

El impacto en la sociedad a través de la presentación de un Caso clínico: Obstrucción intestinal por divertículo de Meckel y apendicitis

Gómez Peláez, Glubis; Burbano Rivadeneira, Bryan Bladimir; Méndez Castro, Juan Patricio; León Cárdenas, Edwin Orlando

El impacto en la sociedad a través de la presentación de un Caso clínico: Obstrucción intestinal por divertículo de Meckel y apendicitis

Centro Sur, vol. 4, núm. 1, 2020

Grupo Compás, Ecuador

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=588861673018>

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional.

El impacto en la sociedad a través de la presentación de un Caso clínico: Obstrucción intestinal por divertículo de Meckel y apendicitis

The Impact on Society Through The Presentation Of Clinical Case: Intestinal Obstruction Due To Meckel's Diverticulum And Appendicitis


Glubis Gómez Peláez glubisg@yahoo.es
Universidad de Guayaquil, Ecuador

 <http://orcid.org/0000-0003-2277-363X>


Bryan Bladimir Burbano Rivadeneira
bryanburbano1@hotmail.com
Universidad de Guayaquil, Ecuador

 <http://orcid.org/0000-0002-3627-595X>

Juan Patricio Méndez Castro juanpmc01@gmail.com
Universidad de Guayaquil, Ecuador

 <http://orcid.org/0000-0002-4305-8152>

Edwin Orlando León Cárdenas edwinleon582@gmail.com
Universidad de Guayaquil, Ecuador

 <http://orcid.org/0000-0002-1148-7251>

Centro Sur, vol. 4, núm. 1, 2020

Grupo Compás, Ecuador

Recepción: 22 Agosto 2019

Aprobación: 27 Noviembre 2019

Redalyc: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=588861673018>

CC BY-NC-ND

Resumen: La presente investigación es producto de un caso de un paciente de 16 años de edad que ingresa a la emergencia del hospital clínica san francisco con un cuadro de abdomen agudo obstructivo y plastrón apendicular, confirmado por los exámenes de laboratorio e imágenes, siendo valorado por cirugía general se decide intervenir quirúrgicamente, realizando laparotomía exploratoria, encontrándose apéndice catarral, diverticulitis de Meckel con una brida que provocaba la obstrucción, se resolvió quirúrgicamente con evolución favorable.

Palabras clave: apendicitis, divertículo de Meckel, dolor abdominal, distensión abdominal, obstrucción.

Abstract: The present investigation is the product of a case of a 16-year-old patient who enters the emergency of the San Francisco clinical hospital with an acute obstructive abdomen and appendicular plastron, confirmed by laboratory tests and images, being assessed by surgery In general, it was decided to intervene surgically, performing exploratory laparotomy, finding a catarrhal appendix, Meckel's diverticulitis with a flange that caused the obstruction, it was surgically resolved with favorable evolution.

Keywords: Appendicitis, Meckel's diverticulum, abdominal pain, abdominal distention, obstruction.

INTRODUCCIÓN

El divertículo de Meckel (DM) es la El divertículo de Meckel es la anomalía congénita del tracto gastrointestinal más frecuente, ocurre en 2% al 3% de la población.

La sintomatología es secundaria a complicaciones del divertículo como ulceración y hemorragia; diverticulitis; obstrucción intestinal por inversión diverticular, intususcepción, vólvulos, torsión o inclusión del divertículo en una hernia (hernia de Littré); formación de enterolitos y desarrollo de neoplasia.

Comúnmente se hace referencia al divertículo de Meckel con la regla de los 2:

- Ocurre en el 2% de la población (1%-4%).
- Relación hombre/mujer 2:1.
- Se localiza frecuentemente a 2 pies (60 cm) de la válvula ileocecal, en el borde antimesentérico.
- Mide usualmente 2 cm de diámetro.
- Mide constantemente 2 pulgadas (5 cm) de longitud.
- Puede contener 2 tipos de tejido ectópico (comúnmente gástrico y pancreático).
- Es más habitual antes de los 2 años de edad.

Fue descrito originalmente por el padre de la cirugía alemana, Guilhelmus Fabricius Hildanus (1560-1634) en 15984.

Sin embargo, fue hasta 1809 que el anatomista alemán Johann Friedrich Meckel (1781-1833) describió las bases embriológicas del divertículo, demostrando que es resultado de la atrofia incompleta del conducto onfalomesentérico o vitelino. Asimismo, describió los siguientes criterios diagnósticos del divertículo de Meckel:

- a. El divertículo tiene la misma estructura que el intestino subyacente.
- b. Siempre está situado en el borde antimesentérico.
- c. Su irrigación es independiente.

Fue casi 100 años después, que Salzer y Deetz permitieron comprender la complicación hemorrágica del divertículo de Meckel con el descubrimiento de la mucosa ectópica gástrica y la ulceración asociada.

