

Divertículo de Meckel

Fernando de la Fuente P.*

OBSERVACIONES EN 24 CASOS

Al revisar el material debidamente estudiado tanto clínica como histológicamente de los divertículos de Meckel encontrados que en los últimos cinco años, ha sido notable el hallazgo de una florida patología, la casi imposibilidad del diagnóstico pre-operatorio y el hecho de no ser tan infrecuentes como se supone. Hemos logrado reunir 24 casos de dicha entidad, algunos de experiencia personal, lo que ha impulsado la revisión del tema y la elaboración del presente trabajo. Fue en 1815 cuando fueron descritos por primera vez por el cirujano alemán Johann Friedrich Meckel. Se calcula que un 20% de la raza humana es portadora del divertículo. El origen embrionario es el momento en que un conducto, el onfalo mesentérico o vitelino, arrancando ampliamente del intestino delgado pasa al exterior del embrión a través de la zona umbilical, para dirigirse al saco vitelino. Esta situación es de ordinario pasajera y cuando el feto nace, nada de ese estado se encuentra ya. Pero como muchas otras circunstancias embrionarias, puede persistir el conducto permeable, en su totalidad o en parte y dar lugar a las distintas formaciones cuya patología va a expresarse, a diferentes alturas en la vida del sujeto. El divertículo de Meckel se halla situado en el borde antimesentérico del intestino delgado hasta 150 cm. de distancia de la válvula ileocecal y su longitud varía de pocos cm hasta 30 cm. (17). Consta de las tres mismas capas que tiene el ileon lo que los diferencia de los divertículos adquiridos. La capa mucosa contiene frecuentemente epitelio heterotópico gástrico, duodenal, yeyunal o colónico y tejido pancreático o de vías biliares que conservan su función característica fisiológica, lo cual da en ocasiones nacimientos a patología especial del divertículo, por las secreciones gástricas o pancreáticas que ahí se producen. La variedad más común de tejido heterotópico es la mucosa gástrica, de ahí la relativa frecuencia de úlcera péptica que puede originar sangrado y perforación. Las diferentes entidades patológicas que puede ocasionar el divertículo de Meckel se pueden resumir de la siguiente forma:

* Asistente del Servicio Cirugía Gerardo Jiménez, Hospital San Juan de Dios.

INFLAMATORIAS

- a) Diverticulitis. Puede producir dolor abdominal, sangrado, necrosis, y perforación.
- b) Úlcera péptica. Cuando existe tejido gástrico ectópico no es infrecuente la presencia de úlcera péptica que a su vez puede ocasionar sangrado y perforación.

INFECCIOSAS

Se han descrito lesiones típicas de tifoidea en un divertículo de Meckel lo mismo que Tuberculosis.

PARASITARIAS

Ascaridiasis, con o sin infección agregada como en uno de nuestros casos.

TRAUMATICAS

La ruptura de un divertículo puede ser producido por trauma externo con perforación y peritonitis (14).

TUMORALES

- Se han descrito tumores benignos y malignos localizados a un divertículo de Meckel (5).
- a) **BENIGNOS.** Adenomas, pólipos, lipomas, leiomiomas.
 - b) **MALIGNOS.** Adenocarcinoma, carcinoide, sarcomas y leiiosarcomas.

OTRAS

- a) Oclusión intestinal con o sin invaginación concomitante. Entidad muy frecuente en los niños.
- b) Fístula externa.
- c) Contenido de hernias inguinales y unbilicales con o sin estrangulamiento (13) - (15) - (16).
- d) Calculosis. La presencia de cálculos en el divertículo ha sido observado por diversos autores y pueden ser radiolúcidos o radiopacos (10).
- e) Endometriosis. Letac ha reportado la presencia de endometriosis en un divertículo de Meckel. (11).

MATERIAL

En nuestro estudio encontramos 18 varones y 6 mujeres, lo que representa una relación de 3 a 1 y coincide con otras estadísticas (7) - (8). Siendo el mayor de 58 años y el menor de 2 años. Menores de 13 años tenemos 10 casos. Un fallecido, encontrándose en la autopsia la presencia de un divertículo de Meckel perforado con invaginación y peritonitis; además el paciente presentaba mal rotación intestinal y tenía 4 años de edad. Solamente en uno de nuestros 24 pacientes se consigna en el pre-operatorio la posibilidad diagnóstica de divertículo de Meckel, el resto fueron intervenidos con diagnósticos muy diversos como apendicitis aguda, abdomen agudo, obstrucción intestinal etc., esto nos hace ver la dificultad de diagnóstico si no se piensa en él. 8 de los casos que presentamos fueron hallazgos en el curso de laparatomías por otras causas y no presentaban alteraciones patológicas. La patología encontrada en los 16 casos que tenían alteraciones fue la siguiente.

Úlcera perforada	1 caso
Necrosis y perforación	3 casos
Necrosis hemorrágica	5 casos
Necrosis hemorrágica, úlcera e invaginación.	1 caso
Diverticulitis y ascariasis	1 caso
Fístula a pared abdominal	1 caso
Hernia inguinal estrangulada	1 caso
Perforación con invaginación	1 caso (fallecido)
Oclusión intestinal	2 casos

En 10 casos se encontró la presencia de tejidos heterotópicos:

Mucosa gástrica	5
Mucosa duodenal	2
Mucosa colónica	2
Tejido pancreático	1

Todos los divertículos con presencia de tejidos ectópicos presentaban patología aguda lo que nos demuestra que favorecen el desencadenamiento de lesiones agudas. El tratamiento en los pacientes con patología aguda fue la resección del segmento intestinal dañado incluyendo el divertículo. En los casos de hallazgo operatorio la resección simple del divertículo fue la conducta seguida. Diversos autores coinciden que ésta es la mejor forma de tratamiento quirúrgico (1), (2), (7), (12), (19).

