

Divertículo de Meckel en el adulto. Experiencia de tres décadas

Dr. Onofre Alarcón Fernández,* Dr. Felipe Zamarripa Dorsey,* Dr. Ignacio Hevia,** Dr. Mauricio de Ariño Suárez,**
Dr. José Naves González****

* Gastroenterólogos egresados del Hospital Español de México. ** Residente de Cirugía, Hospital Español de México. *** Adscrito al Servicio de Gastroenterología, Hospital Español de México. **** Director Médico del Hospital Español de México.

Correspondencia: Dr. Mauricio de Ariño Suárez, Eugenio Suárez No. 355-60, Col. Polanco, México D.F. CP 11550 Tel: 531-02-64.

RESUMEN Objetivo: Analizar prevalencia, manifestaciones clínicas y características de los pacientes adultos con divertículo de Meckel en el Hospital Español de México. **Antecedentes:** El divertículo de Meckel es la malformación congénita más frecuente del tubo digestivo. Sin embargo, raras veces produce manifestaciones clínicas en el adulto. **Método:** Análisis retrospectivo de 31 años. **Resultados:** Se encontraron 13 casos. La manifestación clínica predominante fue dolor en fosa ilíaca derecha; no hubo ningún caso de sangrado y únicamente se hizo diagnóstico preoperatorio correcto en un paciente. Todos los pacientes evolucionaron satisfactoriamente después de la cirugía. **Conclusiones:** Las complicaciones secundarias al divertículo de Meckel son muy poco frecuentes en los adultos, siendo las manifestaciones más comunes el dolor en fosa ilíaca derecha y la oclusión intestinal.

Palabras clave: Meckel, divertículo.

SUMMARY Objective: To review the prevalence, clinic manifestations and characteristics of the adult Meckel's diverticulum in the Hospital Español de México. **Background:** The Meckel's diverticulum is the most frequent congenital malformation of the gastrointestinal tract. However, only in seldom occasions produces manifestations in adults. **Methods:** Retrospective review of 31 years. **Results:** Meckel's diverticulum was found in only 13 cases. The most common clinical manifestation was pain in the right lower abdominal quadrant; there was not a single case of bleeding. A correct pre surgical diagnosis was done in only one patient. Post surgical course was satisfactory in all patients. **Conclusion:** In adults, the Meckel's diverticulum complications are uncommon, being the most frequent clinical manifestation the pain in the right lower abdominal quadrant and intestinal obstruction.

Key words: Meckel, diverticulum.

INTRODUCCIÓN

Aunque Federico Ruysch describió un divertículo ileal en 1757, esta anomalía es conocida como divertículo de Meckel, desde que Johann F Meckel lo reportara en 1809.¹

Al nacer, el conducto vitelino normalmente está cerrado por completo, produciéndose el cierre por invaginación del ombligo. Cuando hay una obliteración incompleta, la parte intestinal del conducto en su extremo final persiste como un saco. En ocasiones el punto ciego se une al ombligo como una banda fibrosa e incluso a veces el conducto vitelino permanece intacto, manteniendo una comunicación patente entre el íleon y el ombligo a través de la cual se puede fugar contenido intestinal.²

El divertículo de Meckel es por tanto un resto del conducto vitelino, con una incidencia en las series de autop-

sia que varía del 0.5 al 2%, pero que habitualmente permanece asintomático durante toda la vida. El 60% de los pacientes en los que produce complicaciones tienen menos de dos años de edad, siendo excepcional en el adulto.³ Sin embargo, puede llegar a producir complicaciones graves.

El objetivo de este estudio fue analizar la prevalencia, manifestaciones clínicas y características de los pacientes adultos con sintomatología causada por divertículo de Meckel en el Hospital Español de México en los últimos 31 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal y abierto, analizando los ex-

pedientes del Departamento de Patología del Hospital Español durante el periodo 1962-1992, un total de 31 años. Se seleccionaron todos los pacientes en los que se hubiera llevado a cabo resección quirúrgica del divertículo de Meckel no por hallazgo casual, sino a consecuencia de patología abdominal causada por el mismo. Posteriormente se hizo correlación clínica mediante el expediente de cada paciente.

RESULTADOS

Se encontraron 13 casos de adultos con patología abdominal aguda debida a divertículo de Meckel, es decir 0.419 casos por año. Seis eran hombres y siete mujeres, con un rango de edad de 18 a 72 años, para un promedio de 43.7 años.

La presentación clínica más frecuente fue el dolor en fosa ilíaca derecha, en 8 pacientes, seguida por la obstrucción intestinal en 4 pacientes y tumor en fosa ilíaca derecha en uno (*Figura 1*).

