

Reporte de caso

Medwave 2014 Oct;14(9):e6022 doi: 10.5867/medwave.2014.09.6022

Divertículo de Meckel gigante en un adulto

Giant Meckel's diverticulum in an adult

Autores: Tomas Contreras Rivas⁽¹⁾, Nasser Eluzen Gallardo⁽²⁾, Sebastian King Valenzuela⁽²⁾, María Elena Molina Pezoa⁽²⁾, José Miguel Zúñiga⁽²⁾, Carol Bustamante Muñoz⁽²⁾, Biserka Spralja Saralic⁽²⁾

Filiación:

⁽¹⁾Universidad Austral de Chile

⁽²⁾Pontificia Universidad Católica de Chile

E-mail: tcontrerar@gmail.com

Citación: Contreras T, Eluzen N, King S, Molina ME, Zúñiga JM, Bustamante C, et al. Giant Meckel's diverticulum in an adult. *Medwave* 2014 Oct;14(9):e6022 doi: 10.5867/medwave.2014.09.6022

Fecha de envío: 14/8/2014

Fecha de aceptación: 1/10/2014

Fecha de publicación: 7/10/2014

Origen: no solicitado

Tipo de revisión: con revisión por cuatro pares revisores externos, a doble ciego

Palabras clave: Meckel's diverticulum, abdominal pain, ileal diseases

Resumen

El divertículo de Meckel corresponde a la persistencia parcial del conducto onfalomesentérico, representa la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal y afecta alrededor del 2% de la población general. La presentación como divertículo de Meckel gigante (>5 cm) es infrecuente y está asociada a una mayor tasa de complicaciones. Se presenta el caso de una mujer de 53 años que refiere constipación de al menos 10 años; una colonoscopia de hace 8 años sugiere un megacolon y en el último mes la paciente ha presentado dolor abdominal asociado a anorexia. Se realiza una tomografía computarizada con imagen que sugiere la presencia de megadivertículo ileal, por lo que se decide realizar una laparotomía exploradora que evidencia una dilatación sacular del íleon distal a 20 cm de la válvula ileocecal de 15,5x6 cm aproximadamente. Se reseca el segmento comprometido del íleon distal, que queda cerrado a nivel de la válvula ileocecal, y se realiza una íleo-ascendo anastomosis manual. La biopsia informa dilatación sacular de la pared, revestida por mucosa de intestino delgado con áreas de metaplasia gástrica de tipo corporal, hallazgos compatibles con un divertículo de Meckel gigante.

Abstract

Meckel's diverticulum results from a partial persistence of the omphalomesenteric duct and is the most common congenital anomaly of the gastrointestinal tract, affecting about 2% of the general population. Its presentation as a giant Meckel's diverticulum (>5 cm) is rare and is associated with major complications. We report a case of a 53 year old woman with constipation for at least 10 years, a colonoscopy from 8 years ago suggesting megacolon and who had presented abdominal pain associated with anorexia in the last month. The computed tomography scan image suggests an ileal megadiverticulum. An exploratory laparotomy showed a saccular dilatation of the distal ileum of 6 x 15.5 cm, located 20 cm away from the ileocecal valve. We resected the compromised segment of distal ileum and performed a manual ileo-ascendo anastomosis. The biopsy showed a saccular dilatation of the wall, lined by small intestinal mucosa with areas of gastric body type metaplasia, supporting the diagnosis of giant Meckel's diverticulum.

Introducción

Las malformaciones congénitas del tracto gastrointestinal representan sólo una pequeña parte del total de anomalías congénitas del ser humano. Cabe destacar que dentro de éstas, el divertículo de Meckel es la más frecuente de todas [1],[2].

El divertículo de Meckel corresponde a la persistencia parcial del conducto onfalomesentérico por falla en la obliteración de éste entre la quinta y octava semana de vida intrauterina [3],[4], fue descrito por primera vez por Wilhelm Fabricius Hildanus en 1598 [5], pero Johann Friedrich Meckel fue quien estableció su origen embriológico

en 1809 [6]. Si bien su diagnóstico suele ser hallazgo, en ciertas ocasiones puede presentarse con una complicación. El divertículo de Meckel gigante representa una pequeña proporción del total de divertículos pero suele estar asociado a una mayor tasa de complicaciones [7]. Se presenta el siguiente caso de un divertículo de Meckel gigante, dada su rareza como entidad clínica y edad de presentación.

