

DIVERTÍCULO DE MECKEL EN PACIENTE ADULTO MAYOR: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

MECKEL'S DIVERTICULUM IN ELDERLY PATIENTS: A CASE REPORT.

Rodrigo Peñaloza¹.

¹ Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

RESUMEN

Introducción: El divertículo de Meckel (DM) es una anomalía congénita del tracto gastrointestinal debido a una incompleta obliteración del conducto onfalomesentérico. Es la malformación congénita más común del tracto gastrointestinal, con una prevalencia de un 2%. Las complicaciones ocurren la mayoría antes de los 10 años y en mayores de 70 años, siendo la obstrucción intestinal lo más frecuente.

Caso Clínico: Paciente adulto mayor con cuadro de 5 días de dolor abdominal, distensión y vómitos, diagnosticando un abdomen agudo debido a obstrucción intestinal alta. Se realizó laparotomía exploratoria evidenciando adherencias difusas como causa de obstrucción y hallazgo de un divertículo de Meckel, el cual no fue extraído debido a que no fue el causante del cuadro actual del paciente.

Discusión: La prevalencia de DM en adulto mayor es baja y sus complicaciones también, si bien la obstrucción intestinal es la complicación más frecuente en adultos mayores, en el presente caso no se debió al divertículo, por lo que no hubo necesidad de realizar diverticulectomía incidental.

PALABRAS CLAVE: *divertículo de Meckel; obstrucción intestinal; adultos.*

ABSTRACT

Introduction: Meckel's diverticulum (MD) is a congenital anomaly of the gastrointestinal tract due to incomplete obliteration of omphalomesenteric duct. It is the most common congenital malformation of the gastrointestinal tract, with a prevalence of 2%. Most complications occur before age 10 and older than 70 years, being the most common intestinal obstruction.

Clinical Case: An elderly patient with a five days of abdominal pain, bloating and vomiting, was diagnosed with acute abdomen due to high intestinal obstruction. Exploratory laparotomy was performed showing diffuse adhesions as the cause of obstruction and finding a Meckel's diverticulum, which was not removed because it was not the cause of the current condition of the patient.

Discussion: The prevalence of DM in the elderly is low as well as its complications, although intestinal obstruction is the most common complication in older adults, in the present case it was not due to the diverticulum, so there was no need for incidental diverticulectomy.

KEYWORDS: *Meckel's diverticulum; intestinal obstruction; adults.*

INTRODUCCIÓN

El divertículo de Meckel (DM) es una anomalía congénita del tracto gastrointestinal que ocurre como resultado de una incompleta obliteración del conducto onfalomesentérico, estructura que conecta el intestino delgado con el saco vitelino del feto⁽¹⁾. El conducto onfalomesentérico involuciona entre la quinta y sexta semana de gestación. Si la obliteración falla, resulta en una variedad de anomalías: fistula onfalomesentérica, seno umbilical, quiste del conducto onfalomesentérico, cordón fibroso que conecta el intestino con el ombligo, y más común, el divertículo de Meckel. Este último es la formación de un divertículo verdadero en el intestino delgado, habitualmente en los últimos 90 centímetros del íleon terminal. Por lo general mide 2cm de diámetro con 5cm de longitud y puede contener dos tipos de tejido ectópico: gástrico y pancreático⁽²⁾.

El DM es la malformación congénita más común del tracto gastrointestinal. La prevalencia es mayor en los niños que nacen con una malformación importante del ombligo, tracto digestivo, sistema nervioso y el sistema cardiovascular, en orden descendente⁽³⁾. La prevalencia en la población general se ha estimado en un 2% con una razón de 2:1 entre hombre y mujeres respectivamente⁽²⁾.

El 33% de los pacientes presentan sintomatología, mientras que un 16% permanecen asintomáticos siendo en esos casos un hallazgo incidental⁽²⁾. La probabilidad de que un divertículo asintomático se torne sintomático y tenga complicaciones es de 4% en los menores de 20 años, disminuye a 2% a los 40 años y en pacientes de edad avanzada no hay complicaciones⁽⁴⁾. Las más frecuentes son la obstrucción intestinal 36.5% (más frecuente en adultos), intususcepción 13.7%, inflamación 12.7%, hemorragia 11.8% (más frecuente en niños), perforación 7.3%, componente de un saco herniario 4.7%; desarrollo de neoplasia 3.2% y fístula umbilical 1.7%⁽²⁾. Dentro de los factores de riesgo para favorecer un DM sintomático incluyen los siguientes: sexo masculino, menor a 50 años, tejido con anormalidad histológica y largo de más de 2cm del divertículo⁽⁵⁾.

