

Medicentro 2012;16(2)

HOSPITAL UNIVERSITARIO  
«ARNALDO MILIÁN CASTRO»  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

## INFORME DE CASO

### OCLUSIÓN POR VÓLVULO DE INTESTINO DELGADO A CAUSA DE DIVERTÍCULO DE MECKEL EN UN ADULTO

Por:

MSc. Dr. Juan Alberto Moré Cabrera<sup>1</sup>, MSc. Dr. Yoandy López de la Cruz<sup>2</sup> y Dr. Uriel Alberto Jarquín Mayorga<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Hospital Universitario «Arnaldo Milián Castro». Santa Clara, Villa Clara. Instructor. UCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de quinto año de Cirugía Cardiovascular. Máster en Atención Integral a la Mujer. Cardiocentro «Ernesto Guevara de la Serna». Instructor. UCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Cirugía General. Hospital Universitario «Arnaldo Milián Castro». Santa Clara, Villa Clara.

**Descriptor DeCS:**

VÓLVULO INTESTINAL/cirugía  
INTESTINO DELGADO  
DIVERTÍCULO ILEAL/genética

**Subject headings:**

INTESTINAL VOLVULUS/surgery  
INTESTINE, SMALL  
MECKEL DIVERTICULUM/genetics

Estudios embriológicos de Cullen (1916) y de Blech-Smith (1961) demostraron que el conducto onfalomesentérico surge en la tercera semana de vida intrauterina, deja de ser permeable en la quinta o sexta, se atenúa y separa del tubo digestivo en la séptima, y desaparece posteriormente<sup>1</sup>. Entre las diferentes anomalías que se presentan por trastornos en su total obliteración, se encuentra el divertículo de Meckel, mencionado primeramente por Wilhelm Fabricius Hildanus en 1598, y posteriormente por Levater y Litré en 1672 y 1700, respectivamente, como hallazgo en autopsias. González Ortega y colaboradores refieren que, en 1809, el famoso anatomista alemán Johann Friedrich Meckel (1781-1833) detalla su anatomía y origen de manera muy precisa; en 1898, Kuttner lo describe como causa de invaginación del intestino delgado, y en 1913 Hulschman publica la primera perforación<sup>2</sup>.

La más frecuente de las anomalías gastrointestinales congénitas es una evaginación en forma de bolsa de la pared antimesentérica del íleon, que incluye todas sus capas tisulares. A pesar de la famosa "regla del dos": (...en el 2 % de la población, 2 % de complicaciones en una mayoría de pacientes menores de dos años de edad, a 2 pies de la válvula ileocecal y con una longitud de 2 pulgadas...)<sup>3</sup> que durante décadas le han atribuido cumplir, las investigaciones más recientes no le imputan cifras tan exactas. Se le señala actualmente una incidencia de entre 0,6 y 4 %; se han informado complicaciones –cuyo índice varía entre 4 y 16 %– en pacientes mayores de 90 años; se ha señalado un caso récord a 180 cm del colon, aunque se sabe con precisión que esta distancia depende de la edad, y han sido descritos divertículos de más de 10 cm de largo<sup>4</sup>.

Se presenta por igual en ambos sexos, pero cuando hay complicaciones, estas predominan en los hombres<sup>5</sup>. En este sentido, el incidente más frecuente en la edad adulta es la oclusión intestinal (14-53 %). La intususcepción, donde el divertículo actúa como cabeza invaginante, o bridas y

139

adherencias en la cercanía de la malformación, parecen ser las causas directas<sup>6</sup>. Menos habitual es el vólvulo de intestino delgado, coadyuvado por alguna banda de mesenterio dependiente del divertículo. Por tanto, este cuadro entraña un desafiante ejercicio diagnóstico, que adquiere un grado mayúsculo de dificultad cuando su causa es la que se presenta en este paciente. El prestigioso cirujano norteamericano Charles Mayo expresó: «El divertículo de Meckel se sospecha con frecuencia, muchas veces se lo busca y pocas de ellas se lo encuentra»<sup>4</sup>; de aquí nuestro interés por dar a conocer este interesante hallazgo quirúrgico.