Caso Clínico

Paciente de 53 años, sexo femenino, con antecedentes de hipotiroidismo, asma bronquial, psoriasis y anemia perniciosa. Relata cuadro de distensión abdominal y dolor cólico ocasional asociado a constipación de alrededor de 10 años de evolución. Dicho cuadro fue estudiado en otro centro con un enema baritado hace 8 años, informando un megacolon y una colonoscopia completa que no muestra

lesiones orgánicas. En el último mes previo al ingreso, la paciente refirió debutar con vómitos postprandiales y aumento en la intensidad del dolor cólico, principalmente en flanco izquierdo irradiado al dorso. El dolor aumenta en relación a la ingestión de alimentos y cede parcialmente con analgésicos, por lo que la paciente disminuye la ingesta de alimentos.

Al ingreso, el examen físico evidencia mucosas pálidas, el abdomen se encuentra distendido con ruidos hidroaéreos disminuidos. Presenta sensibilidad a la palpación profunda del flanco izquierdo y una masa blanda y móvil que ocupa la fosa iliaca derecha. Se le realiza tomografía computarizada de abdomen con contraste endovenoso que sugiere la presencia de un megadivertículo ileal. (Figura 1 A y B).

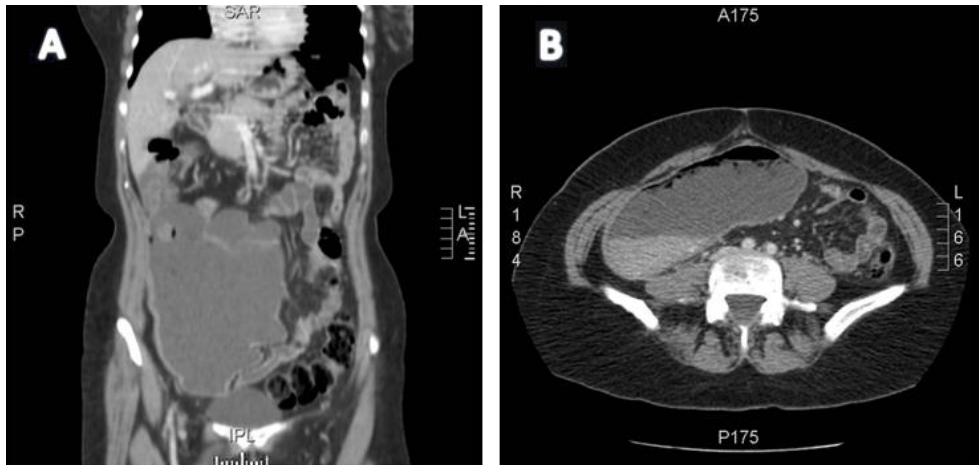


Figura 1. Tomografía computarizada A) corte sagital y B) transversal.

Se realiza laparotomía exploradora, evidenciando gran dilatación segmentaria de tipo sacular en íleon distal a 20 cm de la válvula ileocecal, de aproximadamente 15,5x6 cm (Figura 2 A y B). El ciego se encuentra en hipocondrio

derecho, sin otro hallazgo patológico a la exploración. Se realiza resección del segmento comprometido del íleon distal quedando cerrado a nivel de la válvula ileocecal y se realiza una ileo-ascendo anastomosis manual.

