



Oclusión intestinal secundaria a hernia interna por divertículo de Meckel. Reporte de un caso

Gustavo Zenteno-Guichard,* Emmanuel Ernesto Cruz-Monzón,† Jesús Alberto Bahena-Aponte,‡
Jorge González,§ Itzel Ariana Campuzano-González,|| Sari Narsil Angélica Mejía-Arcadia,¶
Mónica de Jesús Mosso,** Víctor Ordaz-Calvo,† Alfredo Colex-Machuca,† Cindy Belén Larumbe-Hernández,**
Gerardo Vázquez-Rodríguez,†† Quintín Héctor González-Contreras***

* Cirugía General Hepato Pancreatobiliar. Hospital Puebla. † Cirugía General. Hospital Gilberto Gómez Maza.

‡ Cirugía General, Cirugía Gastrointestinal. Clínica de Gastroenterología Integral Nutrición y Obesidad en HMG. § Estudiante de Medicina. Universidad Anáhuac CDMX.

|| Estudiante de Medicina. UAMex. ¶ Patología Clínica. Hospital Central Militar.

** Médico Cirujano. Maestría en Heridas y Estomas Clínica de Gastroenterología Integral Nutrición y Obesidad en HMG.

†† Cirugía General. Titular del Curso de Cirugía General. Hospital Gilberto Gómez Maza.

*** Cirugía General, Coloproctología. Clínica de Gastroenterología Integral Nutrición y Obesidad en HMG. CDMX

Intestinal occlusion secondary to the internal hernia due to Meckel's diverticulum. Case report

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 13 Núm. 4 / Octubre-Diciembre, 2024 / p. 116-119

RESUMEN

El divertículo de Meckel es una patología relativamente común, por lo regular su presencia puede pasar desapercibida clínicamente, sin embargo, la tendencia común de presentarse clínicamente es por medio de dolor abdominal simulando cuadros de apendicitis, o casos de sangrado de tubo digestivo alto. Ahora existe una manifestación muy poco usual de esta patología que es por medio de un cuadro de oclusión intestinal. El estudio de imagen de elección en estos casos es una TAC la cual orienta el diagnóstico, sin embargo, la única manera de confirmar el diagnóstico es a partir de laparoscopia diagnóstica o laparotomía, siendo estas las opciones de tratamiento.

Objetivos. Presentar y dar a conocer una manifestación poco común del divertículo de Meckel, así como las complicaciones y los principales métodos diagnósticos y tratamiento.

Palabras clave. Divertículo de Meckel, oclusión intestinal, diverticulitis de Meckel, abdomen agudo, hernia interna, obstrucción intestinal.

ABSTRACT

Meckel's diverticulum is a relatively common pathology, its presence can usually go unnoticed clinically, however, the common tendency is to present clinically with abdominal pain simulating appendicitis, or cases of upper digestive tract bleeding. Now there is a very unusual manifestation of this pathology, which is through intestinal obstruction. The imaging study of choice in these cases would be a CT scan which can guide us to the diagnosis; however, the only way to confirm the diagnosis would be through a diagnostic laparoscopy or laparotomy, which are the two treatment options.

Objectives. Present and publicize a rare manifestation of Meckel's diverticulum, as well as the complications and the main methods of diagnosis and treatment.

Keywords. Meckel's diverticulum, intestinal occlusion, Meckel's diverticulitis, acute abdomen, internal hernia, intestinal obstruction.

Correspondencia:

Dr. Quintín Héctor González-Contreras
Tel.: 55 1353-6641. Correo electrónico: quinhec@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El divertículo de Meckel es un remanente del conducto onfalomesentérico, este normalmente está presente en el 2-3% de la población general, por lo regular no presenta ningún síntoma a lo largo de la vida, sin embargo, sólo en el 16% de los pacientes que llegan a presentarlo pueden presentar síntomas.¹

Normalmente las manifestaciones clínicas de esta patología están relacionadas con cuadros de abdomen agudo o incluso con cuadros de sangrado de tubo digestivo alto, ahí la importancia del presente trabajo, cuyo objetivo es dar a conocer una manifestación clínica poco común que se manifiesta a partir de una obstrucción del tránsito intestinal.

Dentro de toda la gama de estudios de imagen con los que se cuenta actualmente se prefiere el TAC con medio de contraste oral para poder identificar de manera más clara la presencia del divertículo, en comparación USG abdominal.²

El tratamiento es quirúrgico y puede consistir en diverticulectomía o resección y anastomosis con posterior liberación de las asas intestinales comprometidas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 15 años de edad sin antecedentes de importancia, inicia padecimiento actual con 5 días de evolución con presencia de náuseas, vómitos y distensión abdominal. En las últimas 24 hrs presenta dolor abdominal sin mejoría clínica motivo de ingreso a nuestro centro hospitalario.