El método diagnóstico más preciso en la detección del divertículo de Meckel es el estudio con tecnecio-99m pertechnetato para detectar mucosa gástrica ectópica, con una sensibilidad y especificidad de hasta un 90% en pacientes pediátricos, pero decrece hasta 46% en pacientes adultos⁽⁶⁾. Otro método usado es la tomografía computada (TC) con una sensibilidad de 94% y especificidad de 97%, sin embargo es reportado en población pediátrica⁽⁷⁾.

Respecto al tratamiento, el abordaje quirúrgico dependerá del diagnóstico del DM, si fue un hallazgo o si el paciente presentó sintomatología. La resección ileal permite remover todo el tejido afectado y el tejido ectópico⁽⁸⁾.

Dentro de las indicaciones de resección de un DM incidental en adultos incluye si cursa paralelamente con apendicitis, cuadro de abdomen agudo y en riesgo de malignidad⁽⁹⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente de 75 años con antecedentes de diabetes mellitus 2, hipertensión arterial y colecistectomía hace 2 años, consultó por cuadro de 5 días de evolución caracterizado por distensión abdominal progresiva, dolor abdominal difuso, vómitos biliosos y falta de expulsión de gases y deposiciones. Paciente se presentó con ciclo vital estable, afebril, ruidos hidroaéreos aumentados en frecuencia, distensión y dolor en hemiabdomen superior sin signos de irritación peritoneal. Dentro de los exámenes de laboratorio destacaron aumento del índice de actividad inflamatoria con leucocitos de 12.100/mm³, proteína C reactiva de 3.3mg/dL, electrolitos plasmáticos dentro de límites normales (potasio 4.24mmol/L). Radiografía de abdomen simple evidenció niveles hidroaéreos, y la TC de abdomen y pelvis sin contraste reveló asas de intestino delgado con dilatación patológica y aparente cambio de calibre en yeyuno distal que sugiere obstrucción de intestino delgado.

Motivo por el cual el paciente se hospitalizó con diagnóstico de Obstrucción Intestinal Alta para manejo quirúrgico del cuadro. Se realizó laparotomía exploradora hallando el intestino delgado distendido con cambios de

calibre a 0.6m de la válvula ileocecal, se observó adherencia laxa de asa sobre sí misma, con punto de obstrucción sin compromiso de vitalidad. Se identificó divertículo de Meckel no complicado a 1.2m de válvula ileocecal, de 3cm de diámetro y 2cm de largo aproximadamente. Se realizó liberación de adherencias, hemostasia y aseo de la zona. Paciente evoluciono en el post operatorio de manera favorable, sin embargo, con íleo postoperatorio que se mantuvo por 7 días.

DISCUSIÓN

Al hacer un análisis del caso, lo primero a destacar es que la paciente no es el prototipo de persona en que se piensa que presentaría un DM, ni tampoco alguna complicación en relación a este. Según la literatura, son más frecuentes en niños de sexo masculino, presentando más complicaciones antes de los 10 años⁽²⁾.

Otro punto a resaltar del caso clínico es que dado que la obstrucción intestinal es la complicación más frecuente del DM en adultos con una estimación del 36.5%⁽¹⁾, cabe pensar que el cuadro del paciente fue producto del DM complicado, sin embargo, no fue así, más bien fue un hallazgo asintomático y el cuadro de obstrucción intestinal obedeció a un proceso adherencial posiblemente post-quirúrgico. Por lo que el cuadro concuerda con lo expuesto en la literatura respecto a que mayor edad, menor probabilidad de complicaciones o sintomatología del DM⁽²⁾. Se cree que el DM no fue el causante de la obstrucción intestinal, debido a que, según lo descrito en el protocolo operatorio, no se observaron asas intestinales atrapadas entre el mesenterio y mesodiverticular, por lo que no se evidencio un divertículo estrangulado ni inflamación peridiverticular.

