ed. México DF: Mc Graw Hill, 2011: 979-1012.

- 5.- Jay GD, Margulis RR, Mc GA, Northrip RR. Meckel's diverticulum; a survey of one hundred and three cases. *Arch Surg.* 1950;61(1):158-69.
- 6.- Meckel JF. Euber die divertikel am darmkanal. *Arch Physiol.* 1809;(9):421-53.
- 7.- Akbulut S, Yagmur Y. Giant Meckel's diverticulum: An exceptional cause of intestinal obstruction. *World J Gastrointest Surg.* 2014;6(3):47-50.
- 8.- Yahchouchy EK, Marano AF, Etienne JC, Fingerhut AL. Meckel's diverticulum. *J Am Coll Surg.* 2001;192(5):658-62.
- 9.- Huang CC, Lai MW, Hwang FM, Yeh YC, Chen SY, Kong MS, et al. Diverse Presentations in Pediatric Meckel's Diverticulum: A Review of 100 Cases. *Pediatr Neonatol.* 2014 Oct;55(5):369-75.
- 10.- Blevrakis E, Partalis N, Seremeti C, Sakellaris G. Meckel's diverticulum in paediatric practice on Crete (Greece): a 10-year review. *Afr J Paediatr Surg.* 2011;8(3):279-82.
- 11.- Groebli Y, Bertin D, Morel P. Meckel's diverticulum in adults: retrospective analysis of 119 cases and historical review. *Eur J Surg.* 2001;167(7):518-24.
- 12.- Groebli Y, Bertin D, Morel P. Meckel's diverticulum in adults: retrospective analysis of 119 cases and historical review. *Eur J Surg.* 2001;167(7):518-24.
- 13.- Cartanese C, Petitti T, Marinelli E, Pignatelli A, Martignetti D, Zuccarino M, et al. Intestinal obstruction caused by torted gangrenous Meckel's diverticulum encircling terminal ileum. *World J Gastrointest Surg.* 2011;3(7):106-9.
- 14.- Cullen JJ, Kelly KA, Moir CR, Hodge DO, Zinsmeister AR, Melton LJ, 3rd. Surgical management of Meckel's diverticulum. An epidemiologic, population-based study. *Ann Surg.* 1994;220(4):564-8.
- 15.- Malik AA, Wani KA, Khaja AR. Meckel's diverticulum-Revisited. *Saudi J Gastroenterol.* 2010;16(1):3-7.
- 16.- Elsayes KM, Menias CO, Harvin HJ, Francis IR. Imaging manifestations of Meckel's diverticulum. *Am J Roentgenol.* 2007;189(1):81-8.
- 17.- Torii Y, Hisatsune I, Imamura K, Morita K, Kumagaya N, Nakata H. Giant Meckel diverticulum containing enteroliths diagnosed by computed tomography and sonography. *Gastrointest Radiol.* 1989;14(2):167-9.
- 18.- Grinsell D, Donaldson E. Giant Meckel's diverticulum with enterolith formation. *ANZ J Surg.* 2003;73(11):968-9.
- 19.- Tan YM, Zheng ZX. Recurrent torsion of a giant Meckel's diverticulum. *Dig Dis Sci.* 2005;50(7):1285-7.
- 20.- Park JJ, Wolff BG, Tollefson MK, Walsh EE, Larson DR. Meckel diverticulum: the Mayo Clinic experience with 1476 patients (1950-2002). *Ann Surg.* 2005;241(3):529-33.