#### Presentación del paciente

Se trata de un paciente masculino, blanco, aparentemente sano, de 27 años de edad, con antecedente de presentar cuadros recurrentes de dolor abdominal, que a los 13 años de edad motivaron la realización de laparoscopia, sin diagnóstico alguno. En esta ocasión, acude al cuerpo de guardia de cirugía general del Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro" con dolor abdominal difuso, de tipo cólico, náuseas y anorexia. Al realizar el examen físico, se encuentra: piel y mucosas de humedad y coloración normal, frecuencia cardíaca de 96 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 16 respiraciones por minuto, abdomen ligeramente distendido con dolor a la palpación profunda, timpanismo a la percusión y ruidos hidroaéreos de intensidad disminuida. El examen de los demás aparatos no muestra hallazgos de interés y el tacto rectal identifica la ampolla vacía.

Los resultados del hemograma, leucograma y coagulograma mínimo que se le indican están dentro de los parámetros normales, pero la radiografía simple de abdomen evidencia la presencia de distensión de asas de intestino delgado y niveles hidroaéreos centrales (Fig. 1). Se decide su ingreso con el diagnóstico presuntivo de oclusión mecánica de intestino delgado bajo por bridas (de posible origen inflamatorio o congénito) con tratamiento médico y apropiado seguimiento radiológico, como se precisa en estos pacientes, en los cuales la gran mayoría de los cuadros oclusivos se resuelven sin necesidad de la intervención quirúrgica.



Fig. 1 Radiografía simple de abdomen en vista anteroposterior con el paciente de pie. Obsérvese la distensión de asas en mesogastrio e hipocondrio izquierdo, niveles hidroaéreos centrales "en escalera", y ausencia de éstos en la cámara gástrica, hallazgos compatibles con el diagnóstico de oclusión mecánica de intestino delgado bajo.

Sin embargo, su evolución posterior no mostró mejoría que aconsejara el mantenimiento de esta terapéutica, por lo que se decide el tratamiento quirúrgico. Lo primero que evidencia la laparotomía exploratoria es la distensión de gran parte del intestino delgado, cuya completa evisceración señala su punto de origen en el íleon terminal a aproximadamente 50 cm de la válvula ileocecal, a causa de la torsión de un pequeño segmento de esta asa en torno a una prolongación del mesenterio intestinal, que se inserta justo en el vértice (punta) de un divertículo de Meckel de aproximadamente 10 cm de largo y 4 cm de diámetro en su base (Fig. 2).

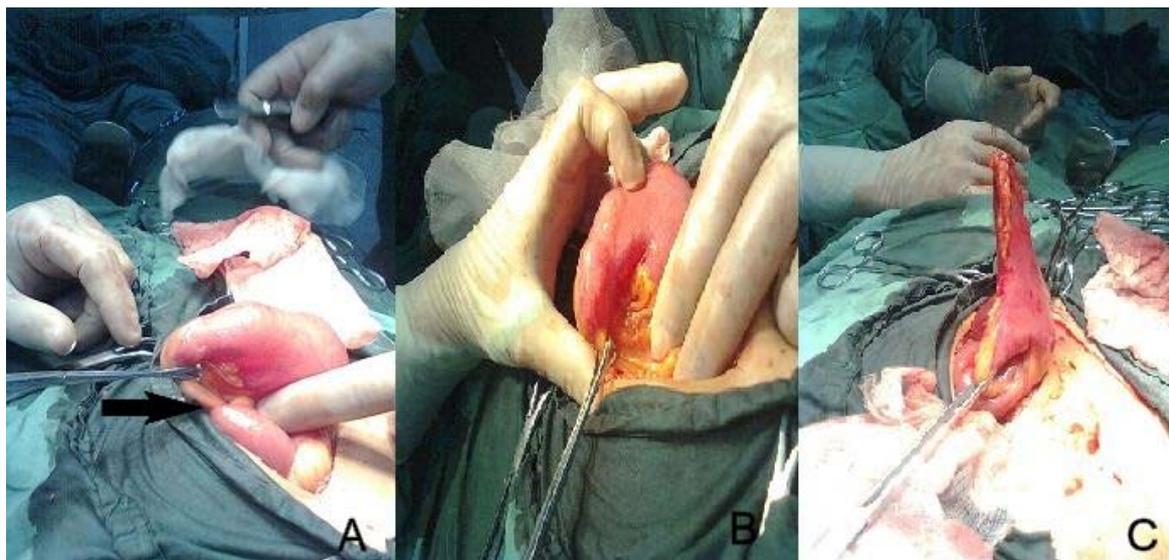


Fig. 2 Divertículo de Meckel en íleon terminal a aproximadamente 50 cm de la válvula ileocecal. A y B) Obsérvese la prolongación de mesenterio (flecha) insertada en su vértice que causa la torsión del intestino delgado a este nivel. C) Dimensión del divertículo una vez resecada la banda de mesenterio.

