



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-540 - CAUSA INFRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN PACIENTE SIN ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Mesa Delgado, Santiago; De San Ildefonso Pereira, Alberto; Iglesias Trigo, Marta; Álvarez Garrido, Roi Nicolás; Abedini Nieto, Blanca; Ferreiros Losada, Isabel Cristina; Pintos Garza, Rodrigo; Lages Cal, Irene

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo.

Resumen

Introducción: El divertículo de Meckel se trata de la malformación congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, resultado de la persistencia del conducto onfalomesentérico tras el desarrollo embrionario. Clínicamente más frecuente en edad pediátrica, en adultos suele cursar asintomático, pudiendo ser diagnosticado de manera incidental durante una intervención abdominal. En caso de producir síntomas, cursa como peritonitis, obstrucción, hemorragia digestiva o dolores abdominales recurrentes. Sin embargo cuando la clínica es de oclusión, lo más frecuente es que sea secundaria a invaginación intestinal o a volvulación en torno al divertículo que se encuentra adherido a la región umbilical.

Caso clínico: Se presenta el caso clínico de un varón de 80 años con clínica oclusiva y cuyo TC es informado como oclusión intestinal en asa cerrada secundaria a bridas a pesar de no tener intervenciones quirúrgicas previas a nivel abdominal. Dada la sospecha de sufrimiento intestinal, se decide intervenir quirúrgicamente. Se realiza laparotomía exploradora y se objetiva oclusión intestinal secundaria a diverticulitis de Meckel, el cual se encuentra adherido a retroperitoneo por la inflamación y actuando a modo de brida sobre un asa de íleon distal. Se decide resección del divertículo con endograpadora, no precisando reseccionar el tramo de íleon afecto por la hernia interna. Posteriormente presenta evolución posoperatoria favorable.

Discusión: El abordaje tanto de una oclusión intestinal como de una diverticulitis de Meckel puede ser tanto laparotómico como laparoscópico, presentando resultados comparables en la literatura. En nuestro caso, debido al importante componente de distensión de asas de delgado así como a la incertidumbre de la causa de la oclusión, se decidió realizar laparotomía exploradora. El tratamiento se basa en la exéresis del divertículo así como en el manejo propio de las complicaciones secundarias a esta entidad. Puede optarse por la resección del segmento de delgado que presenta la base de implantación del divertículo, la resección en cuña con cierre manual o la sección del mismo con grapadora automática. En nuestro paciente se decide la sección con grapadora al mostrar una base estrecha que permite su exéresis completa mediante esta técnica y no presentar anomalías a nivel de la base del mismo que planteen posibilidad de tejido ectópico a dicho nivel. En caso de no ser posible la exéresis completa del mismo o presentar base de implantación ancha, es recomendable realizar resección intestinal del tramo que contiene el divertículo. Por tanto, en un paciente con obstrucción intestinal y sin antecedentes quirúrgicos una de las patologías a tener en cuenta es la oclusión por divertículo de Meckel. Habitualmente suele cursar como intususcepción intestinal o como volvulación en torno al propio divertículo, aunque puede presentarse de forma excepcional como una diverticulitis que condicione una hernia interna y cuyo caso exponemos.