

Oclusión intestinal completa por diverticulitis de Meckel emplastronada

Complete intestinal occlusion due to plastered Meckel's diverticulitis

*Cristhian Chávez Rivaldi¹
 **César Giuliano Sisa Segovia¹
 ***Juan Marcelo Delgado¹

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas. San Lorenzo, Paraguay.

RESUMEN

La anomalía congénita más común gastrointestinal es el divertículo de Meckel, es un divertículo verdadero, ya que contiene todas las capas del intestino. Generalmente es asintomático. El diagnóstico en el 80 % restante es incidental y se hace por hallazgos quirúrgicos. Tiene un riesgo de complicación de 2-40%, siendo las más frecuentes la hemorragia, la obstrucción intestinal y la diverticulitis. La forma oclusiva de presentación es infrecuente y requiere un elevado índice de sospecha.

Palabras clave: Divertículo; Meckel; Oclusión.

ABSTRACT

The most common congenital gastrointestinal anomaly is Meckel's diverticulum, it is a true diverticulum, because it contains all the layers of the intestine. It is usually asymptomatic. The diagnosis in the remaining 80% is incidental and is made by surgical findings. It has a complication risk of 2-40%, the most frequent being hemorrhage, intestinal obstruction and diverticulitis. The occlusive form of presentation is rare and requires a high index of suspicion.

Keywords: Diverticulum; Meckel; Occlusion.

INTRODUCCIÓN

La incidencia del divertículo de Meckel en la población general, es aproximadamente del 1 al 2% y las manifestaciones clínicas aparecen en el 20% de los casos. El diagnóstico, en el 80% restante, es incidental y se hace por hallazgos quirúrgicos. Se reporta en aproximadamente el 2% de las autopsias.^(1,2) Es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, constituida por el remanente de la porción proximal del conducto vitelino (onfalomesentérico).⁽³⁾ Puede permanecer asintomático o presentarse con varios signos y síntomas.⁽⁴⁾ En adultos a menudo no se tiene en cuenta en el diagnóstico diferencial, por la falta de sospecha y la dificultad para su detección.⁽⁵⁾

Las complicaciones más frecuentes son: sangrado, la obstrucción, perforación o la inflamación diverticular.⁽⁶⁾ La oclusión intestinal por divertículo de Meckel, se reporta en niños mayores y en adultos.⁽⁷⁾ Esta variedad oclusiva, en general, es

infrecuente. Representa una serie amenaza, requiere para su diagnóstico un elevado índice de sospecha y exige al cirujano, la debida preparación para tratarla.⁽⁸⁾ Estos elementos motiván la presentación del caso, con el objetivo de describir la presentación clínica y las características quirúrgicas de la oclusión intestinal mecánica por divertículo de Meckel en el adulto.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 30 años acudió al servicio de urgencias por dolor por crisis de 3 días de evolución, acompañado de distensión abdominal, náuseas y vómitos en varias oportunidades, 24 horas antes de ingreso refiere detención de heces y gases, además refiere sensación febril en 2 oportunidades. Como antecedente quirúrgico cita una apendicectomía abierta hace 2 años. Al examen físico abdominal se constata asimétrico a expensas de cicatriz de McBurney, distendido, doloroso en fosa iliaca derecha, con defensa y dolor a la descompresión, ruidos hidroaéreos aumentados en número y con timbre metálico, al tacto rectal sin particularidades. En los estudios laboratoriales se constata leucocitosis de 18.000/μL, neutrofilia de 95%, hemoglobina 16,4mg/dL, hematocrito 47%. Se realiza una radiografía de abdomen donde se constata dilatación central de asas delgadas con múltiples niveles hidroaéreos. Se indica la laparotomía exploradora con diagnóstico de oclusión intestinal completa por probables bridas y adherencias.

En el acto quirúrgico, que se realiza por un abordaje supra-para-infraumbilical, se constata proceso plástico que involucra asas delgadas y epiplón, con adherencias al colon sigmoideas, se realiza disección con maniobras romas y se constata una zona de transición a 140 cm de la válvula ileocecal y a 180 cm del asa fija, en el borde antimesentérico del asa delgada donde se evidencia un divertículo inflamado con centro necrótico y adherencias de fibrina (*ver Figura 1*). Se realiza resección de 10 cm de aproximadamente de asas delgadas con posterior anastomosis manual termino-terminal. (*ver Figura 2*)

* Residente de 3º año, I Cátedra de Clínica Quirúrgica

** Especialista en Cirugía General. Residente de 1º año de Coloproctología.

*** Especialista en Cirugía General. Jefe adjunto de Guardia. Servicio de Emergencias

Autor correspondiente: Dr. Cristhian Chavez Rivaldi

Correo electrónico: chavezrivaldi@outlook.com - Dirección: Mcal. López casi Cruzada de la Amistad. San Lorenzo

Fecha de recepción: 23/03/2022 - 19/09/2022

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons



Figura 1. Divertículo inflamado con centro necrótico y adherencias de fibrina.



Figura 2. Anastomosis manual termino-terminal ileo-ileal.