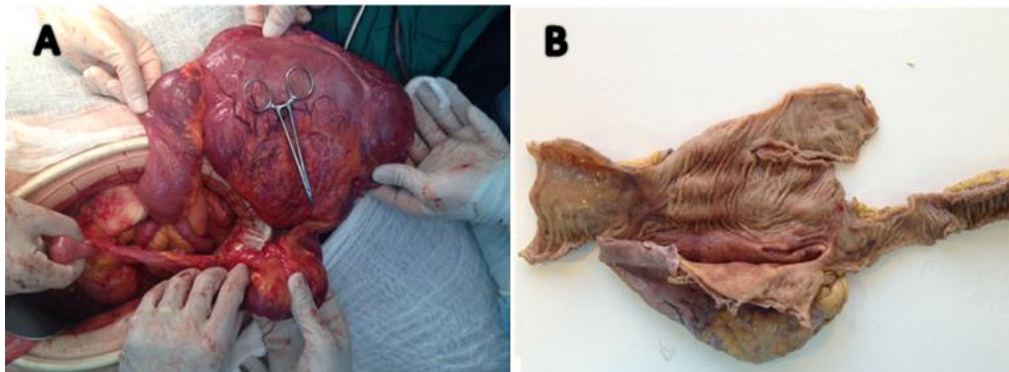


Figura 2. Pieza operatoria. A) Íleon distal previo a la resección. B) Vista macroscópica de la pieza operatoria.

La paciente evoluciona favorablemente, comenzando ingesta vía oral al tercer día. Se decide el alta al séptimo día post operatorio y control ambulatorio.

La biopsia informa dilatación sacular de la pared intestinal, revestida por mucosa de intestino delgado con áreas de metaplasia gástrica de tipo corporal, diagnosticando un divertículo de Meckel gigante (Figura 3, A y B).

En la Figura 3 A se observa la mucosa de tipo intestino delgado con distorsión de la arquitectura. Se observan, en su mayoría, las vellosidades aplanadas. En la lámina propia

se reconoce aumento del infiltrado inflamatorio. Se señalan:

1. La mucosa intestinal con vellosidades aplanadas.
2. La mucosa intestinal con vellosidades conservadas (HE, 10x).

En la Figura 3 B se observan las glándulas fúndicas en la lámina propia de la mucosa intestinal. La presencia de éstas se reconoce fácilmente por la hipereosinofilia de sus células parietales al evaluarse con la tinción de hematoxilina-eosina (HE, 40x).

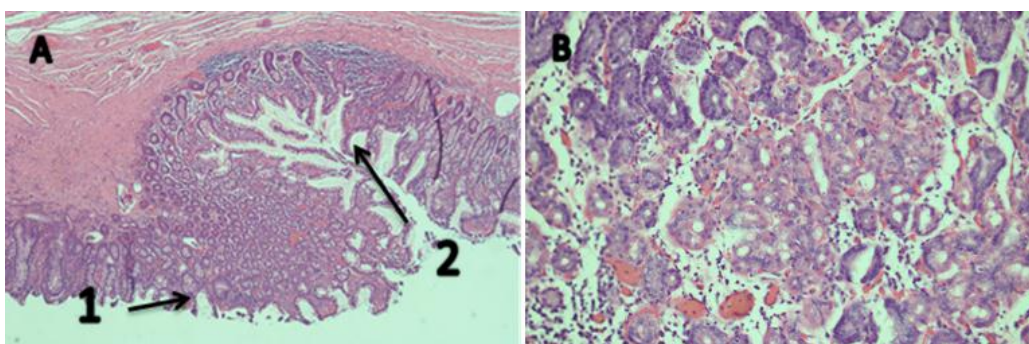


Figura 3. A) Mucosa de tipo intestino delgado con distorsión de la arquitectura. B) Glándulas fúndicas en la lámina propia de la mucosa intestinal.

A los dos meses de seguimiento, la paciente se encuentra en buenas condiciones y asintomática.

Discusión

El divertículo de Meckel corresponde a la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, afectando alrededor del 2% de la población general [1],[7],[8],[9]. Su prevalencia suele ser mayor en hombres con una relación 2:1 respecto a las mujeres [10].

El divertículo de Meckel es considerado un divertículo verdadero debido a que sus paredes contienen todas las capas del intestino normal. Entre 25 y 50% de los casos contienen tejido ectópico [11], [12], del cual alrededor del 50% corresponde a mucosa gástrica [13] y en raras ocasiones puede haber tejido pancreático, duodenal, hepático y colónico, entre otros [1]. Suele ubicarse en el borde antimesentérico del íleon distal en los últimos 100 cm cercanos a la válvula ileocecal.

