

DIVERTÍCULO DE MECKEL EN EL PACIENTE ANCIANO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dr. Juan José Sánchez Rodríguez¹ / Dra. Joana San Antón Beranoaguirre¹ / Dr. El Mostafa El Yaqine Er Raoudi¹ / Dra. Alba Hernández Arzoz²

¹ Residente del Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Obispo Polanco. Teruel

² Médico adjunta del Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Obispo Polanco. Teruel

RESUMEN

Introducción: el divertículo de Meckel es una anomalía congénita muy prevalente, siendo su diagnóstico muy poco frecuente en ancianos.

Caso clínico: varón de 92 años con dolor abdominal, vómitos y disminución de deposiciones. En radiografía de abdomen presenta dilatación de asas de delgado con niveles hidroaéreos, y en TAC abdomino-pélvico, cambio de calibre a nivel de íleon terminal. Se interviene de forma urgente, siendo diagnosticado de obstrucción intestinal por divertículo de Meckel de gran tamaño.

Conclusión: el divertículo de Meckel se suele diagnosticar de forma incidental o si presenta complicaciones; siendo en la edad adulta, obstrucción intestinal o diverticulitis.

PALABRA CLAVE

Divertículo de Meckel, obstrucción intestinal, ancianos, diverticulectomía

INTRODUCCIÓN

El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal; ocurre en 2% al 3% de la población. El diagnóstico suele hacerse en la infancia, ya que entre el 50% y 60% de los pacientes que desarrollan síntomas son menores de 2 años. Rara vez se considera en el diagnóstico diferencial de pacientes ancianos, que se presentan en los servicios de urgencias con abdomen agudo. Se presenta un caso clínico de un paciente de 92 años diagnosticado en nuestro hospital de obstrucción intestinal por divertículo de Meckel.

CASO CLÍNICO

Varón de 92 años, con antecedentes de anemia ferropénica, osteoporosis, AIT y depresión, que presenta dolor abdominal intenso con vómitos de 12 horas de evolución. Deposición normal hace 24h, no expulsión de gases desde entonces. A la exploración, abdomen distendido, doloroso a la palpación generalizada, con peristaltismo escaso y ausencia de hernias o megalias. Al tacto rectal, heces blandas en ampolla. En la analítica destaca neutrofilia con desviación izquierda, y en la radiografía de abdomen; dilatación de asas de intestino delgado con niveles hidroaéreos.

ABSTRACT

Introduction: Meckel's diverticulum is a very prevalent congenital anomaly, being diagnosed less frequently in the elderly.

Clinical case: 92-year-old man with abdominal pain, vomiting and decreased stools. An abdominal radiograph shows dilatation of the small intestine loops with air-fluid levels, and an abdominal-pelvic CT scan with a change in caliber at the level of the terminal ileum. The patient is operated on urgently, being diagnosed with intestinal obstruction due to a large Meckel's diverticulum.

Conclusion: Meckel's diverticulum is usually diagnosed incidentally or if it presents complications, these being in adulthood as intestinal obstruction or diverticulitis.

