

Hemorragia gastrointestinal masiva como presentación de un divertículo de Meckel

Sergio Schlain¹; Rocío Pérez Domínguez²; Hernán Alejandro Santilli²

Instituto Médico Clínica de La Ribera. Ensenada, Provincia de Buenos Aires.
1: Coordinador de Coloproctología. 2: Staff de Coloproctología.

RESUMEN

El divertículo de Meckel, la malformación congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, representa la involución incompleta del conducto onfalomesentérico. La hemorragia del mismo es relativamente frecuente en niños, pero no en los adultos, por lo que su identificación como causa de esta complicación se vuelve más dificultosa. Presentamos un caso poco frecuente de hemorragia digestiva baja severa del adulto, originada en un divertículo de Meckel con mucosa gástrica heterotópica. Ante la falta de hallazgos imagenológicos certeros, aunque con alta presunción clínica, la laparoscopia permitió llegar al diagnóstico, identificar el divertículo y realizar su resección, todo en un único acto operatorio.

Palabras clave: Divertículo; Meckel; Hemorragia; Complicaciones

ABSTRACT

Meckel's diverticulum, the most common congenital malformation of the gastrointestinal tract, represents incomplete involution of the omphalo-mesenteric duct. Its bleeding is relatively common in children but not in adults, so its identification as a cause of this complication becomes more difficult. We present a rare case of severe lower gastrointestinal bleeding in a 17-year-old male due to a Meckel's diverticulum with heterotopic gastric mucosa. In the absence of precise imaging findings, although with high clinical presumption, laparoscopy made it possible to reach the diagnosis, identify the diverticulum and perform its resection, all in a single operative act.

Keywords: Diverticulum; Meckel; Hemorrhage; Complications

INTRODUCCIÓN

El divertículo de Meckel, con una incidencia del 2-4%, es la malformación congénita más frecuente del tracto gastrointestinal.¹ Representa la involución incompleta del conducto onfalomesentérico que normalmente se oblitera en la quinta semana de vida intrauterina² y se ubica a una distancia promedio de 46 cm de la válvula ileocecal.

La forma de presentación es diversa acorde a la edad. Puede resultar solo un hallazgo intraoperatorio en el curso de una cirugía abdominal por otra causa, o presentarse con una complicación en forma de hemorragia digestiva, obstrucción intestinal o diverticulitis de Meckel o meckelitis.

La causa de sangrado intradiverticular se puede explicar a partir de la etiopatogenia. Hay presencia de mucosa heterotópica en el interior del divertículo, principalmente gástrica y en menor medida pancreática. Así, la secreción repetida de estos tejidos ectópicos conduce a la ulceración de la mucosa ileal aledaña, con la consecuente hemorragia. Puede darse de manera aguda, en forma de sangrado rápido y masivo, o de manera insidiosa con heces melénicas.

La hemorragia es una complicación relativamente frecuente en niños; en adultos es la segunda en orden de frecuencia después de la obstrucción, por lo que no suele considerarse habitualmente dentro de las hemorragias digestivas bajas.

Para el diagnóstico los estudios de imagen suelen tener baja sensibilidad y especificidad. El tratamiento quirúrgico con resección del divertículo es mandatorio ante la presencia de complicaciones.

El objetivo de este trabajo es la presentación de un caso poco frecuente en un paciente adulto de hemorragia digestiva originada en un divertículo de Meckel que requirió cirugía de urgencia.

La autora declara ausencia de conflictos de interés. **Sergio Schlain:** sergioschlain@hotmail.com
Recibido: marzo de 2022. Aceptado: octubre de 2022.

Sergio Schlain: <https://orcid.org/0002-5615-3503>, Rocío Pérez Domínguez: <https://orcid.org/0001-8347-0849>, Hernán Alejandro Santilli: <https://orcid.org/0001-6749-0655>

CASO

Paciente masculino de 17 años de edad, sin antecedentes patológicos con deposiciones melénicas de 3 días de evolución, que se acentuaron en las últimas horas y motivaron la consulta.

Examen físico: paciente en regular estado general, pálido, taquicárdico, con abdomen levemente distendido, depresible, indoloro, sin peritonismo.

