CIR ESP. 2017;95(Espec Congr):938

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-770 - DIVERTÍCULO DE MECKEL GIGANTE COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

García Angarita, Francisco; Abadía Barno, Pedro; Centeno Velasco, Álvaro; Barquín Yagüez, José; Vilar Tabanera, Alberto; Puerta Vicente, Ana; Ocaña Jiménez, Juan; Lobo Martínez, Eduardo

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción: El divertículo de Meckel (DM) es la malformación congénita gastrointestinal más frecuente, afectando al 2% de la población general. Su localización más frecuente es el íleon terminal, y hasta el 4% de los pacientes con DM desarrollará complicaciones tales como hemorragia, perforación, diverticulitis u obstrucción.

Caso clínico: Varón de 84 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, claudicación intermitente e insuficiencia renal crónica estadio I, que acude al servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal difuso de localización en fosa ilíaca derecha y distensión abdominal de 36 horas de evolución con ausencia de tránsito intestinal, náuseas ni vómitos. A la exploración física destaca la presencia de signos de irritación peritoneal en fosa iliaca derecha. El hemograma objetiva 15.700 leucocitos/mm^3 y la bioquímica una elevación de las cifras basales de creatinina. En la tomografía axial computarizada se evidencian signos de obstrucción de intestino delgado con cambio brusco de calibre, indicios de sufrimiento intestinal y moderada cantidad de líquido libre, por lo que se indica laparotomía urgente. La vía de abordaje mediante laparotomía media evidencia una dilatación de intestino delgado causada por un divertículo de Meckel torsionado axialmente en su base y cuya punta se encuentra adherida al borde mesentérico de un asa de yeyuno proximal, produciendo una herniación interna de asas de intestino delgado, sin presencia de datos de sufrimiento intestinal irreversible. Tras exploración de toda la cavidad y adhesiolisis, se reseca el divertículo y una cuña antimesentérica del asa de implantación, con posterior anastomosis con sutura monoplano no reabsorbible monofilamento 4/0 y cierre de pared abdominal con sutura de reabsorción lenta monofilamento. A las 24 horas es dado de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos, con inicio de tolerancia oral durante el segundo día postoperatorio y alta sin complicaciones al sexto día postquirúrgico. El resultado anatomopatológico evidenció DM ulcerado con áreas de heterotopia gástrica que mide 11 × 3 × 2 cm, con depósitos de fibrina en su superficie y áreas de hemorragia submucosa.

Discusión: El DM es un verdadero divertículo, resultante de la obliteración incompleta del conducto onfalomesentérico. La localización más frecuente es el íleon terminal a unos 50-100 cm de la válvula ileocecal, con una longitud media entre 3 a 5 centímetros. Sin embargo, hasta en un 5% de los pacientes se ha informado de divertículos de Meckel gigantes de mayor longitud**,** como presentó nuestro caso, de unos 11 cm. Suele ser asintomático y sólo un 4% presentan complicaciones, con

mayor incidencia en el sexo masculino**,** pacientes menores de 10 años y en divertículos gigantes. La obstrucción intestinal es debida a intususcepción o volvulación intestinal. Sin embargo, la torsión del divertículo y la posterior gangrena y perforación del mismo como causa de obstrucción es muy infrecuente, habiéndose encontrado un total de nueve casos en la literatura. La importancia del diagnóstico preoperatorio en un cuadro de obstrucción intestinal, así como su abordaje quirúrgico posterior radica en la demora del mismo y la sospecha de diferentes etiologías que puedan producirlo.

0009-739X © 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados