

Divertículo de Meckel gigante necrosado por torsión axial

Giant Meckel's diverticula with necrosis due to axial torsion

Víctor Andrés Ruiz L, MD,¹ Luis Alfonso Camacho O, MD,² Diana Carolina Díaz T, MD.³

¹ Cirujano General, Universidad del Cauca, Departamento de Cirugía, Hospital Susana López de Valencia. Popayán-Cauca, Colombia.

² Residente de tercer año, Cirugía General, Universidad del Cauca. Popayán-Cauca, Colombia.

³ Médico Interno, Hospital Susana López de Valencia, Universidad Nacional de Colombia, Universidad del Cauca. Popayán-Cauca, Colombia.

Fecha recibido: 07-09-10
Fecha aceptado: 05-10-10

Resumen

El presente artículo reporta el caso de un paciente masculino de 73 años que ingresa por cuadro de abdomen agudo y es llevado laparotomía donde se encuentra divertículo de Meckel gigante complicado con necrosis del tejido por torsión axial sobre pedículo de unión al ileon, una de las complicaciones más raras que se ha descrito en la literatura.

Palabras clave

Divertículo de Meckel, torsión axial, necrosis.

Abstract

This article presents the case of a 73 year old patient who was admitted to the hospital with acute abdominal pain. A midline laparotomy was performed in which a giant Meckel's Diverticulum was found. It was complicated by necrosis of the diverticular tissue due to axial torsion over its base. This is one of the rarest complications reported in the literature.

Key words

Meckel's Diverticulum, axial torsion, necrosis

INTRODUCCIÓN

El divertículo de Meckel es una de las anomalías anatómicas más frecuentemente encontradas en el tracto gastrointestinal y se da por el cierre incompleto del conducto onfalomesentérico de la etapa embrionaria; su incidencia es cercana al 2%. Normalmente es asintomático y es un hallazgo incidental en laparotomías y autopsias (1), pero hasta un 4% de las personas que presenta dicha malformación puede tener complicaciones, entre ellas las más comunes son la hemorragia, la obstrucción y la inflamación (2, 3). Normalmente surge del borde antimesentérico de los últimos 100 cm cercanos a la válvula ileocecal, y en un 50% contienen tejido heterotópico ya sea gástrico, pancreático y

colónico (4, 5). La gangrena es una de las complicaciones más raras y lo es aún más cuando es secundaria a torsión axial sobre su cuello (3).

REPORTE DE CASO

Paciente masculino de 73 años consulta por dolor abdominal de 4 días de evolución, de inicio en epigastrio y luego irradiado a fosa iliaca derecha, asociado presentó fiebre, vómito, náuseas, hiporexia y ausencia de deposiciones y flatos. Al ingreso se encuentra en regulares condiciones generales aunque estable hemodinámicamente y afebril. Examen físico con distensión abdominal considerable, timpanismo, disminución marcada del peristaltismo y signos

de irritación peritoneal. El cuadro hemático reportó 16.270 leucocitos y 87% de neutrofilia y la ecografía abdominal gran distensión de asas intestinales con líquido interasas. Se hace diagnóstico de abdomen agudo y se traslada paciente a quirófano para realización de laparotomía de emergencia. A la exploración se encuentra peritonitis generalizada, íleo adinámico y gran distensión de asas intestinales, divertículo torcido sobre su propio eje en el pedículo de unión al íleon de 12 cm x 3 cm, y necrosado en toda su extensión a aproximadamente 80 cm de la válvula ileocecal. Se realiza resección intestinal y anastomosis término terminal, lavado y sección de múltiples adherencias peritoneales. No es posible cierre completo de cavidad por planos, por lo que se deja paciente con bolsa de Bogotá. El paciente es sometido a 3 lavados peritoneales más, con evolución irregular por síntomas de íleo posquirúrgico; finalmente, a los 20 días es egresado deambulando, tolerando vía oral, deposiciones normales y sin signos de respuesta inflamatoria sistémica. El resultado de patología reportó divertículo de Meckel con mucosa intestinal y ausencia de tejidos heterotópicos.



Figura 1. Divertículo de Meckel necrosado en toda su extensión por torsión axial.

DISCUSIÓN

El divertículo de Meckel es un verdadero divertículo al contener todas las capas de la pared intestinal, normalmente mide entre 3 a 6 cm de largo (5); se dice que un divertículo de Meckel es gigante cuando mide más de 5 cm de longitud (2). Los hombres al parecer son más susceptibles de sufrir de complicaciones con una relación de 2:1 con las mujeres (6). El 50% de estas complicaciones se presentan en menores de 10 años (5), y al parecer la incidencia disminuye con

la edad (7, 8); se han reportado en pacientes mayores de 80 años, la mayoría de ellos complicados por hemorragia de vías digestivas bajas y síntomas de obstrucción intestinal (9, 10).

La hemorragia de vías digestivas bajas es la complicación más frecuente presentándose en un 25-50% de los casos, relacionado con presencia de mucosa gástrica en la luz del divertículo produciendo enfermedad ácido-péptica en la mucosa del íleo circundante (11). El sangrado generalmente es asintomático y se encuentra con más frecuencia en niños (11).

Después de la hemorragia, la obstrucción intestinal es la presentación clínica más frecuente (25%-40%) sobre todo en adultos, generalmente por invaginación o formación de vólvulos alrededor de uniones a la pared abdominal (5, 6).