Examen proctológico: esfínter tónico y continente, escasos restos de materia fecal blanda en la ampolla rectal, dedo de guante con restos hemáticos.

Se interna con diagnóstico de hemorragia digestiva, con un hematocrito de 19% y hemoglobina de 6,2 g/dl. Se instaura tratamiento según protocolos, con 2000 ml de Ringer lactato y 2 U de glóbulos rojos, obteniendo respuesta favorable.

Videoendoscopia digestiva alta: no se evidencian lesiones ni sitios de sangrado.

Intercurre con episodio de síncope secundario a resangrado agudo, con TA 80/50, FC 125 lpm y SatO₂ 98% con máscara reservorio, signos que aparecen tras el ortostatismo. Se decide el traslado a cuidados intensivos.

Tomografía abdominopelviciana con contraste oral y endovenoso: muestra en la pelvis una imagen tubular con fondo de saco ciego con contraste en su interior, que puede corresponder a un divertículo intestinal (Fig. 1).

Angiografía sin evidencia de sangrado activo.

Videoendoscopia digestiva baja: restos hemáticos en todo el marco colónico y los últimos 20 cm del íleon sin identificación del sitio activo del sangrado.

Ante la presunción diagnóstica de un sangrado del intestino delgado por divertículo de Meckel complicado se realiza la laparoscopia exploratoria. Esta evidencia una marcada dilatación del colon e intestino delgado con sospecha de contenido hemático en el interior y la presencia de un saco diverticular a 50 cm de la válvula ileocecal, con un cuello de 4 cm y una longitud aproximada de 10 cm, adherido al epiplón mayor. Se realiza la diverticulectomía y cierre con sutura mecánica, con posterior refuerzo de la línea de sutura con polig lactina 000 (Fig. 2). Se coloca drenaje multifenestrado abocado al fondo de saco de Douglas.

El paciente es trasladado a Unidad de Cuidados Críticos, donde es extubado post reanimación. Al primer día postoperatorio mostró un hematocrito de 29%, hemoglobina de 9,8 g/dl y se mantuvo estable hemodinámicamente por lo que se decidió su paso a sala general.



Figura 1. Tomografía computada abdominal que evidencia en la pelvis una imagen tubular con fondo de saco ciego y contraste en su interior.

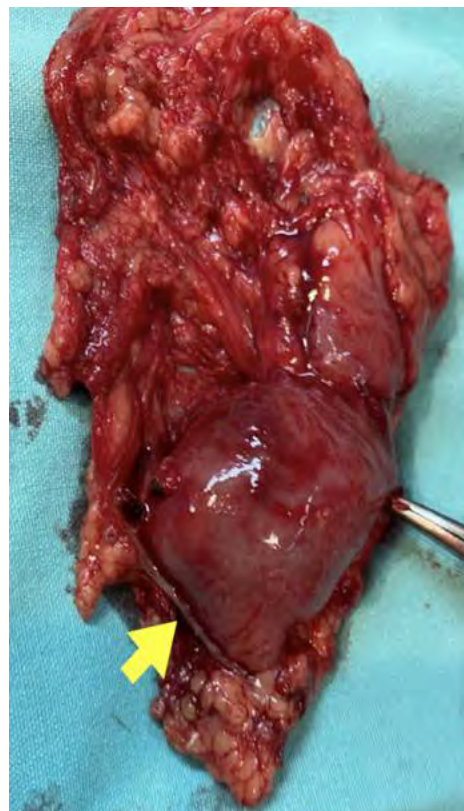


Figura 2. Pieza de resección con la línea de sutura mecánica en la base del divertículo (flecha).

El segundo día postoperatorio toleró dieta y se otorgó el alta sanatorial.

Examen histopatológico: proyecciones polipoides de la mucosa diverticular, constituidas por epitelio gástrico con glándulas fúndicas y tejido pancreático ectópico (Fig. 3).

