

Divertículo de Meckel como causa de dolor abdominal recurrente

Manuel Moya Meneses^a, Marta Castaño Díaz^a, Miguel Ángel Sáez Moreno^a y Jesús López-Torres Hidalgo^b

^a Médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete. España.

^b Médico de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete. España.

Correspondencia:
Manuel Moya Meneses.
Centro de Salud Zona VIII.
C/ Graduados, s/n. C.P.
02006 – Albacete. España.

Correo electrónico:
m.moya90@hotmail.com

Recibido el 18 de septiembre de 2018.

Aceptado para su publicación el 26 de octubre de 2018.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



RESUMEN

El divertículo de Meckel constituye la anomalía congénita gastrointestinal más frecuente. Aunque la forma clínica de presentación más común es la hemorragia digestiva, también puede manifestarse como obstrucción intestinal o como proceso inflamatorio agudo. Su correcto diagnóstico y tratamiento requiere un elevado índice de sospecha clínica.

Presentamos el caso de un varón de 19 años con un cuadro de dolor abdominal recurrente al que posteriormente fue extirpado un divertículo de Meckel.

PALABRAS CLAVE: Divertículo de Meckel. Dolor Abdominal. Atención Primaria de Salud

ABSTRACT

Meckel's diverticulum as a cause of recurring abdominal pain

Meckel's diverticulum is the most frequent gastrointestinal congenital anomaly. Although its most common clinical presentation is gastrointestinal bleeding, it also manifests with bowel obstruction or acute inflammatory process. Correct diagnosis and treatment require a high degree of clinical suspicion.

We present the case of a 19-year-old man with recurring abdominal pain, who eventually had a Meckel's diverticulum removed.

KEY WORDS: Meckel Diverticulum. Abdominal Pain. Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

El divertículo de Meckel constituye la anomalía congénita gastrointestinal más frecuente, con una prevalencia del 2 % en la población¹, y se debe a un defecto en el cierre del conducto onfalomesentérico. La forma clínica de presentación más frecuente es la hemorragia digestiva baja indolora, relacionada con la presencia de mucosa digestiva ectópica, con mayor frecuencia de origen gástrico. También puede manifestarse como obstrucción intestinal o como proceso inflamatorio agudo².

CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 19 años de edad, estudiante universitario, que acudió a urgencias en septiembre de 2016 por un episodio de dolor abdominal postprandial de unas cuatro horas de evolución, remitiendo tras la administración de butilbromuro de escopolamina. Diez meses después presentó nuevos episodios de dolor abdominal, acompañados de deposiciones diarreicas sin sangre ni otros productos patológicos, diagnosticándose entonces de gastroenteritis infecciosa. Aproximadamente seis meses después consultó a su médico de familia por síntomas de dispepsia y pérdida de peso de unos cinco Kg. Se solicitó gastroscopia y se prescribió tratamiento con omeprazol. Días después, al no obtenerse mejoría y aparecer náuseas y vómitos (2-3 al día sin relación con la ingesta) junto con sensación de distensión abdominal en el hipogastrio, se prescribió metoclopramida y tratamiento espasmolítico, consiguiéndose una mejoría parcial. En la ex-

ploración física se observó dolor a la palpación a nivel epigástrico sin signos de irritación peritoneal. En analítica se comprobó la existencia de una leve anemia microcítica (Hb 12,5 g/dl y VCM 68,7 fl).

El paciente fue remitido a Medicina Interna, donde se solicitó una nueva analítica y un test del aliento a la espera de la gastroscopia solicitada por su médico de familia, diagnosticándose de dispepsia a estudio y anemia microcítica asociada. Un mes después, y tras acudir en dos ocasiones a urgencias por dolor abdominal, vómitos y pérdida de peso, el paciente fue ingresado por dicho motivo. Se realizó una gastroscopia, apreciándose una esofagitis leve y abundante contenido bilioso en el estómago. En la tomografía computerizada (TC) abdominal se observó una imagen de invaginación intestinal ileo-ileal extendiéndose desde fosa ilíaca izquierda hasta fosa ilíaca derecha, donde se evidenció una lesión nodular grasa de 14 mm en su extremo distal (probable lipoma). Además, se observó una invaginación ileocólica con imagen de defecto de repleción en colon ascendente que alcanzaba el ángulo hepático del colon. La colonoscopia fue normal y

en el tránsito gastrointestinal se objetivó un defecto de repleción en la luz intestinal con morfología morulada y de gran tamaño, que condicionaba una invaginación ileo-ileal, la cual, si bien no conllevaba obstrucción, sí dificultaba la progresión de bario. Existía un segmento de íleon terminal de unos 20 cm sin alteraciones endoluminales. Estos hallazgos sugerían un posible linfoma intestinal como causa de la invaginación. En la ecografía abdominal se confirmó la existencia de una invaginación ileo-ileal extensa de unos 40 cm de longitud, condicionando la aparición de ascitis en la cavidad peritoneal.