Epidemiología

La incidencia del divertículo de Meckel en la población general ha sido estimada en un 2%; reportes de autopsia y estudios retrospectivos describen un rango entre 0.14% a 4.5%. El divertículo de Meckel causa complicaciones con mayor frecuencia en hombres y, por tanto, suele diagnosticarse con mayor frecuencia en éstos que en mujeres, aunque se estima que la frecuencia real del divertículo de Meckel es similar en hombres y mujeres.

El diagnóstico suele hacerse en la infancia, entre el 50% y 60% de los pacientes que desarrollan síntomas son menores de 2 años de edad. Como las complicaciones asociadas con el divertículo de Meckel tienden a disminuir conforme avanza la edad, el divertículo de Meckel es raramente diagnosticado en adultos.

Bases embriológicas y anatomía del divertículo de Meckel

La falta de involución completa o parcial del conducto onfalomesentérico puede dar origen a varias estructuras residuales; entre ellas, fistula onfalomesentérica persistente, quiste umbilical, remanente del conducto vitelino, bandas fibrosas del ombligo al intestino delgado,

bandas mesodiverticulares y divertículo de Meckel, siendo este último la más común (98%).

El conducto onfalomesentérico conecta el saco vitelino al intestino durante el desarrollo del embrión y lo provee de nutrición hasta que la placenta se termina de establecer. Posteriormente, este conducto involuciona y se separa del

intestino entre la 5ª y 9ª semanas de gestación. El divertículo resulta de la obliteración fibrosa de la porción umbilical del conducto onfalomesentérico, aunado a la persistencia de la porción ileal del conducto. Ya que el saco

vitelino es continuo con el embrión y contiene todas las capas de la pared intestinal, el divertículo que está formado por el conducto vitelino también abarca todas estas capas, por tanto, es un divertículo verdadero.

Además de las capas normales de la pared intestinal, aproximadamente el 50% de los divertículos contienen tejido ectópico, de éstos, del 60% al 85% corresponden a tejido gástrico y del 5% al 16% a tejido pancreático. Algunos reportes han citado tejidos ectópicos colónicos, duodenales, yeyunales, hepáticos y endometriales; sin embargo, estas presentaciones son infrecuentes.

El 90% de los divertículos se localizan a 90 cm de la válvula ileocecal, aunque algunos reportes han descrito divertículos hasta 180 cm de la válvula.

Cuadro clínico y complicaciones

El 33% de los pacientes presentan sintomatología, mientras que un 16% de los pacientes permanecen asintomáticos, siendo el divertículo de Meckel un hallazgo incidental durante un procedimiento quirúrgico indicado por una patología distinta.

Cuando el divertículo de Meckel presenta manifestaciones clínicas, éstas suelen ser inespecíficas y por tanto se dificulta el diagnóstico. La presencia de síntomas generalmente obedece al desarrollo de complicaciones. El riesgo de desarrollar complicaciones es de 4.2%. La incidencia de complicaciones disminuye conforme aumenta la edad de los pacientes. La complicación más frecuente en niños es la hemorragia, usualmente se presenta como hematoquezia.

La hemorragia es causada por la secreción ácida del tejido ectópico gástrico, o bien, por la secreción alcalina del tejido ectópico pancreático. Estos pacientes presentan hematoquezia, fatiga, irritabilidad y dolor abdominal. La exploración física no suele aportar datos relevantes.

La hemorragia puede ocurrir de manera intermitente, dificultando el diagnóstico.

Las complicaciones más frecuentes en adultos son la obstrucción, seguida por diverticulitis (30%). La obstrucción suele ser causada por adherencias o bridas. Estos pacientes presentan un cuadro obstructivo con síntomas que incluyen dolor abdominal, distensión, náusea y vómito. Al examen físico suele encontrarse distensión, abdomen sensible a la palpación, ruidos peristálticos disminuidos, o inclusive datos de peritonitis.

La obstrucción suele ser secundaria a intususcepción del divertículo de Meckel hacia el íleon; sin embargo, algunos divertículos están adheridos al ombligo por una banda de tejido fibroso, esto puede favorecer el desarrollo de una hernia interna o vólvulos.

En algunos pacientes que presentan diverticulitis (causante del 20% de las complicaciones), los síntomas que llevan al diagnóstico del divertículo de Meckel son similares a los síntomas de apendicitis, pueden incluir fiebre, dolor, náusea y vómito. A la exploración física se encuentra sensibilidad a la palpación, rigidez y signo de rebote. Se piensa que el mecanismo isopatológico es similar al de la diverticulitis colónica, con obstrucción del lumen que lleva a inflamación y eventualmente, puede condicionar perforación intestinal.

Ha habido reportes de desarrollo de neoplasias malignas en pacientes con divertículo de Meckel en el 0.5% al 4.9% de los pacientes. La neoplasia más común es el sarcoma, seguido por las neoplasias carcinoides y adenocarcinomas.