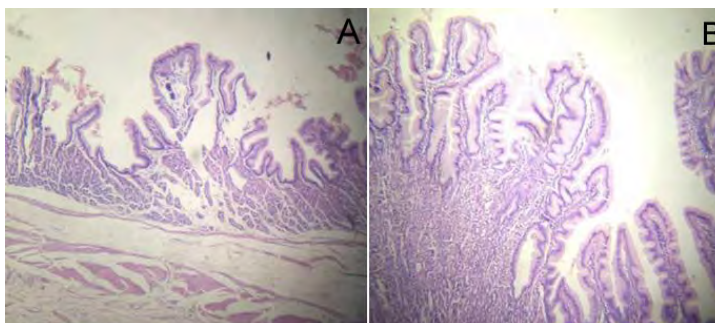


Figura 3. Histopatología del divertículo de Meckel. A. Pared del intestino delgado con proyecciones polipoides de la mucosa, constituidas por epitelio gástrico y glándulas fúndicas. B. Mucosa heterotópica.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de las complicaciones del divertículo de Meckel constituye un desafío debido a la variabilidad en su forma y edad de presentación.

Según el estudio publicado por Hansen y Søreide³ el 46,7% de los niños con Meckel sintomático presentan obstrucción, el 25,3% hemorragia gastrointestinal y el 19,5% inflamación. En los adultos también es más habitual la obstrucción debida a una invaginación intestinal o una banda fibrosa que se extiende desde el divertículo hasta el ombligo (14-53%), seguida de ulceración (< 4%); diverticulitis aguda o crónica y perforación. Cualquiera sea la causa de la obstrucción, la presentación es similar, con estreñimiento, dolor abdominal espasmódico, vómitos biliosos y distensión abdominal.¹

En el adulto cerca del 80% de las hemorragias digestivas son altas y se originan proximalmente al ligamento de Treitz; el resto son hemorragias digestivas bajas cuya fuente más común es el colon y en menos del 5% el intestino delgado.

Los estudios habituales incluyen la endoscopia del tracto gastrointestinal superior e inferior, así como los análisis bioquímicos y hematológicos habituales. En las hemorragias digestivas bajas, la colonoscopia debe considerarse el estudio inicial, aunque en el 25-32% de las mismas no se localiza el punto de sangrado.⁴

La angiotomografía, cuando la tasa de sangrado es superior a 0,3-1,0 ml/min, tiene una sensibilidad del 79-95% y una especificidad del 95-100%. Debe considerarse de primera línea en el sangrado intestinal activo,⁵ ya que puede realizarse en pacientes inestables y localizar el origen del sangrado tanto del colon como del intestino delgado sin necesidad de preparación intestinal.

La angiografía detecta extravasaciones de contraste intraluminal con sangrado de 0,5 ml/min o más y, en ocasiones, determina la causa. Tiene una sensibilidad del 58-86% en la hemorragia digestiva baja.⁴

Las exploraciones nucleares con pertecnato Tc-99 m pueden visualizar el divertículo de Meckel, demostrando la captación focal simultánea del radiotrazador en el tejido gástrico normal y el heterotópico. En los niños, tiene una sensibilidad del 80-90%, una especificidad del 95 % y una precisión del 90 %, pero en los adultos es menos confiable con una sensibilidad del 62,5%, una especificidad del 9% y una precisión del 46%.¹ Los falsos negativos ocurren en aquellos divertículos que no contienen mucosa gástrica ectópica o cuando el número de células gástricas es inadecuado para la concentración del radiotrazador.⁶

El diagnóstico preoperatorio sigue siendo un desafío,⁷ menos del 10% de los casos sintomáticos se diagnostican antes de la cirugía.⁸ Aunque existe una variedad de métodos de diagnóstico, no están disponibles en todas las instituciones e incluso cuando lo están, en algunos casos la etiología del sangrado sigue sin aclararse.

