

PRESENTACIÓN DE CASO

Divertículo de Meckel a forma obstructiva en el recién nacido

Meckel's Diverticulum to Obstructive Form in the Newborn

Regis Gerardo Rosales Labrada¹, Irca Pupo Morales², Janice Morales Rodríguez³, Martha Aleida Sarmiento Oliveros⁴, Vicente Vidal Marrero Martínez⁵

1. Especialista de Segundo Grado en Radiología y Medicina General Integral. Asistente. Hospital Pediátrico Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Holguín. Cuba.

2. Especialista de Primer Grado en Pediatría. Asistente. Policlínica René Ávila. Holguín. Cuba.

3. Especialista de Segundo Grado en Radiología. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Asistente. Hospital Pediátrico Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Holguín. Cuba.

4. Especialista de Segundo Grado en Radiología. Asistente. Hospital Pediátrico Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Holguín. Cuba.

5. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Instructor. Hospital Lenin. Holguín. Cuba.

RESUMEN

El divertículo de Meckel es el resultado de un cierre incompleto del conducto onfalomesentérico, con una incidencia estimada de 2 al 3%; manifiesta gran variedad en su presentación, sin embargo, la forma obstructiva en el recién nacido aparece aproximadamente en el 12% de los pacientes y se diagnostica como resultado de sus complicaciones. El diagnóstico preoperatorio es difícil y constituye un reto diagnóstico para cirujanos, radiólogos y pediatras. Se presentó un recién nacido a término con el diagnóstico de divertículo de Meckel en el Hospital Pediátrico Octavio de la Concepción y de la Pedraja de Holguín, con manifestaciones clínicas de una obstrucción intestinal en el neonato. La evolución postoperatoria fue satisfactoria.

Palabras clave: divertículo de Meckel, obstrucción intestinal, recién nacido.

ABSTRACT

Meckel's diverticulum is the result of an incomplete closure of omphalomesenteric duct, with an estimated incidence from two to three per cent. A great variety in presentation was showed, however, the obstructive form in the newborn occurs in approximately 12% of patients and it is defined as a result of its complications. Preoperative diagnosis is difficult and represents a diagnostic challenge for surgeons, radiologists and pediatricians. A patient with Meckel's diverticulum, with intestinal obstruction of Octavio de la Concepción and Pedraja Hospital of Holguin was presented in this paper. The postoperative progress was satisfactory.

Keywords: Meckel's diverticulum, intestinal obstruction, newborn.

INTRODUCCIÓN

El divertículo de Meckel (DM) sintomático en el recién nacido es un caso raro y se reporta una incidencia de menos del 20% de todos los casos pediátricos, tiene una gran variedad de presentación clínica que incluye sangramiento digestivo, obstrucción e inflamación. La variedad obstructiva se reporta en niños mayores y adultos y no constituye la forma de presentación habitual del DM en el recién nacido. Se reporta esta variedad clínica obstructiva en el 12% de los neonatos¹⁻². Esta forma de presentación obstructiva representa una seria amenaza debido al peligro de shock y perforación intestinal, por lo que el diagnóstico clínico e imagenológico constituye una verdadera emergencia².

El propósito de este estudio se basa en la descripción de las características clínicas e imagenológicas del divertículo de Meckel en su forma de presentación obstructiva en el recién nacido.

CASO CLÍNICO

Recién nacido de 38 h, femenino, procedente de un parto eutócico de 40,6 semanas con un peso al nacer de 3 900 g y conteo de Apgar 9-9. Sin antecedentes prenatales. Se ingresó en la Sala de Neonatología por presentar vómitos de contenido biliosos y distensión abdominal. Se realizaron radiografías de abdomen simple en posición supina y erecta, observándose signos de obstrucción de intestino delgado con asas dilatadas y desplazadas a la izquierda ([fig. 1](#)) por imagen aérea redondeada a nivel de fosa ilíaca derecha y flanco derecho, de bordes regulares y presencia de nivel hidroaéreo en su interior ([fig.2](#)).



