

Divertículo de Meckel en pacientes mayores de 85 años

Rodríguez-Wong U, Reyes-Soto G, Chon-Ávila C, Badillo-Bravo A, Rovelo-Lima E, García-Álvarez J

Servicio de Cirugía General, Hospital Juárez de México O.D. México, D.F., México

Correspondencia: Dr. Ulises Rodríguez-Wong. Tepic No. 113-611 Col. Roma Sur, C.P. 06760 México, D.F., México. Tel: 52-64-82-66, fax: 52-64-82-67. Correo electrónico: ulisesrguez@prodigy.net.mx

Resumen

El divertículo de Meckel es una causa poco frecuente de abdomen agudo en los pacientes mayores de 85 años. Presentamos dos pacientes del sexo femenino, mayores de 85 años, que fueron intervenidas quirúrgicamente por divertículo de Meckel sintomático. En ninguna de las dos pacientes se sospechó en forma preoperatoria este diagnóstico. Las complicaciones del divertículo de Meckel son rara vez tomadas en consideración en la población geriátrica.

Abstract

Meckel's diverticulum is an uncommon cause of acute abdominal pain in patients older than 85 years old. We present two female patients, older than 85 years old, treated surgically with symptomatic Meckel's diverticulum. This diagnosis wasn't suspected in a preoperative way in both cases. Complications of Meckel's diverticulum are rarely considered in the geriatric population.

Introducción

El divertículo de Meckel es un saco ciego congénito que resulta de la obliteración incompleta del conducto onfalomesentérico.¹ Fue descrito, por primera vez, por Hildanus en 1598, pero la asociación de este padecimiento con las alteraciones congénitas del conducto onfalomesentérico fue realizada por Meckel en 1809.² El divertículo de Meckel es un divertículo verdadero del borde antimesentérico intestinal, ya que en su pared se encuentran todas las capas que normalmente se encuentran en el tubo digestivo,³ es la anomalía congénita más frecuente del tubo digestivo, y es considerado tradicionalmente como un padecimiento

pediátrico, manifestándose con mayor frecuencia en las dos primeras décadas de la vida³ mediante hemorragia o perforación. En los adultos la forma más común de presentación, es la obstrucción intestinal.²

Las complicaciones debidas a la presencia de divertículo de Meckel, rara vez son consideradas, en el diagnóstico diferencial, en pacientes mayores de 85 años de edad, que se presentan con abdomen agudo en los servicios de urgencias. El motivo de esta comunicación, es el de presentar dos casos de complicaciones causadas por divertículo de Meckel en pacientes mayores de 85 años, que fueron atendidos en el Hospital Juárez de México.

Caso No. 1:

MPJ: Paciente del sexo femenino de 87 años de edad, originaria y del Estado de México, y residente del Distrito Federal; con escolaridad de segundo año de primaria. Una hermana con diabetes mellitus y un hijo con cáncer broncogénico. Dentro de sus antecedentes gineco-obstétricos: gestaciones siete, partos cinco, abortos dos, fecha de última menstruación a los 47 años. Hipoacusia bilateral de 20 años de evolución, catarata senil en ojo derecho desde hacía tres años y herpes zóster intercostal dos meses antes de su ingreso. Sin antecedentes de cirugía previa.

Inició su padecimiento actual dos días antes de su ingreso con imposibilidad para evacuar o expulsar gases por recto y dolor abdominal tipo cólico, en el hemiabdomen inferior, de predominio en la fosa iliaca derecha, sin náuseas ni vómito, fiebre de 39°C. Recibió tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, sin presentar mejoría.

A la exploración física a su ingreso al Servicio de Urgencias, se encontraba con frecuencia cardíaca de 89 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 22 por minutos, tensión arterial de 120/80 mm Hg, temperatura de 36°; conciente, mal hidratada, con adoncia parcial. Sin alteraciones en área pulmonar y cardíaca. El abdomen globoso, con dolor a la palpación superficial y profunda en todo el abdomen, dolor a la descompresión abdominal presente, ausencia de signos apendiculares, ruidos peristálticos disminuidos. Signo de Giordano positivo del lado derecho.