El paciente, ante un cuadro de invaginación intestinal, fue intervenido mediante laparotomía exploradora, comprobándose la presencia de un divertículo de Meckel. A continuación se procedió a la resección del mismo (Figuras 1 y 2) y se realizó una apendicectomía profiláctica. La evolución postoperatoria fue favorable y el paciente fue dado de alta en unos días, permaneciendo asintomático en la actualidad. El informe anatomopatológico confirmó la existencia del divertículo de Meckel en un segmento de intestino delgado.



Figura 1. Localización del divertículo de Meckel



Figura 2. Divertículo de Meckel extirpado

DISCUSIÓN

La existencia de un divertículo de Meckel es a menudo un hallazgo casual durante una laparotomía realizada por otros motivos, como por ejemplo una apendicitis aguda. En la gran mayoría de los casos permanece asintomático durante toda la vida, pero en alrededor del 5-6 % da lugar a complicaciones, entre las que se incluyen sangrado, obstrucción intestinal, inflamación aguda (diverticulitis) y perforación³⁻⁵. También debe tenerse en cuenta que sus manifestaciones clínicas son a menudo inespecíficas y, como resultado, las complicaciones secundarias a la diverticulitis pueden simular una variedad de procesos intraabdominales comunes, como apendicitis, enfermedad inflamatoria intestinal y cualquier otra causa de inflamación u obstrucción del intestino delgado⁶.

Por lo general, las complicaciones ocurren en las dos primeras décadas de la vida y, en general, antes de la quinta década. El divertículo de Meckel sintomático es una entidad rara en pacientes ancianos⁷. Se cree que en los niños aparece hemorragia con más frecuencia que en los adultos, en los que son más frecuentes los síntomas de obstrucción intestinal, si bien se trata de datos no concluyentes y todas las formas de presentación deben considerarse en cualquier grupo de edad⁸.

En pacientes con obstrucción o inflamación relacionada con el divertículo de Meckel, los hallazgos físicos típicos incluyen dolor y distensión abdominal. El dolor se localiza más hacia la línea media en comparación con la apendicitis, pero la posición del divertículo de Meckel puede variar; por tanto, la ubicación del dolor no es particularmente útil. La perforación del divertículo de Meckel se manifestará con signos de irritación peritoneal, generalmente localizada en la parte inferior del abdomen⁸.

Su correcto diagnóstico y tratamiento requiere un elevado índice de sospecha clínica⁹, ya que sus características clínicas (síntomas, resultados de exámenes de laboratorio e imágenes) suelen ser inespecíficas. Entre otras circunstancias, debe sospecharse en aquellos pacientes con síntomas de apendicitis a los que ya se ha practicado previamente una apendicectomía o en adultos con hemorragia gastrointestinal en los que no se identifican fuentes de sangrado mediante endoscopia⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. Uppal K, Tubbs RS, Matusz P, Shaffer K, Loukas M. Meckel's diverticulum: a review. *Clin Anat.* 2011; 24 (4): 416-22.
2. Ramos-Clemente Romero MT, Rodríguez Ramos C, Rivas Rivas M, Girón González JA. Patología del mesenterio. Is-

- quemia intestinal. Malformaciones intestinales. Lesiones vasculares del intestino delgado. *Medicine*. 2012; 11 (4): 231-8.
3. Mifsud M, Ellul E. Meckel's diverticulum in a strangulated femoral hernia. Case report and review of literature. *Ann Ital Chir*. 2011; 82 (4): 305-7.
 4. Emre A, Akbulut S, Yilmaz M, Kanlioz M, Aydin BE. Double Meckel's diverticulum presenting as acute appendicitis: a case report and literature review. *J Emerg Med*. 2013; 44 (4): e321-4.
 5. Luu AM, Meurer K, Herzog T, Uhl W, Tannapfel A, Braumann C. Small bowel obstruction due to a giant Meckel's diverticulum. *Visc Med*. 2016; 32 (6): 434-6.
 6. Kotecha M, Bellah R, Pena AH, Jaimes C, Mattei P. Multimodality imaging manifestations of the Meckel diverticulum in children. *Pediatr Radiol*. 2012; 42 (1): 95-103.
 7. Rosat A, Pérez E, Oaknin HH, Mendiz J, Hernández G, Barrera M. Spontaneous hemoperitoneum caused by meckel's diverticulum in an elder patient. *Pan Afr Med J*. 2016; 24: 314.
 8. Javid PJ, Pauli EM. Meckel's diverticulum. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. [consultado el 13/09/2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>.
 9. Rashid OM, Ku JK, Nagahashi M, Yamada A, Takabe K. Inverted Meckel's diverticulum as a cause of occult lower gastrointestinal hemorrhage. *World J Gastroenterol*. 2012; 18 (42): 6155-9.