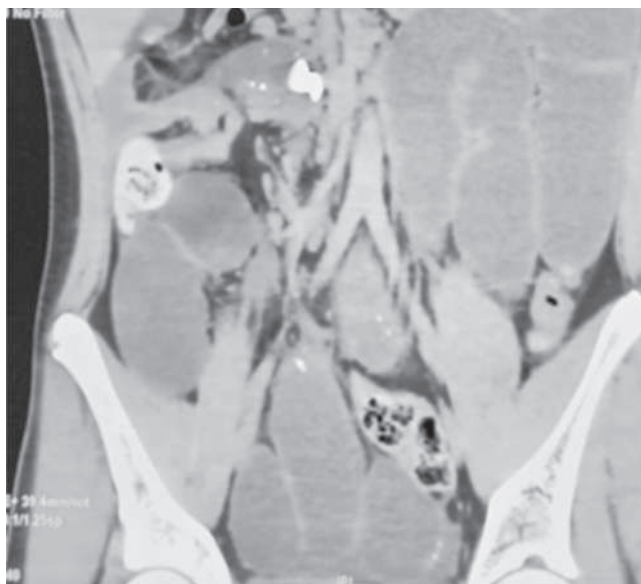


Figura 1. TAC con presencia de dilatación de asas intestinales sin encontrar evidencia de zona de transición.

Consciente orientado, cardiopulmonar sin compromiso aparente, abdomen distendido, a la percusión timpánico, y doloroso a la palpación media y profunda en fosa iliaca derecha con peristalsis disminuida.

Se solicitan TAC abdominal con presencia de distensión abdominal sin poder identificar el sitio de transición (*Figura 1*).

Los resultados de laboratorio son: hb de 15, leucocitos de 13, plaquetas de 259, creatinina de 1.3, tiempos normales.

Se practica laparoscopia diagnóstica, se encuentra dilatación de asas intestinales, con presencia de estrangulación de íleon terminal secundario a divertículo de Meckel adherido al meso de ciego (*Figura 2 y 3*). Se realiza ampliación de la incisión en línea media secundaria a dificultad técnica por distensión intestinal, se procede a realizar resección y anastomosis primaria con engrapadora Echelon.

El paciente evoluciona de modo satisfactorio y es egresado con buena tolerancia a la vía oral y con buena canalización de gases.

DISCUSIÓN

El divertículo de Meckel fue descrito por primera vez por el anatomista alemán Johann Friedrich Meckel (1781-1833) a principios del siglo XIX, por lo que no es de extrañar que esta patología cuente con una amplia historia. En los últimos años su incidencia ha aumentado con la mejora de los estudios de imagen y al advenimiento de la cirugía de mínima invasión; así, su incidencia es considerable, pues varía del 0.3 al 2.9% de la población general.³

Normalmente el divertículo de Meckel se encuentra entre 7 y 200 cm de la válvula ileocecal, con un promedio de 52 cm en el margen antimesentérico del íleon terminal. Su mucosa se considera de característica heterotópica lo que significa que presenta mucosa gástrica en el 60% y pancreática en el 16%.³ Los síntomas que se presentan son cuadros de dolor abdominal secundario a la obstrucción del lumen diverticular, obstrucción intestinal y sangrado de tubo digestivo.

En el caso de estudio, el divertículo de Meckel se presentó a partir de un cuadro de oclusión intestinal secundario a una hernia interna, esta es la causante de problemas de obstrucción con alrededor del 6% de todas oclusiones mecánicas del tubo digestivo. Estas pueden ser el resultado de alteraciones congénitas como hernias paraduodenales o defectos mesentéricos o adquiridas que pueden ser resultado de adherencias postquirúrgicas como son las bridas.⁴

En relación a la fisiopatología se ha encontrado asociación con la falta de obliteración del conducto onfalomesentérico que en comunicación con el divertículo tiende a formar una banda fibrosa que estrangula a las estructuras intestinales, que puede resultar en oclusión y necrosis intestinal. Los síntomas que se presentan están relacionados en su totalidad

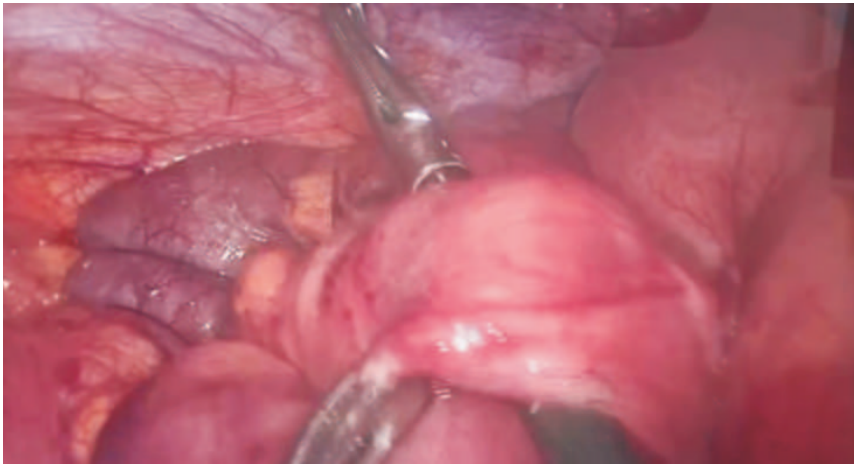


Figura 2. Evidencia de hernia interna secundaria a atrapamiento de asa por divertículo de Meckel.



