



UNIVERSIDAD DE CHILE

DIVERTICULO DE MECKEL

INTERNA: KARINA BARRUETO VELÁSQUEZ
PROF. DR. HUMBERTO FLISFISCH FERNÁNDEZ
DEPTO. CIRUGIA SUR
FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE

Introducción:

El divertículo de meckel (DM) es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal. Corresponde a un remanente del conducto onfalomesentérico. Su prevalencia corresponde al 2 % de la población, siendo más frecuente en hombres con una proporción de 2:1 versus mujeres. En Chile su prevalencia se estima en 0.4 - 8% (1) .

Su presentación más frecuente es asintomática se identifica como hallazgo en una laparotomía o laparoscopia, presentando síntomas frente a complicaciones, con mayor prevalencia en población pediátrica menor de 2 años (1). Cerca de un 50% de divertículos contienen tejido ectópico, más frecuentemente tejido pancreático o tejido gástrico, siendo entre un 60-95% tejido gástrico (3).

El diagnóstico con mayor exactitud en la detección del divertículo de meckel es el estudio con tecnecio 99m pertecnetato, siendo utilizado principalmente en población pediátrica.

El tratamiento es quirúrgico, presentándose controversias cuando es asintomático (2). El objetivo de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica de DM en revistas nacionales e internacionales.

Material:

Se revisaron 6 publicaciones entre los años 2013-2023 con un delta de 10 años. En revistas nacionales e internacionales vía virtual.

Métodos:

Se realizó una búsqueda y lectura de artículos y estudios de forma virtual en pubmed, cochrane, scielo, elsevier, uptodate. Utilizando los términos: “divertículo de meckel“, “obstrucción intestinal“, “hemorragia gastrointestinal” “Divertículo ileal”

Resultados:

Al revisar las fuentes mencionadas, se obtuvo información sobre la clínica, diagnóstico, complicaciones principales y tratamiento de divertículo de meckel, las que se detallan a continuación.

El divertículo de meckel es el resultado de la atrofia incompleta del conducto onfalomesentérico o vitelino, este normalmente involuciona entre la quinta y la sexta semana de gestación (2), su persistencia puede dar lugar a quistes, fístulas onfalomesentéricas que drenan a través del ombligo y bandas fibrosas que predisponen a obstrucción intestinal. Posee todas las capas de intestino delgado por lo tanto es un divertículo verdadero (3). Puede presentar tejido ectópico 50-65%, siendo más frecuentemente gástrico en un 60-95% (1)(2). Se localiza a 2 pies o 60 cm de la válvula ileocecal en el borde antimesentérico. Hay variaciones

anatómicas que favorecen la torsión dentro de ellas las que más se asocian son la base estrecha y una longitud mayor (1).

Epidemiología

La mayoría de los textos revisados concuerdan en la prevalencia mundial de divertículo de meckel en torno a 2-3%(1)(2)(3). Sin predisposición familiar. El diagnóstico se suele realizar en edad pediátrica: 50% a 60% de los pacientes que desarrollan síntomas son menores de 2 años de edad (4)(5), las complicaciones asociadas a divertículo tienden a disminuir con la edad, siendo asintomáticos con mayor frecuencia en adultez (1). Hay diferencia de prevalencia entre hombre/mujer siendo más frecuente en hombres razón 2/1 (3). Las complicaciones son más frecuentes en hombres (2).

Por otro lado existen reportes de neoplasias malignas en el 0.5% al 4.9% (1) de los pacientes. La neoplasia más común es el sarcoma (34%), tumores carcinoides (31,5%), adenocarcinomas (11,4%), leiomiomas (9,4%) y, excepcionalmente, tumores estromales gastrointestinales (GIST)(5).

Clínica

Como se expuso previamente, a menudo cursa de manera asintomática. Un 33% de pacientes son sintomáticos (5), de estos la forma de presentación clínica más frecuente es la hemorragia gastrointestinal indolora o síntomas abdominales agudos relacionados con la obstrucción intestinal, diverticulitis de meckel o perforación. El sangrado es producto de irritación de mucosa por secreción de tejido ectópico gástrico o pancreático (4), habitualmente indoloro, hematoquezia en niños, en adultos puede dar lugar a melena (tránsito intestinal más lento). La hemorragia puede ocurrir de manera intermitente, dificultando el diagnóstico. Puede presentar síntomas ocasionados por complicaciones como obstrucción intestinal por invaginación intestinal, vólvulo, torsión e inversión. La inflamación o perforación puede provocar dolor abdominal e incluso peritonitis. Al examen físico suele encontrarse distensión, abdomen sensible, ruidos peristálticos disminuidos, signos de irritación peritoneal generalmente en hemiabdomen inferior en caso de perforación (2).

Estudio específico

Se recomienda ante sospecha de divertículo de meckel, estudio diagnóstico con Cintigrafía o una arteriografía mesentérica. Se utiliza en pacientes pediátricos frente a sospecha alta de divertículo de meckel, pacientes estables, tiene afinidad por la mucosa gástrica se administra intravenosa, con más frecuencia en niños dado que divertículos con mucosa gástrica ectópica presentan síntomas en etapa más temprana de la vida, presentando sensibilidad y especificidad de 85 y 95%, respectivamente, frente al 63 y 2% en adultos (6) (5)

La arteriografía mesentérica, en adultos, se usa en caso de sangrados abundantes, siendo patognomónico la observación de rama anómala de arteria

mesentérica superior que alimenta divertículo, arteria onfalomesentérica (6), el flujo de esta debe superar al menos los 0,5 ml por minuto, para que pueda visualizarse.