El estudio histológico informa segmento de intestino delgado con evaginación de la pared que muestra todos los componentes, revestida de epitelio intestinal, con proceso inflamatorio agudo necrotizante transmural que perfora la pared compatible con divertículo verdadero, diverticulitis aguda transmural con peritonitis.

El paciente en sala presenta buena evolución, fue dado de alta en su quinto día de internación para seguimiento ambulatorio.

DISCUSIÓN

El divertículo de Meckel se presenta en el borde antimesentérico del íleon distal, a una distancia aproximada entre 30 y 60 cm de la válvula ileocecal, sin embargo, existen reportes de hasta 180 cm.^(1,2) Generalmente, se presenta de manera asintomática. Entre las complicaciones se encuentran: sangrado gastrointestinal por la presencia de tejido gástrico o pancreático ectópico; tumores intestinales, como los del estroma gastrointestinal obstructión intestinal; perforación o inflamación diverticular^(3,4).

La sintomatología obstructiva es la segunda forma más frecuente de presentación. Los mecanismos de la obstrucción son varios, como la invaginación, el vólvulo, la hernia interna, diverticulitis con adherencias, banda mesodiverticular, cuerpo extraño impactado en el divertículo o la inclusión del divertículo en un verdadero nudo formado entre el íleon y el sigmoides.⁽⁵⁾ En el caso expuesto fue por diverticulitis con adherencias al colon sigmoides formando un plastrón. El diagnóstico muy rara vez es hecho en el preoperatorio y solo se puede establecer con certeza

si el divertículo es visualizado en el sitio de la obstrucción.⁽⁶⁾ Como el caso expuesto, en el cual se realizó el diagnóstico de oclusión intestinal, sin embargo, no se sospechó de divertículo de Meckel como causa principal y el diagnóstico fue realizado durante la cirugía. 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.⁽⁷⁾ El tratamiento debe ser quirúrgico, mediante la resección del divertículo con un pequeño margen de seguridad.⁽⁸⁾ En el caso expuesto, una sintomatología de una oclusión intestinal y en el acto quirúrgico al encontrar el divertículo de Meckel en una posición más alejada de lo habitual (140 cm de la válvula ileocecal) y en contacto con el colon sigmoides, fue necesario realizar la resección de 10 cm de asa delgada asegurando tejido intestinal indemne sin compromiso inflamatorio con posterior anastomosis ileon-ileal.

Concluimos que el divertículo de Meckel muestra variadas formas de presentación clínico - radiológicas, lo cual dificulta su diagnóstico y que la oclusión intestinal secundaria a la complicación de un divertículo de Meckel constituye una causa de síndrome oclusivo que se debe tener presente en la práctica quirúrgica y por lo tanto el cirujano general debe estar preparado para enfrentarla con conocimientos actualizados.

Conflictos de interés: Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses.

Contribución de autoría: Todos los autores participan de la búsqueda de información, recolección de datos, redacción de borrador, revisión crítica del manuscrito y aprobación final del mismo.

Financiamiento: los autores declaran no haber recibido ningún tipo de financiamiento para la realización del presente artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruiz Borrego J. Características clínicas del divertículo de Meckel en la población infantil. *Rev Gastroenterol Perú.* 1995;15(3):247-54.
2. Darlington CD, Anitha GFS. Meckel's Diverticulitis Masquerading as Acute Pancreatitis: A Diagnostic Dilemma. *Indian J Crit Care Med.* 2017; 21(11):789-92.
3. Chatterjee A, Harmath C, Vendrami CL, Hammond NA, Mittal P, Salem R, et al. Reminiscing on Remnants: Imaging of Meckel Diverticulum and Its Complications in Adults. *AJR Am J Roentgenol.* 2017; 209(5):287-6.
4. Lequet J, Menahem B, Alves A, Fohlen A, Mulliri A. Meckel's diverticulum in the adult. *J Visc Surg.* 2017; 154(4):253-9. Disponible en <https://europepmc.org/article/med/28698005>.
5. Aguayo P, Fraser JD, Peter SD, Ostlie DJ. Perforated Meckel's diverticu-

6. lum in a micropreterm infant and review of the literature. *Pediatr Surg Int.* 2009[acceso: 20/12/2019]; 25(6):539-41.
7. Cengiz F, Chabowski M, Szymanska-Chabowska A, Dorobisz T, Janczak D, Jelen M, et al. A massive bleeding from a gastrointestinal stromal tumor of a Meckel's diverticulum. *Srp Arh Celok Lek.* 2016[acceso: 20/01/2020]; 144(3-4):219-21.
8. Figueredo Marín B, Amarilla Wildberger E, Zarza Quintana L. Diverticulitis de Meckel perforada en paciente adulto. *Rev. Cir. Parag.* 2018; 42(3):36-37. Doi: 10.18004/sopaci.2018.diciembre.36-37
9. Miyata S, Bliss DW. A gastrointestinal stromal tumor found in perforated Meckel's diverticulum. *Surg Case Rep.* 2016[acceso: 20/01/2020]; 2(1):67. Disponible en <https://doi.org/10.1186/s40792-016-0196-8>.