Figura 3. Divertículo con proceso inflamatorio previo a su resección.

con procesos oclusivos y consisten en náuseas, vómitos, distensión abdominal, ausencia de evacuaciones. La intervención temprana –con base en las manifestaciones clínicas– junto con los estudios de gabinete, dentro de las primeras 36 hrs es prioridad, porque del 8 al 25% de los casos se encuentran con estrangulación intestinal y por lo tanto con un aumento de la morbilidad.⁵

Los estudios de imagen con los que se cuenta para el diagnóstico de divertículo de Meckel, son el USG abdominal el cual se emplea de preferencia en la población pediátrica, y en el caso del adulto se realizará la TAC abdominal, esta presenta una alta sensibilidad y aunque no puede confirmar completamente la presencia de un divertículo secundario a la similitud con la luz del intestino delgado ayuda en la identificación de una obstrucción mecánica.⁶

Por otro lado, la gamagrafía con Tc 99 permite identificar de manera precisa la presencia de mucosa ectópica lo que otorga un diagnóstico rápido, sin embargo, depende de

la disponibilidad del este estudio y sobre todo en caso de urgencia.^{7,8}

El manejo está dado prácticamente con el procedimiento quirúrgico, que bien puede ser por laparoscopia o laparotomía exploratoria, la cual dependerá de la experiencia del médico con cada una de ellas. Se procede a la reducción de la hernia con realización de resección del divertículo con posterior anastomosis primaria del tránsito intestinal siempre valorando las condiciones clínicas del paciente.⁸

CONCLUSIÓN

Un diagnóstico dirigido y con base en antecedentes importantes como la ausencia de procedimientos quirúrgicos y la edad temprana, pueden orientar al médico a pensar en esta patología tan poco común; y por lo tanto, lograr una intervención quirúrgica temprana y oportuna y, así reducir en gran manera la morbimortalidad de los pacientes.⁹

REFERENCIAS

1. Erdoğan O, Saritaş AG, Teke Z, Bolat L, Aydin İ. Intestinal obstruction caused by internal herniation as a complication of Meckel's diverticulum. *Ege Tip Dergisi* 2020; 59(3): 226-31. <https://doi.org/10.19161/etd.790575>
2. Narjis Y, Halfadl H, Agourram A, Rabbani K, Finech B. A Rare Internal Herniation in Adult: Meckel's Diverticulum. *Indian Journal of Surgery*, 2012; 76(1): 5-7. <https://doi.org/10.1007/s12262-012-0544-2>
3. Hansen C, Søreide K. Systematic review of epidemiology, presentation and management of Meckel's diverticulum in the 21st century. *Medicine* 2018; 97(35): e12154. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000012154>
4. Zhang Y, Guo Y, Sun Y, Xu Y. An internal hernia caused by Meckel's diverticulum: a case report. *BMC Gastroenterology* 2020; 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12876-020-01211-4>
5. Almas T, Alsubai AK, Ahmed D, Ullah M, Murad MF, Abdulkarim K, Alwheibi ES, Alansaari M, Abdullatif T, Hadeed S, Khan MO, Alsufyani M, Alzadjali E, Samy A, Oruk M, Kadom M, Alhajri FS, Barakat A, Alrawashdeh MM, Mansoor E. Meckel's diverticulum causing acute intestinal obstruction: A case report and comprehensive review of the literature. *Annals of Medicine and Surgery* 2022; 78. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.103734>
6. Lequet J, Menahem B, Alves A, Fohlen A, Mulliri A. Meckel's diverticulum in the adult. *Journal of Visceral Surgery* 2017; 154(4), 253-259. <https://doi.org/10.1016/j.jvisc-surg.2017.06.006>
7. Villalaz EDS, Rodriguez JER, Nunes ZRS, de Souza-Bivaqua VB, Printes TRM, Neto CDF. Obstructive acute abdomen due to Meckel's diverticulum in adult: Case report. *International Journal of Surgery Case Reports* 2022; 99: 107717. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.107717>
8. Agca B, Beyaz Y, Tezer H, Elmali N, Kamali S. A rare Cause of Ileus in Adults: Internal Herniation Due to Meckel's Diverticulum. *The Medical Journal of Okmeydani Training and Research Hospital* 2013; 29(3): 168-71. <https://doi.org/10.5222/otd.2013.168>
9. Maia DS, Ferreira-Júnior M, Viegas RG, Silva EEC, De Tarso Vaz de Oliveira P, Da Silva RCA, Caetano AJ, Ferreira NG. Obstrução intestinal por divertículo de Meckel. *ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva* 2013; 26(3): 244-5. <https://doi.org/10.1590/s0102-67202013000300018>