PRESENTACION DE UN CASO:

J.S.S. Masculino, 17 años. Desde la infancia presenta supuración acompañado ocasionalmente de contenido intestinal a través de la cicatriz umbilical, dicha fístula curaba espontáneamente por un tiempo para reaparecer nuevamente. Fue intervenido en 7 ocasiones sin resultado satisfactorio. El paciente con gran frustración psíquica y quirúrgica acudió para nueva intervención. En esta oportunidad fue abordado en forma agresiva resecando gran extensión de piel y cicatriz umbilical, al penetrar en cavidad abdominal se encontró un gran divertículo de Meckel muy delgado y con gran cantidad de adherencias. Se efectuó liberación de adherencias y resección de un segmento intestinal conteniendo el divertículo con anastomosis termino-terminal. El paciente definitivamente curó.

CONCLUSIONES

a) Se sugiere investigar la existencia de divertículo de Meckel en las laparatomías de la misma manera que se hace la exploración de otros órganos cuando se hace abertura abdominal por diversos motivos. b) Es de recomendarse que en presencia de patología abdominal de la región umbilical, de la fosa iliaca derecha y de otras regiones vecinas, se tenga presente la posibilidad de que ello esté determinado por las diversas alteraciones derivadas de la presencia parcial o total del conducto onfalo-mesentérico y de los procesos patológicos agregados. c) Cuando se encuentra un divertículo de Meckel que no ha dado síntomas en el curso de una operación abdominal, siempre que el divertículo pueda extirparse sin riesgo adicional apreciable se lo debe hacer. El buen criterio de este consejo ha sido confirmado por la frecuencia y gravedad de las complicaciones que es probable que se produzcan en relación con esta estructura anómala. d) La presencia de tejidos ectópicos en el divertículo son los responsables de gran parte de las diferentes variedades patológicas.

RESUMEN:

Se presentan 24 casos de divertículo de Meckel debidamente estudiados. Se hace hincapié en la relativa frecuencia de esta afección y lo difícil de su diagnóstico si no se piensa en él. Se enumeran las diferentes modalidades patológicas que se pueden encontrar y las observadas en

nuestros casos. Se encomienda la resección simple del divertículo cuando se le encuentra y acompañado de un segmento intestinal cuando

hay patología aguda, con el fin de extirpar toda la probable mucosa ectópica que probablemente este condicionando el cuadro agudo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— Anson — B. and Vay Ch. Surgical Anatomy. Saunders Co. 535-644 1971.
- 2.— Bailey H. Cirugía de Urgencia. Intermédica. 474. 1970.
- 3.— Case J. T. Diverticula of the small Intestine Than Meckel's Diverticulum. J.A.M.A. 75:1463. 1920.
- 4.— Castteden W.M. Meckel's Diverticulum in an umbilical Hernia. Br. J. Surg. 57:932—A 1970.
- 5.— Garriz R. A. Leiomyoma of Meckel's Diverticulum. Prensa Md. Arg. 54:123—6 1967.
- 6.— Hallbrookt. et al. Unusual Complications in patients with Meckel's. Diverticulum. Acta Chir. Scand. 136—77—80 1970.
- 7.— Harkins H.N. Meckel's diverticulum. Annals of Surg. 98:1070 1953.
- 8.— Hedenberg C. von Surgical Indications in Meckel's Diverticulum. Acta Chir. Scand. 135:530—3 1969.
- 9.— Herrington J.L. Perforation of Acquired diverticula of the Ileum. Surgery 51:426. 1962.
- 10.— Kavlie H. Calculi in a Meckel's diverticulum. Gastroenterology. 62:1238—40. 1972.
- 11.— Letac B. et al. Carcinoid Tumor of Meckel's Diverticulum. J.A.M.A. 209:109—11. 1969.
- 12.— Madden J. Surgical Thecniques. Edit. Interamericana. 368. 1967.
- 13.— Miller R. et al. Surgical complications of small Bowel Diverticula. Ann. of Surg. 202—210. 1970.
- 14.— Park H. et. al. Perforated Meckel's Diverticulum Following Blunt Abdominal Trauma. J. Trauma. 10:706—7. 1970.
- 15.— Root G.T. Complications Associated with Meckel's Diverticulum. Amer. J. Surg. 114:285—88. 1967.
- 16.— Rutherford B.B. and Bard R.D. Meckel's Diverticulum. in Children, Surgery 59:618. 1966.
- 17.— Söderlund S. Meckel's Diverticulum. Acta Chir. Scand. Suppl. 248. 1959.
- 18.— Thorel P. Anatomy in Surgery. Lippincot Co. Philadelphia 435. 1962.
- 19.— Welch C. Intestinal Obstruction. Ed. I.A. 158, 233, 162. 1962.
- 20.— White J. Surgical Emergencies In Infancy. The Surgical Clinics of North América. Vol. 50—879. 1970.

