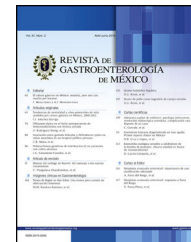




REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



CARTA CIENTÍFICA

Perforación de divertículo de Meckel por cuerpo extraño

Perforation of Meckel's diverticulum by a foreign body

El divertículo de Meckel (DVM) es un vestigio anatómico del conducto onfalomensentérico que consiste en una dilatación sacular del intestino delgado, localizada en el borde anti-mesentérico, generalmente, a menos de 60-100 cm de la válvula ileocecal. Es la malformación congénita de intestino delgado más común. Tiene una prevalencia del 2-3%. El DVM sintomático es más frecuente en hombres que en mujeres¹. Se trata de un divertículo verdadero, puesto que está constituido por todas las capas de la pared intestinal y hasta en un 60% de los casos puede presentar tejido heterotópico de mucosa gástrica pancreática, colónica o duodenal².

Se presenta un caso inusual de DVM perforado por un cuerpo extraño.

Varón de 71 años con antecedentes médicos de EPOC y úlcera péptica, que consultó por dolor abdominal en fosa ilíaca derecha de 24 h de evolución, asociado a hiporexia, sin otra sintomatología acompañante. La exploración física reveló dolor en hemiabdomen inferior con defensa a ese nivel y signos de Blumberg y Rovsing presentes. La analítica mostró una leucocitosis (11,280/ μ l) con un 63.3% de segmentados y un ligero incremento de la proteína c reactiva (1.2 mg/dl). Se estableció un diagnóstico clínico de apendicitis aguda y se indicó cirugía urgente. A través de una incisión pararectal derecha se apreció un apéndice cecal de características normales, por lo que se exploró el intestino delgado, y se identificó un DVM a 80 cm de la válvula ileocecal, con signos inflamatorios secundarios a una perforación por un cuerpo extraño, sugestivo de espina de pescado, con restos de fibrina en el área circundante (fig. 1A). Se realizó una apendicectomía y una diverticulectomía de Meckel mediante sección de su base con grapadora lineal (fig. 1B). El estudio histopatológico confirmó la normalidad del apéndice vermiforme y cambios inflamatorios en el DVM. Tras la intervención, el paciente evolucionó favorablemente y fue alta en el 6.º día postoperatorio. A los 6 meses de seguimiento se encontraba asintomático.

Generalmente, los DVM son asintomáticos y tan solo el 4.2-16.9% presentan clínica³. Su hallazgo suele ser casual, al objetivarlos en pruebas de imagen o en intervenciones quirúrgicas realizadas por otro motivo. Cuando presentan

clínica, normalmente es similar a la de una apendicitis aguda o la derivada de un DVM complicado. Entre las posibles complicaciones, podemos destacar obstrucción intestinal (35%), hemorragia digestiva (32%), diverticulitis (22%), fístula umbilical (10%) o perforación secundaria a cuerpo extraño (5%)⁴. Los diagnósticos diferenciales de un DVM complicado deben incluir la apendicitis aguda, la úlcera péptica, la gastroenteritis, el cólico biliar y la diverticulitis colónica⁵.

Entre los estudios complementarios, la radiografía simple de abdomen, la ecografía o la tomografía computarizada son pruebas poco específicas; sin embargo, pueden servir de ayuda para realizar diagnósticos diferenciales de abdomen agudo y son útiles en casos en los que el DVM se manifiesta como una obstrucción o una perforación⁵. La gammagrafía con Tc-99m, presenta una elevada sensibilidad y especificidad; sin embargo, el número de falsos positivos y negativos se incrementa con la edad, probablemente con relación a la dificultad técnica y a la superposición de la vesícula biliar sobre el área del DVM⁵. Por estos motivos, no es una prueba de uso rutinario, aunque se considera la técnica de elección ante una hemorragia digestiva baja en niños en los que se sospeche la presencia de un DVM.

El manejo de un DVM no sintomático es controvertido. Según una revisión realizada en la Clínica Mayo entre 1950 y 2002, no se recomienda la resección profiláctica a excepción de presentarse en pacientes varones, por debajo de 50 años, con una longitud del DVM superior a 2 cm o que presenten tejido heterotópico⁶. Sin embargo, en otro estudio, elaborado por Cullen et al., se recomienda la resección profiláctica en todo paciente menor de 80 años, teniendo en cuenta que un 6.4% de los pacientes con DVM pueden desarrollar complicaciones⁷. Por el contrario, existe una actitud consensuada de intervenir quirúrgicamente todo DVM sintomático. Las técnicas quirúrgicas más empleadas son la diverticulectomía y la resección intestinal. La diverticulectomía es de elección siempre que se asegure una extirpación completa o la perforación se encuentre alejada de la base. Se puede realizar mediante una resección en cuña o con grapadoras lineales. La resección intestinal está indicada en hemorragia, diverticulitis, perforación cercana a la base, tumor y en aquellos DVM con una base ancha o en los que la realización de una resección en cuña implique una estenosis intraluminal^{8,9}. Las técnicas mínimamente invasivas, tales como la laparoscopia, se han de tener en cuenta, puesto que representan un procedimiento diagnóstico seguro a la vez que una herramienta terapéutica que disminuye el retraso