La cirugía abierta fue durante mucho tiempo el único método eficaz para la resolución del divertículo de Meckel complicado. Sin embargo, en la era de la cirugía mínimamente invasiva, el abordaje laparoscópico representa un método seguro, rentable y eficiente para el diagnóstico y tratamiento.⁹⁻¹¹

La resección quirúrgica es el tratamiento de elección y puede lograrse mediante diverticulectomía o resección intestinal segmentaria con anastomosis primaria.^{5,3,12} Los dispositivos de grapado intestinal (para cirugía abierta o laparoscópica) se han convertido en herramientas útiles por su probada seguridad y facilidad de uso.^{9,13}

CONCLUSIÓN

Se presentó un caso poco frecuente de hemorragia digestiva baja masiva del adulto originada en el intestino delgado, en un divertículo de Meckel. Ante la falta de hallazgos imagenológicos certeros pero con alta presunción clínica, la laparoscopia permitió diagnosticar el divertículo de Meckel y realizar su resección en el mismo acto operatorio.

REFERENCIAS

1. Sagar J, Kumar V, Shah DK. Meckel's diverticulum: a systematic review. *J R Soc Med.* 2006; 99:501-5.
2. Park JJ, Wolff BG, Tollefson MK, Walsh EE, Larson DR. Divertículo de Meckel: la experiencia de Mayo Clinic con 1476 pacientes (1950-2002). *Ann Surg.* 2005; 241:529-33.
3. Hansen CC, Søreide K. Systematic review of epidemiology, presentation, and management of Meckel's diverticulum in the 21st century. *Medicine (Baltimore).* 2018; 97:e12154.
4. Quiroga Gómez M, Pérez Lafuente M, Abu-Suboh A, Castell Conesa J. Hemorragia digestiva: papel de la radiología. *Radiología.* 2011; 53:406-20.
5. Oakland K, Chadwick G, East JE, Guy R, Humphries A, Jairath V, et al. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: guidelines from the British Society of Gastroenterology. *Gut.* 2019; 68:776-89.
6. Levy A. Meckel diverticulum: radiologic features with pathologic correlation. *RadioGraphics.* 2004; 24:565-87.
7. Pedro F, Romano J, Rebelo M, Matias R, Carmo E. Catastrophic gastrointestinal bleeding: always consider Meckel's diverticulum. *Eur J Case Rep Intern Med.* 2019; 6:001224.
8. Willet A, Cortez N, Lobaton Y, Giubilei F, Nunez Herrero L. Obscure gastrointestinal bleeding from a Meckel's diverticulum in a young adult: a challenging diagnosis. *Am J Gastroenterol.* 2021; 116: S1262.
9. Martin JP, Connor PD, Charles K. Meckel's diverticulum. *Am Fam Physician.* 2000; 61:1037-42.
10. Sanders LE. Laparoscopic treatment of Meckel's diverticulum. *Surg Endosc.* 1995; 9: 724-27.
11. Chan KW, Lee KH, Mou JWC, Cheung ST, Tam YH. Laparoscopic management of complicated Meckel's diverticulum in children: a 10-year review. *Surg Endosc.* 2008; 22:1509-12.
12. Irie T, Shinji S, Arai H, Kan H, Yamada T, Koizumi M, et al. Intestinal hemorrhage caused by Meckel's diverticulum with ectopic gastric mucosa on polypoid lesion: a case report. *Surg Case Rep.* 2016; 2:124.
13. DiGiacomo J, Cottone F. Surgical treatment of Meckel's diverticulum. *South Med J.* 1993; 86:671-75.

COMENTARIO

Estar frente a un paciente con hemorragia digestiva y estudios endoscópicos sin evidenciar el origen siempre implica un reto para el equipo médico tratante. Muchas veces hay que lidiar con la presión de quienes creen conveniente la cirugía exploratoria aún sin haber agotado los estudios diagnósticos disponibles. Más aún cuando el estado clínico del paciente requiere una rápida toma de decisiones.

Esta situación quedó muy bien resuelta en el caso presentado. Realizaron una reanimación adecuada que les dio el tiempo y la oportunidad de utilizar los estudios necesarios que estaban a su alcance para llegar al diagnóstico. La TC fue la que mejor orientó hacia un divertículo de Meckel.

Se pueden tener todas las herramientas disponibles, pero hay que saber administrarlas, como ejemplifica este caso.

Ya con el diagnóstico, creo que el abordaje laparoscópico y la resección del divertículo por esta vía fue la decisión más acertada.

Sebastián Guckenheimer
Hospital Pirovano, Buenos Aires