Respecto al manejo realizado, no se realizó diverticulectomía debido a que fue un hallazgo asintomático y el riesgo de realizar complicaciones futuras es prácticamente 0% sobre los 76 años de edad⁽³⁾. Sin embargo, existen divergencias respecto a la diverticulectomía incidental debido a un seguimiento de 145 pacientes operados en el *Olmsted County Minnesota* y en la Clínica Mayo Rochester, donde se demuestra que el

riesgo de desarrollar complicaciones a largo plazo (20 años) luego de la diverticulectomía incidental era del 2% (bridas), mientras que en los pacientes operados por complicaciones del divertículo de Meckel la morbilidad fue del 7%⁽¹⁰⁾. Sin embargo, esta estadística es discutible en el paciente presentado teniendo en cuenta que, a sus 75 años, la probabilidad de desarrollar una complicación a futuro es baja y el riesgo de extraerle el DM supera el beneficio, distinto seria el escenario en caso de presentar alguna complicación.

En relación al caso presentado se puede mencionar que el DM es una patología poco frecuente (2% en la población general) y con mayor prevalencia de complicarse en población pediátrica a través de hemorragias digestivas y obstrucciones intestinales en caso de adultos. El paciente presentado ingresó por cuadro de obstrucción intestinal baja, con un hallazgo incidental durante laparotomía exploradora de DM no complicado, no causante de cuadro de abdomen agudo, por lo que no se le practicó diverticulectomía incidental.

Imagen 1. Divertículo de Meckel del paciente.



Imagen 2. Divertículo de Meckel duodenal del paciente.



Agradecimientos

Jeanne Marie Chehade Carrasco. Cirujano adulto Hospital de Quilpué.

Correspondencia

Rodrigo Ignacio Peñaloza Castro.
ro.penalosa@gmail.com

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para la realización de este trabajo.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses en relación a este trabajo.

Información sobre el artículo

Recibido el 10 de septiembre de 2016.

Aceptado el 14 de noviembre de 2016.

Publicado el 20 de diciembre de 2016.

Este trabajo fue realizado con el debido consentimiento informado del paciente.

Referencias

1. Sagar J, Kumar V, Shah DK. Meckel's diverticulum: a systematic review. *J R Soc Med.* 2006 Oct;99(10):501-5.
2. Ruíz-Celorio M, Higuera-de la Tijera F, Pérez-Torres E. El divertículo de Meckel. *Rev Med Hosp Gen Mex.* 2014;77:88-92.
3. Barrera L, Vélez J, Londoño E, López R. Divertículo de Meckel en el paciente adulto: Experiencia en la Fundación Santa Fe de Bogotá. *Revista Colombiana de Gastroenterología.* 2005 Sep;20(3):11-7.
4. Motta-Ramírez G, Reyes-Méndez E, Campos-Torres J. El divertículo de Meckel en adultos. *Anales de Radiología México.* 2015;14(1): 20-30.
5. Zani A, Eaton S, Rees CM, Pierro A. Incidentally detected Meckel diverticulum: to resect or not to resect? *Ann Surg.* 2008 Feb;247(2):276-81.
6. Puentes JA, 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. *Revi Colomb Cir.* 2015;30(2):151-155.
7. Sinha CK, Pallewatte A, Eatsy M. Meckel's scan in children: a review of 183 cases referred to two paediatric surgery specialist centres over 18 years. *Pediatr Surg Int.* 2013;29(5): 511-517.
8. Caracappa D, Gullà N, Lombardo F, Burini G, Castellani E, Boselli C, Gemini A, Burattini MF, Covarelli P, Noya G. Incidental finding of carcinoid tumor on Meckel's diverticulum: case report and literature review, should prophylactic resection be recommended? *World J Surg Oncol.* 2014 May 8;12:144.
9. Thirunavukarasu P, Sathaiyah M, Sukumar S, Bartels CJ, Zeh H 3rd, Lee KK, Bartlett DL. Meckel's Diverticulum—A High-Risk Region for Malignancy in the Ileum: Insights From a Population-Based Epidemiological Study and Implications in Surgical Management. *Ann Surg.* 2011;253(2):223-230.
10. Park JJ, Wolff BG, Tollefson MK, Walsh EE,

Larson DR. Meckel diverticulum: the Mayo Clinic experience with 1476 patients (1950-2002). *Ann Surg.* 2005 Mar;241(3):529-33.