Sus exámenes de laboratorio con hemoglobina de 11.5 gr/dL, hematocrito de 33.4%, leucocitosis de 12,720 por mm³, con neutrófilos de 9,160 por mm³ y plaquetas de 362.000 por mm³. En la química sanguínea glucosa de 81 mg/dL, urea 85 mg/dL, creatinina de 1.1 mg/dL, sodio sérico de 136 mEq/L y potasio de 4.3 mEq/L, calcio sérico de 9.3 mg/dL y amilasa sérica de 102 mg/dL. Sus pruebas de coagulación fueron normales.

En cuanto a sus estudios de gabinete; se observó en las placas simples del abdomen, en posición de pie (imagen 1) y en decúbito, coprostasis en colon ascendente con asas de intestino delgado dilatadas del lado derecho, así como niveles hidroaéreos; su telerradiografía de tórax fue normal; en el estudio de ultrasonido abdominal, a nivel del lecho de la vesícula imagen anecoica en relación con líquido libre en la cavidad abdominal.

Con el diagnóstico de abdomen agudo secundario a obstrucción intestinal de tipo mecánico,

Foto 1.

Pieza quirúrgica, resección intestinal con divertículo de Meckel.



Imagen 1.

Placa simple de abdomen, en posición de pie, con datos de obstrucción intestinal secundaria a divertículo de Meckel.



se realizó laparotomía exploradora de urgencia encontrando pus en la cavidad abdominal en cantidad aproximada de 150 mL, y a 50 cm de la válvula ileocecal un divertículo de 6 x 3 cm, hiperémico, edematoso y con la punta necrótica y perforada. Se realizó resección intestinal con entero-entero anastomosis termino-terminal (foto 1). El reporte del estudio anatomopatológico posoperatorio de la pieza quirúrgica correspondió a intestino delgado con datos de isquemia ulcerada y hemorragia reciente, con formación de divertículo verdadero, perforado, con mucosa de tipo intestinal.

La evolución postoperatoria de la paciente fue satisfactoria siendo dada de alta del Servicio de Cirugía General al cuarto día posoperatorio.

Caso No. 2:

SCF: Paciente del sexo femenino de 85 años de edad, originaria del estado de Tlaxcala, casada, con escolaridad de primaria incompleta. Padece fiebre tifoidea 10 años previos a su ingreso. Dentro de sus antecedentes gineco-obstétricos: Menarca a los 16 años, gestaciones 13, partos 12, abortos uno, menopausia a los 46 años.

Su padecimiento actual lo inició cinco días antes de su ingreso con la aparición de dolor tipo cólico localizado en el mesogastrio. Que se acompañó de vómito progresivo de contenido gastrobiliar inicialmente y a continuación fecaloide. Con imposibilidad para evacuar y expulsar gases por el recto.

A la exploración física sus signos vitales con tensión arterial de 100/80 mm Hg, frecuencia cardíaca de 90 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 25 por minuto, temperatura de 37°C. Deshidratada, con palidez de tegumentos, polipnéica. En cuello nódulo tiroideo de 2 cm de diámetro en el lóbulo derecho. Campos pulmonares con estertores subcrepitantes bilaterales, ruidos cardíacos sin alteraciones. El abdomen con distensión abdominal, con timpanismo generalizado, dolor a la palpación profunda en todo el abdomen, ruidos peristálticos disminuidos en frecuencia con tono metálico.

En sus exámenes de laboratorio se reportó hemoglobina de 12 gr/dL, hematocrito de 36%, leucocitosis de 12,000 por mm³ neutrófilos de 8,500 por mm³ plaquetas de 120 000 por mm³, glucosa de 140 mg/dL, urea 40 mg/dL, creatinina de 1.1 mg/dL, sodio sérico de 140 mEq/L y potasio de 3.4 mEq/L. En la telerradiografía de tórax se observó cardiomegalia grado II, con aortoesclerosis, radio-opacidad parahiliar izquierda con densidad cálcica. En las placas simples de abdomen de pie y en decúbito: dilatación de asas de intestino delgado con niveles hidroaéreos.

Con diagnóstico de abdomen agudo de tipo obstructivo, se realizó laparotomía exploradora en la línea media infra y supraumbilical de 20 cm de longitud, se encontró un divertículo de Meckel a 40 cm de la válvula ileocecal de 6 x 3 cm; con edema, hiperemia adherencias y una banda fibrosa que provocaba obstrucción de la luz intestinal.

Se realizó resección intestinal con 5 cm de margen a cada lado del divertículo, con anastomosis término-terminal en dos planos.