KEY WORDS

Meckel's diverticulum, intestinal obstruction, elderly, diverticulectomy

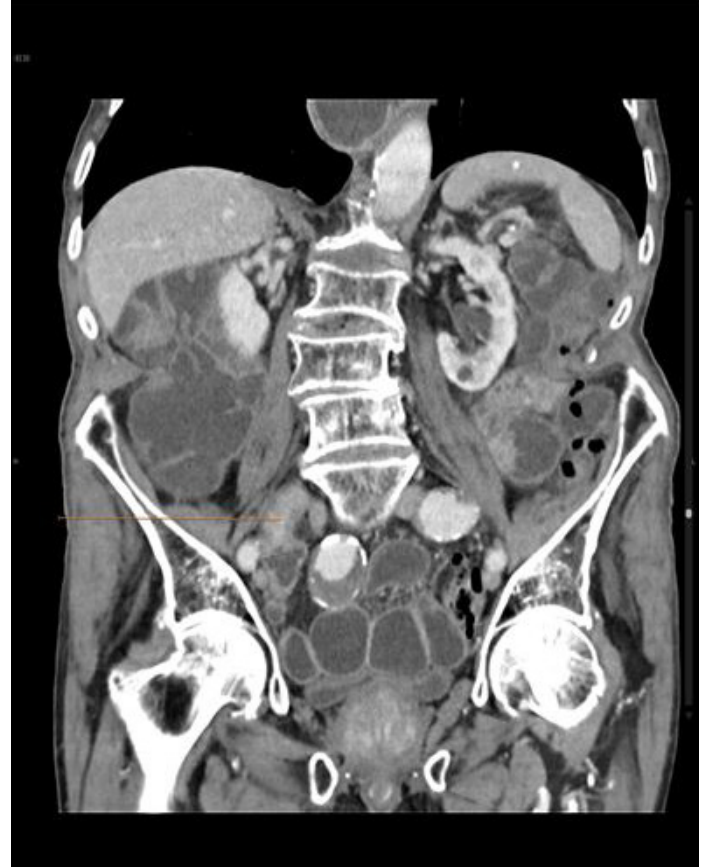


Fig. 1 y 2: Reconstrucciones axial y coronal de TAC: dilatación de asas de intestino delgado con cambio de calibre localizado en región inguinal derecha (flechas).

Se realiza TAC abdominopélvico urgente, siendo informado como: dilatación de asas de intestino delgado con cambio de calibre localizado en región inguinal derecha (flechas), y como hallazgo incidental, aneurisma de aorta infrarrenal y ambas arterias ilíacas de 9.5 cm, con trombosis mural (Fig. 1 y 2).

Se decide intervención quirúrgica urgente, en la que se evidencia obstrucción intestinal por gran divertículo de Meckel (8cm) y banda fibrosa proximal, que produce rotación del intestino a ese nivel. Se realiza diverticulectomía y resección de la banda adherencial (Fig. 3 y 4).

Durante el post-operatorio, cursa con íleo paralítico que se resuelve sin complicaciones. Alta a los 11 días con buena tolerancia y tránsito intestinal. La anatomía patológica se informa como divertículo de Meckel sin signos inflamatorios.

DISCUSIÓN

El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tubo digestivo, y se considera tradicionalmente como un padecimiento pediátrico, ya que entre el 50% y 60% de los pacientes que desarrollan síntomas (hemorragia o perforación) son menores de 2 años¹. En los adultos, la forma más común de presentación es la obstrucción intestinal².

La incidencia del divertículo de Meckel en la población general ha sido estimada del 2%, sin embargo, sólo el 4% de los pacientes desarrollan complicaciones. Su frecuencia de presentación es similar tanto en hombres como en mujeres, no obstante, los hombres tienen una incidencia de complicaciones hasta 3 veces mayor^{1,2}. Como las complicaciones asociadas a esta patología tienen a disminuir conforme avanza

Notas Clínicas

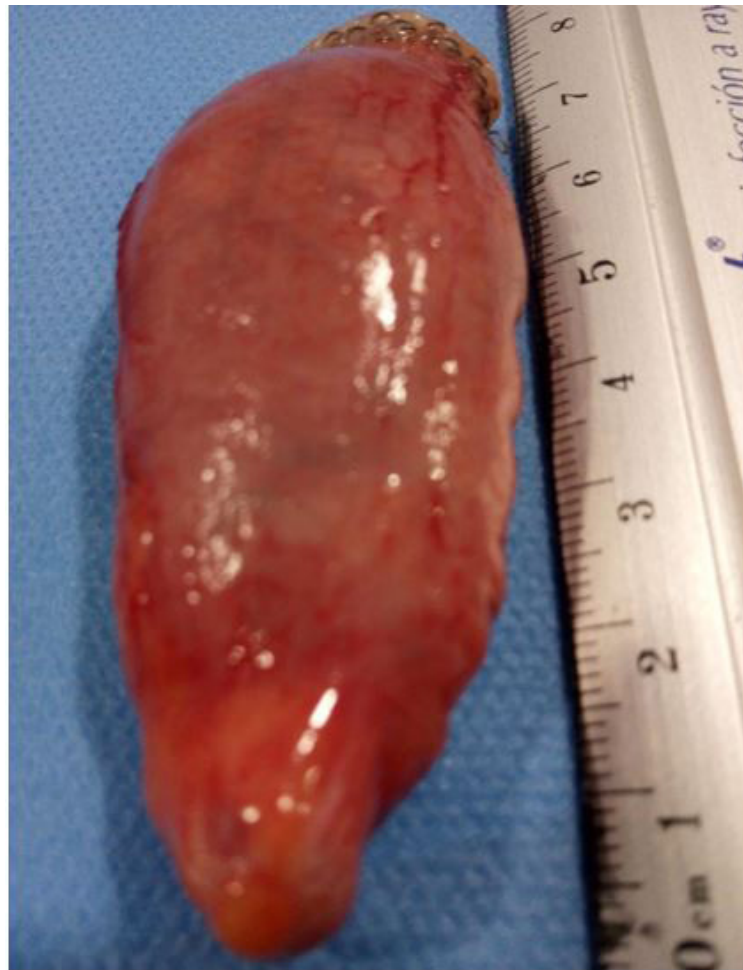


Fig. 3 y 4: Gran divertículo de Meckel (antes y después de la diverticulectomía).