Los divertículos de Meckel suelen ser asintomáticos, lo que lleva a un subdiagnóstico de esta entidad y su hallazgo suele ser incidental en laparotomías y autopsias. Se ha asociado mayor severidad de la sintomatología a mayor tamaño del divertículo [4].

Su presentación se asocia generalmente a una complicación, cuya tasa de incidencia estimada es alrededor de 4 a 5% de los casos [13],[14],[15]. Las complicaciones suelen ser el sangrado, la perforación, la inflamación y la obstrucción. Cabe destacar que el sangrado es la causa más frecuente de presentación en la edad

pediátrica, a diferencia de la edad adulta, en que la obstrucción es más frecuente [7],[16], generalmente por invaginación o formación de vólvulos alrededor de las uniones a la pared abdominal. Es por esto que dentro del diagnóstico diferencial de oclusión intestinal, en el que comúnmente podemos encontrar adherencias, vólvulos, neoplasias, estenosis e invaginaciones, se debiese tener en cuenta alteraciones menos frecuentes como las malformaciones congénitas del tracto gastrointestinal.

El tamaño promedio del divertículo de Meckel es de tres centímetros, el 90% de ellos tiene entre uno y diez centímetros. Los divertículos de Meckel gigantes corresponden a todos aquellos mayores de cinco centímetros y representan alrededor de 0,5% de todos los divertículos de Meckel [17],[18]. Cabe destacar que el divertículo de Meckel gigante ha sido asociado a una mayor tasa de complicaciones [16],[19]. Su diagnóstico preoperatorio en el adulto suele ser difícil de distinguir de otras entidades como quistes mesentéricos y del uraco, esto principalmente por sus síntomas e imágenes inespecíficas y su baja frecuencia [18].

El tratamiento de elección del divertículo de Meckel sintomático es la resección quirúrgica. Esta puede llevarse a cabo mediante una resección segmentaria del intestino o mediante una diverticulectomía. De acuerdo con Cullen et al., las diverticulectomías indicadas por complicaciones tienen una mortalidad de 2% y morbilidad de 12%, con unas complicaciones a largo plazo de 7%, lo que refuerza la necesidad de realizar una resección intestinal segmentaria en estos casos [10]. De acuerdo a la experiencia de la Clínica Mayo con 1476 pacientes, no

existe consenso sobre si se debiese o no resear el divertículo si es asintomático. En caso de decidir la resección frente al hallazgo incidental de un divertículo de Meckel, éste debe cumplir con alguno de los siguientes criterios (al menos uno): edad menor de 50 años, sexo masculino, divertículo mayor de dos centímetros de largo y características anormales o de ectopia, ya que todos estos criterios se asociaron a sintomatología en su revisión [20].

En el caso de nuestra paciente, se trata de un divertículo de Meckel gigante el cual corresponde a un caso raro dentro de esta patología. Llama la atención el largo tiempo que tardó en manifestarse y la poca sintomatología que inicialmente dio, a pesar de su gran tamaño. Cabe destacar que nuestra paciente se presentó con un cuadro compatible con una obstrucción intestinal incompleta, que como lo describe la literatura, es la presentación más frecuente en el adulto. Se realizó un manejo quirúrgico con resección intestinal evolucionando favorablemente. En este caso se evidenció mucosa gástrica en el divertículo, como suele ocurrir en los casos que presentan tejido heterotópico [13].

Creemos que es importante considerar este diagnóstico dentro del diagnóstico diferencial, frente al hallazgo de una lesión sacular o dilatación sin causa evidente del íleon distal, independientemente de la edad del paciente.

Notas

Declaración de conflictos de intereses

Los autores han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por *Medwave*, y declaran no haber recibido financiamiento para la realización del artículo ni tener conflicto de interés alguno con el tema del artículo. Los formularios pueden ser solicitados al autor responsable o a la dirección editorial de la *Revista*.