El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica, confirmó el diagnóstico de segmento de intestino delgado con divertículo de Meckel, con inflamación aguda y crónica, con mucosa de tipo intestinal.

Durante su evolución posoperatoria, la paciente presentó neumonía nosocomial, falleciendo tres días después de su intervención quirúrgica.

Discusión

Se calcula que el divertículo de Meckel se presenta en 1 al 3% de la población general, según estudios de autopsia; sin embargo, sólo 4% de los pacientes con divertículo de Meckel desarrollan complicaciones, tales como hemorragia, perforación, obstrucción o inflamación.^{5,6} Debido a la rara incidencia de esta enfermedad, muchos de los artículos publicados corresponden a reportes de casos o pequeñas series, recientemente en la Clínica Mayo, en Rochester Minnesota, se llevó a cabo una revisión de 1,476 pacientes con divertículo de Meckel, atendidos durante un periodo de 52 años.⁷ Parece existir una mayor asociación entre enfermedad inflamatoria intestinal y divertículo de Meckel.⁶ La frecuencia de presentación del divertículo de Meckel es igual tanto en hombres como en mujeres; no obstante, se ha señalado que los hombres tienen una incidencia de complicaciones tres veces mayor que las mujeres.³ Los dos casos que presentamos en este trabajo correspondieron al sexo femenino. Soltero y Bill han señalado que la tasa de complicaciones se va reduciendo con la edad, de tal manera que en los adultos mayores y ancianos son muy raras,⁸ Yamaguchi, en una revisión de 600 pacientes con esta enfermedad, señala que el 40% de las complicaciones por divertículo de Meckel ocurren en pacientes menores de 10 años;⁹ sin embargo, en trabajos recientes se han publicado casos de cuadros de abdomen agudo secundarios a complicaciones de divertículo de Meckel en pacientes mayores de 65 años.⁵ En la revisión realizada en la Clínica Mayo se encontró un caso de divertículo de Meckel sintomático, en un paciente de 91.⁷ La alta tasa de mortalidad de las complicaciones de esta enfermedad (6 al 7%), se explica por la demora en el diagnóstico, en virtud de que el cuadro clínico de las mismas es semejante a otros padecimientos agudos abdominales;⁶ esta demora es aún mayor cuando estos signos y síntomas se presentan en

pacientes mayores de 65 años, ya que estas complicaciones son raramente tomadas en consideración en este grupo de pacientes.⁴

La hemorragia del tubo digestivo distal es la principal manifestación del divertículo de Meckel complicado en los pacientes pediátricos,⁶ esta hemorragia es habitualmente causada por la ulceración de la mucosa ileal adyacente a mucosa gástrica ectópica productora de ácido,¹⁰ más de 90% de los pacientes con divertículo de Meckel sangrante, presentan mucosa gástrica ectópica,¹ ninguna de nuestras pacientes presentó mucosa ectópica. Kusumoto reporta una incidencia de hemorragia del tubo digestivo distal en 38% de los pacientes pediátricos con divertículo de Meckel complicado, en tanto que esta manifestación tan sólo de encontró en 29% de los pacientes en edad adulta, que presentaron este padecimiento.¹¹

Para establecer el diagnóstico en los pacientes con hemorragia por divertículo de Meckel, se sugiere la utilización de gammagrafía con pernectato de tecnecio 99, ya que este radionúclido es captado por las células de la mucosa gástrica ectópica,² con una sensibilidad diagnóstica de 85%; una forma de incrementar la sensibilidad de este procedimiento hasta 90 a 95%, es mediante la utilización de bloqueadores H2.¹² Cuando existe hemorragia masiva del tubo digestivo distal por divertículo de Meckel, es de utilidad la angiografía por substracción digital de la arteria mesentérica superior, o bien el empleo de eritrocitos marcados.

