



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-372 - ¿Es el divertículo de Meckel sintomático de una patología quirúrgica de urgencia? Experiencia en un Hospital de tercer nivel en los últimos 20 años

M.J. Servide Staffolani, M. Prieto Calvo, L. Fernández Cepedal, C. Pérez González, J. Roldán Villavicencio, T. Marquina Tobalina, J.M. García González y A. Colina Alonso

Hospital Universitario Cruces, Barakaldo.

Resumen

Introducción: El divertículo de Meckel (DM) resulta de un fallo en la obliteración del conducto onfalomesentérico, que ocurre entre la 5 y 7 semana de gestación. Cuando el extremo ileal permanece permeable y el extremo umbilical se atrofia da lugar al DM. Se acepta una incidencia media del 2% de la población, sin diferencia entre sexos. Entre un 5 al 17% de los casos llegan a ser sintomático (hemorragia, diverticulitis de Meckel, obstrucción y tumor) con una incidencia de complicaciones 3 a 4 veces mayor en varones, siendo una patología tratada tradicionalmente de forma urgente. El objetivo de este estudio es describir las características y los resultados de los tratamientos quirúrgicos de las complicaciones de los DM llevadas a cabo en nuestro centro.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional que analiza los casos de complicaciones directas del divertículo de Meckel en pacientes mayores de 14 años tratadas entre enero de 1994 y abril de 2014 en el Hospital Universitario de Cruces. Se han excluido del estudio todas aquellas diverticulectomías de Meckel realizadas como un hallazgo casual, tanto en la cirugía urgente como en la programada. La morbilidad quirúrgica se describe según la clasificación de Dindo-Clavien.

Resultados: 38 pacientes fueron tratados por complicación de DM. El 66,6% fueron hombres. La edad mediana fue de 44 años (R 16-82) con un riesgo ASA tipo II del 66%. La clínica principal fue dolor abdominal seguido de cuadro compatible con obstrucción. El diagnóstico y la caracterización de la lesión se realizaron con tomografía computerizada en el 38,5%, y en el 15,4% con ecografía. La analítica presentó leucocitosis ($> 11.000/\text{ml}$) en el 48,7% de los casos. La complicación más frecuente del DM fue la diverticulitis aguda (64,1%) seguida de la obstrucción intestinal (33,33%). Se realizó diverticulectomía en 20 casos, utilizándose la vía laparoscópica solo en dos de los casos registrados. El 33,3% presentó morbilidad quirúrgica, siendo el 20% de tipo I de Dindo-Clavien, con la infección de herida como causa más frecuente (20,5%). La mortalidad fue nula. 11 casos fueron tratados de forma médica como primera opción, de los cuales, 8 requirieron posteriormente cirugía urgente durante el ingreso, los otros dos fueron tratados de forma diferida. Solo un paciente fue tratado exclusivamente con tratamiento médico presentando evolución satisfactoria.

Conclusiones: Es una actitud consensuada intervenir quirúrgicamente todo DM sintomático, siendo la vía laparoscópica el abordaje de elección. El tratamiento de las complicaciones de DM de forma urgente es eficaz en la mayoría de los pacientes, con una morbilidad frecuente (33,3%) pero leve, Dindo-Clavien I en el 20% de los casos, y con nula mortalidad en nuestra serie. En casos excepcionales podría considerarse el

tratamiento médico y la cirugía diferida, ya que en nuestra experiencia dicho método de tratamiento presenta un porcentaje de fracaso del 72,8%.