la edad, el divertículo de Meckel es raramente diagnosticado en adultos. Su alta tasa de mortalidad en ancianos (6-7%) se explica por la demora en el diagnóstico, ya que no se suele tomar en consideración en el diagnóstico diferencial de este grupo de pacientes².

Se trata de un saco ciego que resulta de la obliteración incompleta del conducto onfalo-mesentérico. Además de las capas de la pared intestinal, aproximadamente la mitad de los divertículos contienen tejido ectópico, de éstos, del 60% al 85% corresponden a tejido gástrico, y del 5% al 16% a tejido pancreático. Se localizan frecuentemente a 60-90cm de la válvula ileocecal, en el borde antimesentérico; y suele medir unos 2cm de diámetro y 5cm de longitud.^{3,4} En nuestro caso, el divertículo se encontró a 40cm de la válvula ileocecal, y medía 8cm de longitud y 3cm de diámetro.

Cuando el divertículo de Meckel presenta manifestaciones clínicas, suele ser por desarrollo de complicaciones. Numerosas veces se trata

de un hallazgo incidental durante un procedimiento quirúrgico indicado por otra patología.

La complicación más frecuente en niños es la hemorragia, que usualmente se presenta como hematoquecia. Ésta es causada por la secreción ácida del tejido ectópico gástrico, o por la secreción alcalina del tejido ectópico pancreático. Estos pacientes presentan dolor abdominal, irritabilidad, fatiga y hematoquecia. La exploración física no suele aportar datos relevantes.

La manifestación clínica más frecuente en adultos con divertículo de Meckel sintomático es la obstrucción intestinal, con una incidencia entre el 25% y 40%. La diverticulitis se presenta en un 20%, mientras que la hemorragia en menos de un 12%.^{1,2,5}

El divertículo puede encontrarse conectado mediante una banda fibrosa a la raíz umbilical, la pared abdominal u otra víscera, o bien encontrarse libre sin fijaciones.² La obstrucción

Notas Clínicas

intestinal suele ser secundaria a intususcepción del divertículo hacia el íleon; sin embargo, si existe banda de tejido fibroso, se puede favorecer el desarrollo de una hernia interna o vólvulos¹, como ocurrió en el caso del paciente que se presenta en este artículo.

Estos pacientes presentan un cuadro obstructivo con síntomas que incluyen dolor abdominal, distensión, náuseas y vómitos. Al examen físico se puede encontrar distensión, abdomen doloroso a la palpación de forma generalizada, peristaltismo disminuido, o incluso datos de peritonitis. En cuanto a los pacientes que presentan diverticulitis de Meckel, los síntomas que llevan a su diagnóstico son similares a los síntomas de apendicitis aguda^{1,2,5}.

También se han reportado casos de desarrollo de neoplasias malignas entre un 0.5% y 4.9% de los pacientes con divertículo de Meckel. La neoplasia más común es el sarcoma, seguido de neoplasias carcinoides y adenocarcinomas^{1,2,3}.

El método diagnóstico más preciso en la detección de esta patología es el estudio gammagráfico con tecnecio 99m pertechnetato. Sin embargo, depende de la captación por la mucosa gástrica ectópica, siendo útil en los pacientes sintomáticos, como por ejemplo con hemorragia intestinal. En la población pediátrica, tiene una sensibilidad del 85% y especificidad del 95%. En adultos, la sensibilidad de sitúa alrededor del 62.5%, mientras que la especificidad es sólo del 9%^{1,4,6}.

La ecografía y la tomografía axial computerizada (TAC) poseen un pobre valor diagnóstico por la difícil distinción del divertículo de un asa intestinal. En el ultrasonido de alta resolución es posible observar un asa intestinal de borde ciego y paredes engrosadas en la fosa iliaca derecha, conectada a un asa intestinal normal, presentando el signo ecográfico del "autógrafo del intestino", consistente en un anillo externo hipoecoico (capa muscular) y una línea interna hiperecoica (mucosa y submucosa), que corresponden a capas histológicas alternantes de la pared intestinal^{1,3,4}.

En la TAC es difícil distinguir el divertículo de Meckel de un asa normal de intestino delgado, especialmente en los casos no complicados.

Sin embargo, es posible observar una estructura llena de fluido o gas conectada al intestino delgado, así como enterolitos, intususcepción, diverticulitis y obstrucción intestinal. En nuestro caso clínico, se evidenció en el TAC una dilatación de asas de delgado probablemente secundaria a una hernia interna, sin observarse en dicha prueba el divertículo de Meckel^{1,3,4}.

En la población adulta, cuando la gammagrafía es negativa, otras pruebas a considerar serían los estudios convencionales con bario, la angiografía (en caso de hemorragia digestiva) o la videocápsula endoscópica³. Además, la cirugía abdominal exploradora también está justificada ante la sospecha clínica del divertículo de Meckel.

El tratamiento del divertículo es quirúrgico, y dependerá del diagnóstico del mismo, si fue un hallazgo incidental o si el paciente presentó sintomatología.

El manejo del divertículo de Meckel asintomático continúa siendo controversial; en algunos estudios se aceptan las siguientes recomendaciones: reseca aquellos con base estrecha, paredes delgadas, si existen adherencias o una longitud mayor de 2cm³.

En cuanto a la intervención quirúrgica, se puede optar por diverticulectomía o resección del segmento afectado de íleon, seguida de anastomosis primaria^{1,2,6}. Se aconseja la resección de 5cm de intestino delgado proximales y distales al divertículo, con el fin de reseca todo el tejido ectópico que pudiera existir, sobre todo si existe masa palpable en la base del divertículo³. Al paciente del presente estudio se optó por realizar diverticulectomía y sección de la banda fibrosa.

CONCLUSIÓN

El divertículo de Meckel es una anomalía congénita frecuente cuyo diagnóstico suele hacerse en la infancia, dada su sintomatología (sangrado digestivo bajo). La manifestación clínica más frecuente en el paciente adulto es la obstrucción intestinal. Se trata de una patología especialmente infrecuente en ancianos, con una tasa de mortalidad considerable, debido a la baja sospecha y la demora en el diagnóstico. Su tratamiento es quirúrgico.

Notas Clínicas

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruíz-Celorio, M., Higuera-de la Tijera, F. and Pérez-Torres, E. El divertículo de Meckel. Revista médica del Hospital General de México. 2014;77(2):88-92.
2. Rodríguez-Wong, U., Reyes-Soto, G., Chon-Ávila, C. and Badillo-Bravo, A. Divertículo de Meckel en pacientes mayores de 85 años. Rev gastroenterol mex. 2008;73(3):177-80.
3. Puentes J, Salcedo J, Luna D. Divertículo de Meckel en el adulto mayor: una causa de sangrado digestivo. Revisión de la literatura y reporte de un caso. Rev Colomb Cir. 2015;30:151-55.
4. Alexander A, Farish-Williford H, Hashmi M. Recognizing and treating Meckel diverticulum. Journal of the American Academy of Physician Assistants. 2015;28(9).
5. Mancini A, Reche F, Faucheron J. Giant Meckel's Diverticulum. Journal of Gastrointestinal Surgery. 2018.
6. Mora-Guzmán I, Muñoz de Nova J. Meckel's diverticulum in the adult: Prophylactic surgery. Journal of Visceral Surgery. 2018;155:167.

El paquete incluye:

- 7 noches en pensión completa en habitación doble.
- Autocar de ida y vuelta desde Teruel.
- Autocar a disposición durante toda la estancia para las excursiones y los traslados a la playa de San Juan.
- Cóctel de bienvenida el día de llegada.
- Baile con música en vivo todas las noches.

Excursiones:

- Excursión de un día completo a Altea y Guadalest.
- Excursión de medio día a Santa Pola.
- Excursión de medio día a Benidorm.
- Espectáculo y cena en el Benidorm Palace, 52€ por persona (excursión opcional).



399€*

Oferta para colegiados, amigos y familiares del Colegio Oficial de médicos de Teruel.

Teléfono
de reservas

965 94 20 50

*Suplemento habitación individual: 98 euros. Precio por persona compartiendo habitación doble en Pensión Completa. Todos los precios arriba mencionados incluyen el IVA y se mantendrán siempre que el grupo esté formado por un mínimo de 40 personas. Entradas a museos no incluidas. Oferta sujeta a disponibilidad de plazas. Suplemento guía profesional en excursiones de medio día: 5 euros por persona (solicitar con antelación) .