El diagnóstico preoperatorio más frecuente fue apendicitis aguda en seis pacientes, seguido por la oclusión intestinal en cinco y masa abdominal en uno (*Figura 2*). Sólo en uno de los pacientes se hizo diagnóstico preoperatorio de diverticulitis de Meckel. Se trataba de un paciente con ingesta accidental de un cierre metálico que se impactó en el divertículo de Meckel produciendo perforación del mismo, logrando observarse mediante radiología simple del abdomen el cierre perforando el divertículo.

Cuatro de los pacientes se trataron quirúrgicamente con resección intestinal y anastomosis término-terminal y el resto mediante diverticulectomía. No hubo mortalidad asociada con el procedimiento y la evolución postoperatoria fue satisfactoria en todos los pacientes. El estudio histopatológico demostró diverticulitis en cin-

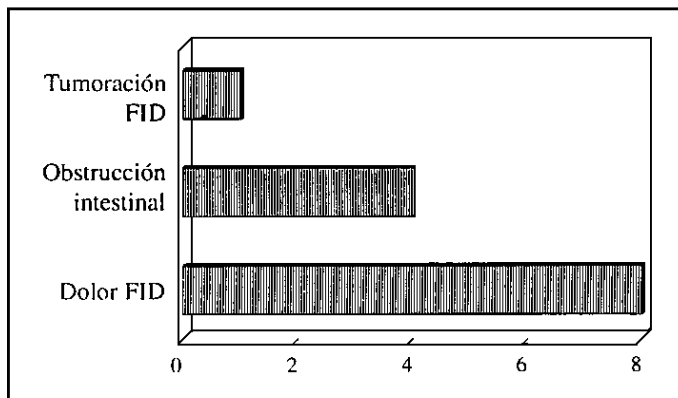


Figura 1. Manifestaciones clínicas.

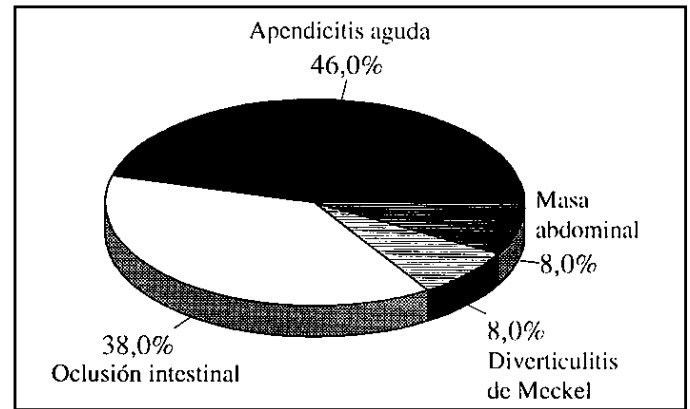


Figura 2. Diagnósticos preoperatorios.

co pacientes, necrosis en cuatro y perforación del divertículo también en cuatro pacientes. Todos los especímenes tenían únicamente tejido intestinal.

DISCUSIÓN

A pesar de que el divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal,^{1,3,7} raramente produce manifestaciones clínicas en los adultos. Crece a partir del borde antimesentérico del íleon, generalmente dentro de los 100 cm de la válvula ileocecal; tiene una longitud aproximada de unos 2-3 cm, aunque puede variar entre los 0.5 a 13 cm y termina en forma ciega. Contiene todas las capas del tracto gastrointestinal y un 45% contiene solamente mucosa ileal normal, predominando en el resto la mucosa gástrica, y en algunos casos se ha descrito mucosa duodenal, colónica o tejido pancreático.

Las complicaciones incluyen hemorragia, obstrucción intestinal, diverticulitis, descarga umbilical, intususcepción y perforación con peritonitis. Muy raramente se pueden impactar cuerpos extraños, como sucedió con uno de nuestros pacientes, o se puede desarrollar una neoplasia dentro de su pared. Hay reportes de un aumento de su incidencia en los pacientes con enfermedad de Crohn.⁴

El sangrado es la complicación más frecuente, constituyendo la causa de un 50% de los sangrados gastrointestinales bajos en niños. Sin embargo, en adultos es mucho menos habitual,⁵ no encontrando ningún caso en nuestra serie. Generalmente la hemorragia es asintomática y se produce por ulceración de la mucosa ileal adyacente a la mucosa gástrica ectópica. El *Helicobacter pylori*, sin embargo, parece evitar la mucosa gástrica del divertículo, incluso aunque esté pre-

sente en el antro del paciente.⁶ De hecho 3/5 partes de los divertículos de Meckel que producen manifestaciones clínicas tienen mucosa gástrica, mientras que ninguno de nuestros pacientes la tenía.⁷

La obstrucción intestinal es generalmente íleo-cólica y puede, en ocasiones, haber estenosis. Además, el divertículo puede girar sobre sí mismo y producir perforación y peritonitis.