Se realizó la lisis, previa ligadura, de la prolongación de mesenterio señalada, con la resección del segmento de asa que incluía al divertículo y la posterior anastomosis término-terminal. Su evolución postoperatoria fue satisfactoria, y fue egresado al séptimo día de la intervención.

#### Comentario

Si bien es cierto que un importante número de pacientes con divertículo de Meckel son diagnosticados y operados en la niñez, la gran mayoría de los que lo padecen no desarrollan complicaciones en esta etapa e, incluso, son sometidos a estudios diagnósticos cuyos resultados no evidencian la presencia de la malformación. En pacientes como el que presentamos, la sospecha de la existencia de un divertículo de Meckel modificaría el proceso de su diagnóstico, pues alentaría la realización de complementarios más específicos<sup>7</sup> y la toma de una decisión terapéutica más a tono con la enfermedad en cuestión, causante del cuadro oclusivo<sup>8</sup>. El conocimiento de la existencia del divertículo podría asociarlo con la presencia de bridas<sup>9</sup> y permitiría instaurar un tratamiento médico inicial; una vez desaparecida la oclusión y superados sus trastornos ácido-básicos e hidroelectrolíticos acompañantes, se acometería entonces la diverticulectomía electiva, incluso por vía laparoscópica.

Lo anterior cobra aún más trascendencia en escenarios donde no existe un acuerdo unánime sobre qué hacer ante la presencia de un divertículo de Meckel no complicado<sup>10</sup>. En nuestro país, el

prestigioso cirujano Dr. José A. Presno Albarrán, en un total de 3 500 operaciones por diversas causas durante su carrera, solo encontró siete pacientes con esta anomalía. Más recientemente, un estudio unicéntrico de 23 años, informó una incidencia del 0,4 %<sup>2</sup>. Esto indica que a pesar de tratarse de la más frecuente de las malformaciones congénitas del aparato digestivo, en nuestro medio su hallazgo continúa siendo inusitado, lo cual ha imposibilitado arribar a un absoluto consenso con respecto a la conducta que se debe seguir ante el descubrimiento fortuito de un divertículo de Meckel asintomático en una laparotomía realizada por otro motivo.

### **Referencias bibliográficas**

1. Wyllie R. Duplicaciones intestinales, divertículo de Meckel y otras reminiscencias del conducto onfalomesentérico. En: Behrman RE, Jenson HB, Kliegman RM. Tratado de Pediatría. 17ma ed. Madrid: Elsevier; 2006. p. 1236-7.
2. Estrella M, Bernal J, Fuenzalida L. Hernia interna de divertículo de Meckel como causa de obstrucción intestinal en un senescente. Rev Chilena Cir. 2009;61(2):187-90.
3. Torres Salasi JC, Cornejo Acevedo JA. Divertículo de Meckel: reporte de caso y revisión de la literatura. Paediatrica. 2007;9(1):15-8.
4. Sagar J, Kumar V, Shah DK. Meckel's Diverticulum: A Systematic Review. J Royal Society Med. 2006;99(10):501-5.
5. Dumper J, Mackenzie S, Mitchell P, Sutherland F, Lynn M. Complications of Meckel's diverticula in adults. Can J Surg. 2006;49:353-8.
6. Civera Muñoz FJ, Mansilla Molina D, Guirao Manzano J, Vivancos Alcaraz F. Divertículo de Meckel como causa de hemorragia digestiva baja en el adulto. Rev Esp Enferm Dig. 2008;100(9):[aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-01082008000900015&lng=pt&nrm=](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082008000900015&lng=pt&nrm=)
7. Hager M, Maier H, Eberwein M. Perforated Meckel's Diverticulum Presenting as a Gastrointestinal Stromal Tumor: A Case Report. J Gastrointest Surg. 2005;9:809-11.
8. Lázaro V, Durán MD, Ruiz J. Caso clínico radiológico para diagnóstico. Rev Chilena Radiol. 2008;14(1):47-9.
9. Ruiz-Tovar J, Morales V, Martínez-Molina E. Diverticulitis de Meckel: Presentación de 8 casos y revisión de la literatura. Neumol Cir Tórax. 2008;67(1):5-8.
10. Park J, Wolff B, Tollefson M, Walsh E, Larson D. The Mayo Clinic Experience with 1476 Patients (1950-2002). Ann Surg. 2005;241:529-33.

Recibido: 24 de junio de 2011

Aprobado: 5 de octubre de 2011