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2018.01.004>

0375-0906/© 2018 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

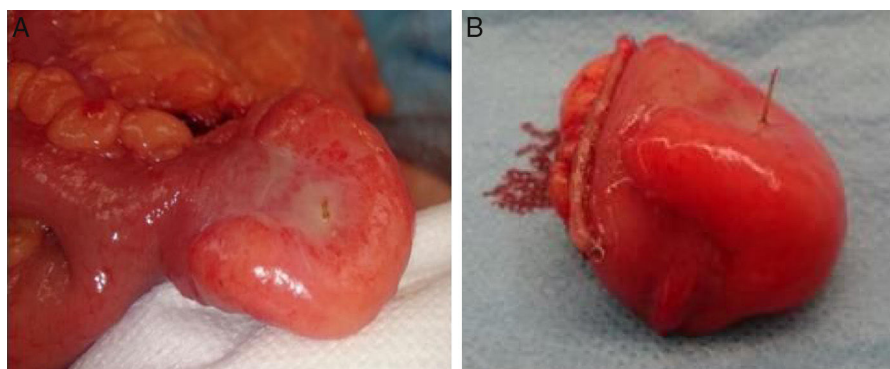


Figura 1 A) Aspecto del divertículo de Meckel con signos inflamatorios y presencia de un cuerpo extraño en la punta. B) Detalle de la pieza quirúrgica con una espina de pescado atravesando la pared diverticular en su totalidad.

diagnóstico y, por tanto, la morbimortalidad con unos costes mínimos⁹.

Un retraso en el diagnóstico de un DVM sintomático supone alcanzar hasta un 6% en las cifras de mortalidad, especialmente en personas ancianas³. Por tanto, es preciso tener en cuenta esta entidad a la hora de realizar un diagnóstico diferencial de abdomen agudo, en especial en aquellos pacientes con una sintomatología compatible con apendicitis aguda y cuando esta no se confirme, se han de revisar los últimos 180 cm de intestino delgado en busca de un posible DVM complicado y proceder a su correcto tratamiento⁵.

Autoría/colaboraciones

Marta Merayo-Álvarez trabajó en la adquisición, recogida de datos y redacción del artículo. Daniel Fernández-Martínez participó en la adquisición, recogida de datos, redacción del artículo y revisión crítica. Jessica Gonzales-Stuva participó en la adquisición, recogida de datos y redacción del artículo. Lourdes Sanz-Álvarez participó en la adquisición, recogida de datos y redacción del artículo. José Antonio Álvarez-Pérez realizó una revisión crítica y aprobación final del artículo.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Méndez García C, Suárez Grau JM, Rubio Chaves C, et al. Surgical pathology associated with Meckel's diverticulum in a tertiary hospital: 12 year review. *Rev Esp Enferm Dig.* 2011;103:250-4.
- Montenegro MA, Núñez H, Maroto L, et al. Meckel's diverticulum torsion with intestinal loop ischaemia. *Cir Esp.* 2009;85:59-60.
- Gonçalves A, Almeida M, Malheiro L, et al. Meckel's diverticulum perforation by a fish bone: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2016;28:237-40.
- Palanivelu C, Rangarajan M, Senthilkumar R, et al. Laparoscopic management of symptomatic Meckel's diverticula: A simple tangential stapler excision. *JLS.* 2008;12:66-70.
- Malik AA, Shams-ul-Bari, Wani KA, et al. Meckel's diverticulum revisited. *Saudi J Gastroenterol.* 2010;16:3-7.
- Park JJ, Wolff BG, Tollefson MK, et al. Meckel diverticulum: The Mayo clinic experience with 1476 patients (1950-2002). *Ann Surg.* 2005;241:529-33.
- Cullen JJ, Kelly KA, Moir CR, et al. Surgical management of Meckel's diverticulum, An epidemiologic, population-based study. *Ann Surg.* 1994;220:564-9.
- Hosn MA, Lakis M, Faraj W, et al. Laparoscopic approach to symptomatic Meckel diverticulum in adults. *JLS.* 2014;18:e00349.
- Ding Y, Zhou Y, Ji Z, et al. Laparoscopic management of perforated Meckel's diverticulum in adults. *Int J Med Sci.* 2012;9:243-7.

M. Merayo-Álvarez*, D. Fernández-Martínez, J. Gonzales-Stuva, L. Sanz-Álvarez y J.A. Álvarez-Pérez

Sección de Coloproctología, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

* Autor para correspondencia. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Central de Asturias. Avda. de Roma s/n. 33011. Oviedo, España, Teléfono: +0034 985 108 724.

Correo electrónico: mmerayoalvarez@usal.es (M. Merayo-Álvarez).