En el niño con sangrado gastrointestinal en el que se sospecha un divertículo de Meckel la mejor prueba diagnóstica es la gammagrafía con Tc99, ya que es captado de forma selectiva por la mucosa gástrica ectópica del divertículo. La enteroclisia puede ser más útil que las pruebas estándar con bario. En ocasiones la angiografía de la mesentérica superior puede demostrar el lugar del sangrado. En adultos parecen tener más utilidad los estudios baritados, especialmente los de doble contraste.⁸

Cuando el divertículo ha causado síntomas debe ser manejado de forma quirúrgica, mediante diverticulectomía. Hay incluso reportes de manejo laparoscópico.^{8,9} Sin embargo, aún existe discusión sobre qué hacer cuando se trata de un hallazgo incidental. Algunos autores estiman que deben ser extraídos,⁷ mientras que otros afirman que la morbilidad debida a la extirpación incidental de divertículos asintomáticos puede probablemente exceder el riesgo de complicaciones al dejarlo.

CONCLUSIONES

La aparición de manifestaciones clínicas secundarias a patología causada por un divertículo de Meckel en pacientes adultos es muy poco frecuente: 0.419 casos/año en nuestra experiencia. Tuvimos igual frecuencia en hombres y mujeres, al contrario de lo reportado en la literatura, donde es tres veces más frecuente en hombres que en mujeres.¹² La presentación clínica más frecuentemente encontrada en nuestros pacientes fue dolor en fosa ilíaca derecha y oclusión intestinal. Ninguno de nuestros pacientes tuvo mucosa gástrica ectópica en el

divertículo, lo que podría explicar porqué no hubo ningún caso de sangrado. El manejo quirúrgico resolvió el problema en todos los casos sin complicaciones postoperatorias.

El diagnóstico preoperatorio es difícil, sólo se pudo hacer en un paciente de los 13 de nuestra serie, y en ese único caso fue debido a la impactación de un seguro metálico en el divertículo, lo que permitió su diagnóstico radiológico.

A la vista de los resultados de nuestra serie concluimos que el divertículo de Meckel es una causa rara de patología abdominal en los adultos, siendo la presentación clínica más frecuente el dolor en fosa ilíaca derecha y la oclusión intestinal.

REFERENCIAS

1. Trier JS, Winter HS. Anatomy, embriology and development abnormalities of the small intestine and colon. In: Sleisenger and Fordtran, *Gastrointestinal Disease*. 5a. ed. Editorial Saunders Filadelfia 1993; 793-822.
2. Moore KL. *Embriología clínica*. 3ra. ED. Editorial Interamericana México D.F. 1987; 260.
3. MacKey WC, Dineen PA. A 50 years experience with Meckel's diverticulum. *Surg Gynecol Obstet* 1983; 156: 56-64.
4. Andreyev HJ, Owen RA, Thompson I, Forbes A. Association between Meckel's diverticulum and Crohn's disease: a retrospective review. *Gut* 1994; 35: 788-790.
5. Kitsuki H, Iwasaki K y cols. An adult case of bleeding Meckel's diverticulum diagnosed by preoperative angiography. *Surg Today* 1993; 23: 926-928.
6. Parikh SS, Ranganathan S, Prabhu SR, Kalro RH. Heterotopic gastric mucosa and *Helicobacter pylori* infection in Meckel's diverticulum in Indian subjects. *J Assoc Physicians India* 1993; 41: 647-648.
7. Spiro HM. *Clinical Gastroenterology*. 4a. ed. Editorial McGraw-Hill Nueva York: 1993; 367-385.
8. Saw EC, Ramachandra S. Laparoscopically assisted resection of intussuscepted Meckel's diverticulum. *Surg Laparosc Endosc* 1993; 3: 149-152.
9. Attwood SE y cols. Laparoscopic approach to Meckel's diverticulum. *Br J Surg* 1992; 79.
10. Soltero MJ, Bill AH. The natural history of Meckel's diverticulum and its relation to incidental removal: a study of 202 cases of diseased Meckel's diverticulum found in King County, Washington, over a 15 years period. *Am J Surg* 1976; 132: 168-173.
11. Kusumoto H, Yoshida M, Takahashi I, Anai H, Maehara Y, Sugimachi K. *Am J Surg* 1992; 164: 382-383.
12. Leijonmarck CE, Bonman-Sandelin K, Frisell J, Raf L. Meckel's diverticulum in the adult. *Br J Surg* 1986; 73: 146-149.