La diverticulitis se encuentra en el 20% de los casos esté perforada o no. La longitud del divertículo se relaciona con la probabilidad de que su base de vuelta angosta y se obstruya; la inflamación se puede desencadenar por cuerpos extraños como espinas de pescado, cálculos biliares, enterolitos, proyectiles, y se ha reportado inflamación por alojamiento de fitobezoar (5, 6, 12).

De las complicaciones más raras tenemos la torsión sobre su propio eje en la base delgada, que obstruye el flujo sanguíneo del divertículo llevándolo a isquemia y necrosis del tejido; de esta se han reportado muy pocos casos en la literatura (6, 13, 14). Otra complicación rara es la necrosis por enterocolitos (2, 3).

El manejo del divertículo de Meckel es quirúrgico con extracción del divertículo o resección de la pared intestinal del íleo que lo contiene con anastomosis término terminal del intestino (5). Este último procedimiento se prefiere en caso de inflamación severa, perforación o presencia de tumores.

Las diverticulectomías indicadas por complicaciones tienen una mortalidad y morbilidad de 2% y 12 % respectivamente y complicaciones a largo tiempo de 7%. Cuando se hacen por su hallazgo incidental la morbimortalidad y complicaciones a largo plazo son de 1%, 2% y 2% respectivamente, hecho que fundamenta la realización del procedimiento siempre que se encuentre incidentalmente (5, 15).

Su diagnóstico es difícil, menos del 10% de los casos se han podido diagnosticar preoperatoriamente (5), y generalmente se confunde con el cuadro de una apendicitis aguda. La TAC y la ecografía aportan poco al diagnóstico. El uso de Tecnecio 99 como medio de contraste captado por la mucosa gástrica es común para el estudio de sangrado rectal en niños con sensibilidad de 85% y especificidad de 95%, pero su sensibilidad cae a 46% en adultos (5).

El presente caso, aunque bizarro por la complicación descrita y la edad del paciente en quien se presentó, nos recuerda que a pesar del difícil diagnóstico de las compli-

caciones del divertículo de Meckel es una patología que se debe tener en cuenta y plantearse siempre que se está ante un paciente con abdomen agudo.

REFERENCIAS

1. You JS, Chung SP, Park YS, Jeong, Yu JS, Park YA. A Case of Strangulated Small Bowel Obstruction Caused by Meckel's Diverticulum in an Adult. *J Emerg Med* 2007; 33(2): 133-5.
2. Kiyak G, Ergul E, Sarikaya SM, Kusdemir A. Axial Torsion and Gangrene of a giant Meckel's Diverticulum Mimicking Acute Appendicitis. *J Pak Med Assoc* 2009; 59(8): 563-5.
3. Nunes Q, Hotouras A, Tiwari S, Sheth A. Gangrene due to axial torsion of a Giant Meckel's Diverticulum containing multiple stones in the lumen: a case report. *Cases J* 2009; 2: 7141.
4. Vork JC, Kristensen IB. Meckel's diverticulum and intestinal obstruction—report of a fatal case. *Forensic Sci Int* 2003; 138(1-3): 114-5.
5. Yahchouchy EK, Marano AF, Etienne JCF, Fingerhut AL. Meckel's Diverticulum. *J Am Coll Surg* 2001; 192(5): 658-62.
6. Malhotra S, Roth DA, Gouge TH, Hofstetter SR, Sidhu G, Newman E; Gangrene Of Meckel's Diverticulum Secondary To Axial Torsion: A Rare Complication. *Am J Gastroenterol* 1998; 93(8): 1373-5.
7. Leijonmarck CE, Bonman-Dandelin K, Frisell J, Raf L. meckel's diverticulum in the adult. *Br J Surg* 1986; 73 (2): 146-9.
8. Martin JP, Connor PD, Charles K. Meckel's Diverticulum. *Am Fam Physician* 2000; 61(4): 1037-42.
9. Diamond T, Gilliland R. Meckel's diverticulum – too often forgotten in adults? *Ulster Med J* 1987; 56(2): 143-145.
10. Barrera LM, Vélez JC, Londoño EE, López RP. Divertículo de Meckel en el paciente adulto. "Experiencia en la Fundación Santa Fe de Bogotá". *Rev Col Gastroenterol* 2005; 20(3): 11-17.
11. Farris SL, Fernbach SK. Axial Torsion of Meckel's diverticulum presenting as a Pelvic mass. *Pediatr Radiol* 2001; 31(12): 886-8.
12. Hui-Chien Lai. Intestinal Obstruction due to Meckel's Enterolith. *Pediatr Neonatol* 2010; 51(2): 139-140.
13. Eser M, Oncel M, Kurt N. Gangrene secondary to axial torsion in a patient with Meckel's diverticulum. *Int Surg* 2002; 87(2): 104-6.
14. Limas C, Seretis K, Soultanidis C, Anagnostoulis S. Axial Torsion and Gangrene of a Giant Meckel's Diverticulum. *J Gastrointest Liver Dis* 2006; 15(1): 67-8.
15. Cullen JJ, Kelly KA, Moir CR, et al. Surgical management of Meckel's diverticulum. An epidemiologic population-based study. *Ann Surg* 1994; 220(4): 564-8.