Diagnóstico

El diagnóstico debe ser considerado en cualquier paciente con malestar abdominal, náusea y vómito o hemorragia intestinal.

El cuadro clínico que acompaña al divertículo de Meckel puede ser indistinguible del que se presenta en otras patologías gastrointestinales. El diagnóstico diferencial más común es apendicitis; no obstante, la sintomatología puede confundirse con otras enfermedades comunes como úlcera péptica, gastroenteritis, cólico biliar, diverticulitis e incluso intolerancia a la lactosa y abdomen agudo obstructivo.

El método diagnóstico más preciso en la detección del divertículo de Meckel es el estudio con tecnecio-99m pertechnetato, otros métodos usados eco sonografías y tomografías, pero no son exactos.

Por lo tanto, la cirugía abdominal exploratoria se justifica ante la sospecha clínica del divertículo de Meckel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo transversal con transductor convexo multifrecuencia multifocal donde se realiza rastreo de abdomen superior y pelvis.

Se presenta el caso de paciente masculino de 16 años que ingresa a la emergencia del hospital clínica san francisco por cuadro doloroso abdominal tipo cólico difuso acompañado de nauseas vómitos alimenticios ocasional.

RESULTADOS

Examen físico

Cabeza normocefalo facie algica cabello bien implantado

Tórax simétrico campos pulmonares ventilados ruidos cardiacos rítmicos no soplos

Abdomen distendido timpánico

Lo valora médico tratante de medicina interna quien solicita examen complementario

Exámenes de laboratorio, revelan leucocitosis con neutrofilia, otros dentro de rangos normales.

Rayos x simple de abdomen de pie, niveles hidroaéreos.

Ecografía abdominal, asas intestinales agrupadas en fosa iliaca derecha que sugiere plastrón apendicular. Asociado se evidencia moderada cantidad de líquido integrasa y distensiones de asas intestinales con niveles líquidos. Hígado de forma y tamaño normal, vesícula y vías biliares normales. Páncreas, Riñones y Bazo normal.

Tomografía abdominal, confirma lo revelado por la eco sonografía sin ningún otro dato de importancia.

Intervención

Es valorado por cirugía general quien concluye que es un abdomen agudo obstructivo posiblemente por un plastrón apendicular resolviéndose por una laparotomía exploratoria de emergencia al hallazgo se encontró una apendicitis tipo catarral por lo que se procede a buscar divertículo de Meckel encontrándose el mismo a unos 65cm de la válvula ileocecal de características inflamatorio (de 2,5 cmt de ancho por 12 ctm de largo) con una brida de su extremo distal hacia la región umbilical lo cual estaba ocasionando el cuadro obstructivo se realiza la sección de la brida, apendicetomía y diverticulectomía

Diagnostico

Divertículo de Meckel más apendicitis con obstrucción intestinal.

CONCLUSIONES

El divertículo de Meckel es una anomalía congénita derivada de la obliteración incompleta del conducto onfalomesentérico.

El divertículo de Meckel es una anomalía congénita derivada de la obliteración incompleta del conducto onfalomesentérico.

Ocurre en el 2% de la población, se diagnostica con más frecuencia en hombres y las complicaciones se presentan con mayor frecuencia en niños menores de 2 años. Se localiza frecuentemente a 60 cm de la válvula ileocecal, en el borde antimesentérico. Cincuenta por ciento de los divertículos contienen tejido ectópico, de éstos, el 60% al 85% corresponden a tejido gástrico, por tanto, el método diagnóstico de mayor utilidad es el estudio con tecnecio-99m.

Las complicaciones más importantes del divertículo de Meckel son hemorragia y obstrucción. El tratamiento es quirúrgico, la diverticulectomía ha demostrado ser efectiva.

REFERENCIAS

Ruiz, F., Higuera, E., Pérez. C. (2014). El divertículo de Meckel. *Revista Médica Hospital General México*, 77(2), 88-92.

- Sapia, E, Bazzino. L., Ortellao, G. (2008). Divertículo de Meckel. *Revista Hospital*, 50(227).
- Sabiston, (2013). *Tratado de Cirugía*, 19 va edición. España: Editorial Elsevier.
- Schwartz, C. (20017). *Manual de Cirugía*, 8va edición. España: Editorial Mc Grow Hill 2
- Sleisenger y Fordtran (2017). *Enfermedades Digestivas y Hepáticas*. 10ma edición. España: editorial Elsevier.
- Tarigo, N., Vallverdú, M., Lyford-Pike Bosch, P. Neirotti, R. (2017). Diverticulitis de Meckel. A propósito de un caso clínico *Revista Médica Uruguay*, 33(2),149-151.
- Zárate, C. (2015). *Divertículo de Meckel. Manual de enfermedades digestivas quirúrgicas*. Universidad Finis Terrae, Chile: Editorial Elsevier.
- Zuidema. (2005). *Cirugía del aparato digestivo*. 5ta edición. Argentina: volumen III: editorial Panamericana.