

Divertículo de Meckel: causa de abdomen agudo. A propósito de un caso

Meckel-en dibertikulua: abdomen akutuaaren kausa. Kasu baten aurkezpena

A. Ibáñez Sada, M. Macías Mojón,
M. Gutiérrez Jimeno

Departamento de Pediatría. Clínica Universidad
de Navarra. Pamplona, Navarra

RESUMEN

Introducción: El divertículo de Meckel (DM) es una de las malformaciones congénitas más comunes del tracto gastrointestinal en los niños. Sin embargo, sus manifestaciones clínicas son inespecíficas y diversas y provocan un desafío diagnóstico.

Caso clínico: Niño de 6 años valorado en Urgencias por abdomen agudo. Diagnosticado inicialmente de apendicitis aguda perforada que se trata con antibioterapia endovenosa y se programa cirugía diferida. En la ecografía de control previa al alta, se observa una imagen compatible con DM que había sido confundida con un plastrón apendicular en la ecografía y el TAC abdominal realizados al inicio del cuadro.

Comentario: Ante un abdomen agudo en un niño con sospecha de apendicitis aguda y con imagen compatible con apendicitis aguda perforada, se debe tener en cuenta la posibilidad de inflamación de DM como diagnóstico diferencial.

Palabra clave: Divertículo de Meckel; Apendicitis aguda; Abdomen agudo.

INTRODUCCIÓN

El divertículo de Meckel (MD) es una protuberancia del intestino delgado que resulta de una atrofia incompleta del conducto vitelino del embrión entre la séptima y octava semana de gestación⁽¹⁾. Es la anomalía congénita más prevalente del tracto digestivo.

Su tasa de prevalencia en la población general es del 1-3%, siendo sintomáticos solo un 2% de los casos⁽²⁾. La tasa de complicaciones más aceptada actualmente es del 4,2%⁽³⁾. En la población pediátrica las complicaciones más frecuentes incluyen la hemorragia por ulceración péptica de mucosa ectópica (55,5%), la obstrucción intestinal (14,2%), la inflamación (9,4%) y la perforación (6,4%)⁽³⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente de 6 años que acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal y fiebre de

hasta 38°C de 24 horas de evolución. El dolor era de tipo cólico, de localización periumbilical que se irradiaba a fosa ilíaca derecha. Asociaba náuseas sin vómitos y la última deposición había sido de consistencia normal y sin productos patológicos. Como antecedentes presentaba una atresia esofágica con fístula traqueo-esofágica distal (tipo III) intervenida en el primer año de vida. A la exploración presentaba un abdomen en tabla, muy doloroso a la palpación periumbilical, con signos de Blumberg y psoas positivos. Se realizó una analítica sanguínea con elevación de PCR, leucocitosis con neutrofilia y una ecografía abdominal (Fig. 1) en la que se observó un plastrón inflamatorio en fosa ilíaca derecha. Se completó estudio con TAC abdominal, identificándose un área nodular con aspecto de plastrón sin que se identificasen colecciones, ni el apéndice cecal. Se clasificó como una apendicitis aguda perforada y se inició tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico y metronidazol. Presentó una adecuada evolución con desaparición del dolor y descenso de los parámetros inflamatorios. Tras finalizar antibioterapia endovenosa se realizó una nueva ecografía (Fig. 2) de control en la que se observó una formación ecogénica, ovalada, avascular de 4x2 cm situada en fosa ilíaca derecha conectada con un asa de intestino delgado que obligaba a descartar DM. Se visualizó apéndice cecal normal con diámetro de 5 mm. Se diagnosticó de divertículo de Meckel y se programó cirugía para resección vía laparoscópica que se realizó al mes sin incidencias. La anatomía patológica de la pieza fue compatible con DM.

DISCUSIÓN

Aunque el DM es la anomalía gastrointestinal congénita más común, la mayoría de pacientes permanecen asintomáticos y se detecta de manera incidental en pruebas de imagen o cirugías abdominales realizadas por otro motivo. Su identificación en las pruebas de imagen se ve dificultada por su pequeño tamaño y su similitud a las asas de intestino delgado. Cuando es identificable,

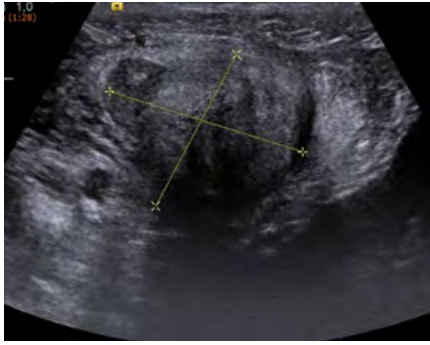


Figura 1. Ecografía al acudir a Urgencias. Se observa masa heterogénea en FID, mal definida, con aumento de la ecogenicidad de la grasa adyacente que recuerda a plastrón.

suele aparecer como una bolsa ciega que surge del borde antimesentérico del íleon distal⁽³⁾.

La hemorragia digestiva baja es la forma de presentación más común, especialmente en la edad pediátrica. El sangrado suele ser indoloro, lento e intermitente, y es debido a la ulceración de la mucosa gástrica ectópica que contiene el DM.

La diverticulitis de Meckel es una complicación que se observa habitualmente en adultos y es secundaria a la secreción ácida de la mucosa ectópica o a su obstrucción⁽⁴⁾.



Figura 2. Ecografía al alta tras completar antibioterapia endovenosa con augmentine y metronidazol. Persiste masa compatible con plastrón y se visualiza apéndice posterior y lateral a la misma de características normales con diámetro de 5,7 mm.

Estos pacientes presentan un dolor abdominal de localización periumbilical o en fosa ilíaca derecha que, a menudo, simula una apendicitis aguda. En la pruebas de imagen que se llevan a cabo en el estudio del abdomen agudo (TC y ecografía) se observará como una masa quística con inflamación circundante. Sin embargo, un DM inflamado puede ser indistinguible por imagen de una apendicitis aguda⁽⁵⁾. Por este motivo, se recomienda la búsqueda de un DM en la laparoscopia que resulta en una apendicectomía blanca.

CONCLUSIÓN

Aunque la forma de presentación más frecuente del DM en la edad pediátrica es la hemorragia digestiva baja, se debe incluir en el diagnóstico diferencial de una apendicitis aguda, ya que tanto por la clínica como por las pruebas de imagen pueden resultar indistinguibles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hansen CC, Søreide K. Systematic review of epidemiology, presentation, and management of Meckel's diverticulum in the 21st century. *Medicine* (Baltimore). 2018; 97(35): e12154.
2. Huang CC, Lai MW, Hwang FM, Yeh YC, Chen SY, Kong MS, et al. Diverse presentations in pediatric Meckel's diverticulum: a review of 100 cases. *Pediatr Neonatol*. 2014; 55(5): 369-75.
3. 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.
4. Elsayes KM, Menias CO, Harvin HJ, Francis IR. Imaging manifestations of Meckel's diverticulum. *AJR Am J Roentgenol*. 2007; 189(1): 81-8.
5. Clark JK, Paz DA, Ghahremani GG. Imaging of Meckel's diverticulum in adults: pictorial essay. *Clin Imaging*. 2014; 38(5): 557-64.