La obstrucción intestinal es la manifestación clínica más frecuente en los pacientes adultos con divertículo de Meckel sintomático, con una incidencia de 25 al 40%.⁴ La inflamación o diverticulitis se presenta en el 20%, en tanto que la hemorragia se presenta en menos de 12% en los pacientes adultos con divertículo de Meckel.¹¹

El divertículo de Meckel se puede encontrar conectado mediante una banda fibrosa con la cicatriz umbilical, la pared abdominal u otra víscera, o bien puede encontrarse libre sin fijaciones.⁶ La obstrucción intestinal secundaria a este tipo de divertículo, se puede presentar por diferentes mecanismos:^{4,6} intususcepción, vólvulo, torsión, obstrucción del divertículo con un enterolito con compresión intestinal, encarceración del divertículo de Meckel en una hernia inguinal (hernia de Littre); diverticulitis con la aparición de adherencias, estenosis, necrosis y perforación. Algunas neoplasias han sido descritas en divertículos de Meckel sintomáticos, siendo el tumor

carcinoide el más frecuente.⁴ La obstrucción intestinal es habitualmente demostrada por las radiografías simples del abdomen, algunos autores han señalado la utilidad que puede tener también la tomografía axial computada en el diagnóstico de esta entidad.⁵

El tratamiento de las complicaciones causadas por el divertículo de Meckel es quirúrgico, se prefiere la resección intestinal del segmento en donde se ubica el divertículo, con anastomosis primaria termino-terminal,² se aconseja la resección de 5 cm de intestino delgado proximales y distales al divertículo, a fin de resecar todo el tejido ectópico que pudiera existir,¹² sobre todo, cuando existe una masa palpable en la base del divertículo; Park, señala que en ausencia de masa palpable en el divertículo, una simple diverticulotomía puede ser suficiente.⁷ Nuestras dos pacientes fueron tratadas mediante resección intestinal y anastomosis termino-terminal.

El divertículo de Meckel habitualmente se localiza en los 100 cm de intestino delgado proximales a la válvula ileocecal.³ Este tipo de divertículo parece estar en una localización más cercana a la válvula ileocecal en los niños que en los adultos; Yamaguchi reportó una distancia promedio de 34 cm en niños menores de 2 años, y de 67 cm en adultos mayores de 21 años.⁹ En nuestros casos del divertículo de Meckel se encontró a 40 y 50 cm de la válvula ileocecal.

El diagnóstico de divertículo de Meckel sintomático es difícil, en virtud de que se le considera clásicamente como una enfermedad que se presenta en niños y jóvenes, casi nunca se sospecha en los adultos mayores; por ello el clínico y el cirujano deben estar alertas ante esa posibilidad.

Bibliografía

1. Yahchouchy EK, Marano AF, Etienne JCF, Fingerhut AL. Meckel's diverticulum. *J Am Coll Surg* 2001;192:658-662.
2. Pérez-García R, Ramírez BC, Uribe J, Chavero VH. Experiencia en el manejo del divertículo de Meckel. *Rev Hosp Jua Mex* 1999;66:153-157.
3. Mackey WC, Dineen P. A fifty year experience with Meckel's diverticulum. *Surg Gynecol Obstet* 1983;156:56-64.
4. Feller AA, Movson J, Shah S. Meckel diverticulum. A geriatric disease masquerading as common gastrointestinal tract disorders. *Arch Intern Med* 2003;163:2093-2096.
5. Prall RT, Bannon MP, Bharucha AE. Meckel's diverticulum causing intestinal obstruction. *Am J Gastroenterol* 2001;96:3426-3427.
6. Turgeon DK, Barnett JL. Meckel's diverticulum. *Am J Gastroenterol* 1990;777-781.
7. Park JJ, Wolf BG, Tollefson MK, Walsh EE, Larson DR. Meckel diverticulum: the Mayo Clinic experience with 1476 patients (1950-2002). *Ann Surg* 2005;241:529-533.
8. Soltero MJ, Bill AH. The natural history of Meckel's diverticulum and its relation to incidental removal. *Am J Surg* 1976;132:168-173.
9. Yamaguchi M, Takeuchi S, Awazu S. Meckel's diverticulum. Investigation of 600 patients in Japanese literature. *Am J Surg* 1978;136:247-249.
10. Rutherford RB, Akers DR. Meckel's diverticulum: A review of 148 pediatric patients, with special reference to the pattern of bleeding and to mesodiverticular vascular bands. *Surgery* 1966;59:618-626.
11. Kusumoto H, Yoshida M, Takahashi I, Anai H, Maehara Y, Sugimachi K. Complications and diagnosis of Meckel's diverticulum in 776 patients. *Am J Surg* 1992;164:382-383.
12. Zárate-Mondragón FE, Ramírez JA, Cervantes R, Urquidí M, Mata N, Vargas MA, Ávila E, Mora MA. Divertículo de Meckel. Estudio de 61 casos. *Rev Gastroenterol Méx* 1997;62:80-83.