En un estudio realizado en hospital terciario TC abdomen y pelvis con contraste se logró diagnóstico de DM en un 60% de los casos de DM complicado (1). En diversos estudios su utilidad en divertículos no complicados es limitada. Así como también el uso de ecografía abdominal, logrando visualización solo en casos de complicaciones, de forma acotada (5).

Diagnóstico diferencial

Se puede dividir en cuadros hemorrágicos, obstructivos, inflamatorios (4). Dentro de cuadros hemorrágicos Destacan angiodisplasias, neoplasias malignas, patología ulcerosa. Cuadro clínico obstructivo como obstrucción secundaria a adherencias, íleo, tumor, vólvulo, hernias. Cuadro clínico inflamatorio como apendicitis, adenitis mesentérica, gastroenteritis, patologías ginecológicas (torsión ovárica, enfermedad inflamatoria pélvica) (5).

Tratamiento

Cuando se realiza el diagnóstico de divertículo de meckel, se tiene la opción de resear quirúrgicamente u observar, esto dependiendo de factores como la clínica, o si se presenta de forma complicada o no complicada.

Pacientes sintomáticos requieren resección quirúrgica (1)(2)(5). Pacientes asintomáticos con diagnóstico intraoperatorio, es controversial, se sugiere en función del estado clínico del paciente, su riesgo de complicaciones, se sugiere resolución quirúrgica en menor de 18 años y hombres menores de 50 años debido a mayor riesgo de complicaciones. En mujeres menores de 50 años se sugiere resección solo en casos en que mida más 2 cm, presente banda fibrosa o anomalía palpable (1). Las alternativas utilizadas para resear divertículo corresponden a la diverticulectomía simple, se realiza utilizando una grapadora gastrointestinal lineal aplicada en la base del divertículo y la resección segmentaria, en la que se realiza resección de intestino delgado que contiene divertículo seguida de anastomosis primaria. Esto, vía laparoscopia o abierto, siendo la vía laparoscópica el abordaje de elección especialmente útil en aquellos casos donde la clínica y los hallazgos de las pruebas complementarias sean indistinguibles de los esperados para una apendicitis aguda.

Discusión

El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, con una incidencia del 2-3% de la población (1) (2). Se considera al DM como un divertículo verdadero, ya que comprende todas las capas de la

pared intestinal (3). El 50-65% de los DM muestran tejido ectópico siendo lo más frecuente mucosa gástrica llegando al 60-95% y según series que se revisen, puede tener tejido pancreático 5-16% y excepcionalmente epitelio biliar o colónico. Sus características se resumen en la “regla de 2”: se encuentra en el 2% de la población, a la edad de 2 años, se encuentra a 2 pies de la válvula ileocecal y tiene 2 pulgadas de largo. Tiene 2 formas comunes de tejido ectópico, gástrico y pancreático (3). Es frecuentemente asintomático, con clínica inespecífica. Dada su baja prevalencia y su sintomatología inespecífica se requiere un alto índice de sospecha.

El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico en pacientes sintomáticos, no obstante en pacientes asintomáticos aún es controversial, aunque no está exenta de riesgos, se considera justificada dada la posibilidad de desarrollar complicaciones futuras, como son la existencia descrita de tumores intra divertículo y la posibilidad de malignización. Algunas guías, y trabajos recomiendan, realizar cirugía en pacientes menores de 18 años, y bajo 40-50 años si son hombres y en mujeres menores de 50 años se sugiere resección solo en casos especiales generar.

Bibliografía

1. Baeza I. Pablo, Baeza V. Nicolás. Experiencia en cirugía de urgencia de Divertículo de Meckel en adultos. Rev. cir. [Internet]. 2022 Abr [citado 2023 Nov 18]; 74(2): 165-171. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492022000200165&lng=es. <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-454920220021355>.
2. *Meckel's diverticulum - UpToDate*. (n.d.). Retrieved November 21, 2023, from https://www.uptodate.com/contents/meckels-diverticulum?search=meckel&source=search_result&selectedTitle=1~60&usage_type=default&display_rank=1
3. Pun Jaimes RI, Rodríguez Gil E. Divertículo de Meckel. Actualización. Rev Inf Cient [Internet]. 2017 [citado 18 Nov 2023]; 96(6). Disponible en: <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1796>
4. Moya Meneses Manuel, Castaño Díaz Marta, Sáez Moreno Miguel Ángel, López-Torres Hidalgo Jesús. Divertículo de Meckel como causa de dolor abdominal recurrente. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2019 [citado 2023 Nov 22]; 12(3): 151-154. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2019000300151&lng=es. Epub 21-Oct-2019.
5. Ruíz-Celorio, M., Higuera-de la Tijera, F., & Pérez-Torres, E. (2014). El divertículo de Meckel. *Revista Médica Del Hospital General de México*, 77(2), 88–92. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-el-diverticulo-meckel-X0185106314366094>
6. T(Méndez García Cristina, Suárez Grau J. M., Rubio Chaves C., Martín Cartes J. A., Docobo Durántez Fernando, Padillo Ruiz F. J.. Patología quirúrgica asociada a divertículo de Meckel en un hospital de tercer nivel: Revisión de 12 años. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2011 Mayo [citado 2023 Nov 23] ; 103(5): 250-254. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082011000500005&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1130-01082011000500005>.