Referencias

1. Sagar J, Kumar V, Shah DK. Meckel's diverticulum: a systematic review. *J R Soc Med*. 2006 Oct;99(10):501-5. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
2. Ludtke FE, Mende V, Kohler H, Lepsien G. Incidence and frequency or complications and management of Meckel's diverticulum. *Surg Gynecol Obstet*. 1989;169(6):537-42. | [PubMed](#) |
3. Levy AD, Hobbs CM. From the archives of the AFIP. Meckel diverticulum: radiologic features with pathologic Correlation. *Radiographics*. 2004;24(2):565-87. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
4. Tavakkolizadeh A, Whang E, Ashley S, Zinner M. Intestino Delgado. En: *Principios de Cirugía 9ª ed*. México DF: Mc Graw Hill, 2011: 979-1012.
5. Jay GD, Margulis RR, Mc GA, Northrip RR. Meckel's diverticulum; a survey of one hundred and three cases. *Arch Surg*. 1950;61(1):158-69. | [PubMed](#) |
6. Meckel JF. Euber die divertikel am darmkanal. *Arch Physiol*. 1809;(9):421-53.
7. Akbulut S, Yagmur Y. Giant Meckel's diverticulum: An exceptional cause of intestinal obstruction. *World J Gastrointest Surg*. 2014;6(3):47-50. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
8. Yahchouchy EK, Marano AF, Etienne JC, Fingerhut AL. Meckel's diverticulum. *J Am Coll Surg*. 2001;192(5):658-62. | [PubMed](#) |
9. Augestad KM, Dehli T, Thuy L, Nygren J. A Littre bleed. *Lancet*. 2012;380(9846):1030. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
10. Huang CC, Lai MW, Hwang FM, Yeh YC, Chen SY, Kong MS, et al. Diverse Presentations in Pediatric Meckel's Diverticulum: A Review of 100 Cases. *Pediatr Neonatol*. 2014 Oct;55(5):369-75. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
11. Blevrakis E, Partalis N, Seremeti C, Sakellaris G. Meckel's diverticulum in paediatric practice on Crete (Greece): a 10-year review. *Afr J Paediatr Surg*. 2011;8(3):279-82. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
12. Groebli Y, Bertin D, Morel P. Meckel's diverticulum in adults: retrospective analysis of 119 cases and historical review. *Eur J Surg*. 2001;167(7):518-24. | [PubMed](#) |
13. Cartanese C, Petitti T, Marinelli E, Pignatelli A, Martignetti D, Zuccarino M, et al. Intestinal obstruction caused by torsed gangrenous Meckel's diverticulum encircling terminal ileum. *World J Gastrointest Surg*. 2011;3(7):106-9. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
14. Cullen JJ, Kelly KA, Moir CR, Hodge DO, Zinsmeister AR, Melton LJ, 3rd. Surgical management of Meckel's diverticulum. An epidemiologic, population-based study. *Ann Surg*. 1994;220(4):564-8. | [PubMed](#) | [Link](#) |
15. Malik AA, Wani KA, Khaja AR. Meckel's diverticulum- Revisited. *Saudi J Gastroenterol*. 2010;16(1):3-7. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
16. Elsayes KM, Menias CO, Harvin HJ, Francis IR. Imaging manifestations of Meckel's diverticulum. *Am J Roentgenol*. 2007;189(1):81-8. | [PubMed](#) | [Link](#) |
17. Torii Y, Hisatsune I, Imamura K, Morita K, Kumagaya N, Nakata H. Giant Meckel diverticulum containing enteroliths diagnosed by computed tomography and sonography. *Gastrointest Radiol*. 1989;14(2):167-9. | [PubMed](#) |
18. Grinsell D, Donaldson E. Giant Meckel's diverticulum with enterolith formation. *ANZ J Surg*. 2003;73(11):968-9. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
19. Tan YM, Zheng ZX. Recurrent torsion of a giant Meckel's diverticulum. *Dig Dis Sci*. 2005;50(7):1285-7. | [PubMed](#) |
20. Park JJ, Wolff BG, Tollefson MK, Walsh EE, Larson DR. Meckel diverticulum: the Mayo Clinic experience with 1476 patients (1950-2002). *Ann Surg*. 2005;241(3):529-33. | [PubMed](#) | [Link](#) |

Correspondencia a:
Guillermo Bühler 1615
Osorno
Chile



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.