Fig. 1. Radiografía simple de abdomen en posición supina. Imagen aérea redondeada (flechas) que ocupa hipocondrio, flanco y fosa ilíaca derecha desplazando asas intestinales delgadas a la izquierda

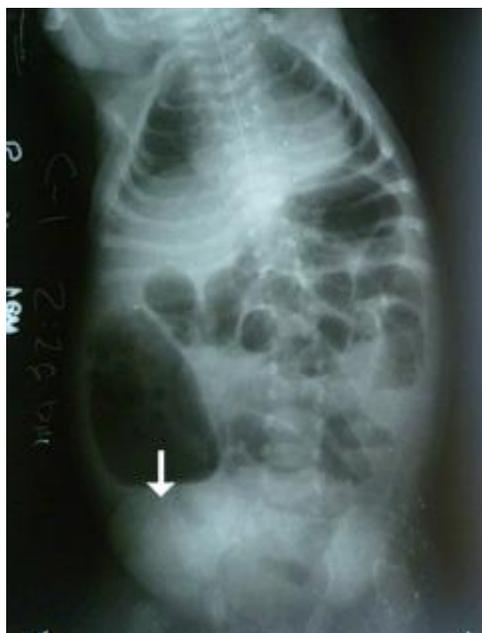


Fig. 2. Radiografía simple de abdomen en posición erecta. Presencia de nivel hidroaéreo (flecha).

Con estos hallazgos y la sintomatología del recién nacido se decidió realizar intervención quirúrgica debido a síndrome obstructivo y como posible diagnóstico atresia de ciego y colon. Al realizar la laparotomía se visualiza a nivel del íleon terminal en su borde antimesentérico a 20 cm de la válvula íleo-cecal, imagen diverticular con persistencia de vasos vitelínicos en forma de cordón fibroso, desde la puerta del divertículo al colon ascendente y ciego, que causaba oclusión y gran dilatación del intestino proximal ([fig. 3](#)).

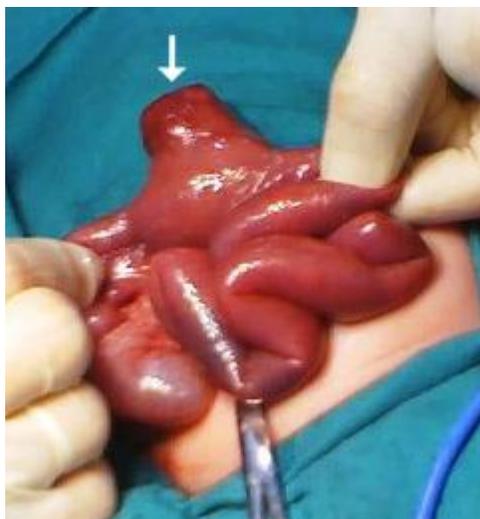


Fig. 3. Hallazgos operatorios. Dilatación diverticular en borde antimesentérico del íleon (flecha)

DISCUSIÓN

El divertículo de Meckel se presenta en el borde antimesentérico del íleo distal a una distancia aproximada entre 30 y 60 cm de la válvula ileocecal, se considera un verdadero divertículo, está compuesto por todas las capas de la pared intestinal, revestido por mucosa del intestino delgado. Frecuentemente contiene mucosa heterotópica procedente del estómago y páncreas³⁻⁴ y según el doctor Levy en su estudio, por lo general, no se asocia a otras malformaciones congénitas⁴.

La mayoría de los pacientes con divertículo de Meckel se presentan de forma asintomática o se descubren de forma accidental en estudios radiológicos por otra causa o durante la autopsia. El doctor Menezes reporta que aproximadamente el 60% de los divertículos sintomáticos en el niño aparecen alrededor de los tres años, con una preponderancia según sexo de 2:1 de los niños con respecto a las niñas.

Las manifestaciones clínicas se mostraron en un recién nacido femenino con expresiones obstructivas dadas por la presencia de vómitos y distensión abdominal. Estos síntomas coinciden con lo publicado por otros autores, que refieren lo infrecuente de la aparición de la sintomatología del divertículo en el neonato y reportan menos del 20% de los casos pediátricos y la obstrucción intestinal constituye la forma de presentación más frecuente 2-3, sin embargo, en los niños mayores la forma más frecuente de manifestación la constituye el sangramiento digestivo en el 40% de los casos, seguido de la obstrucción intestinal en el 30%¹⁻⁴.

La presentación de la sintomatología en el período neonatal, hace que el diagnóstico preoperatorio resulte más difícil de establecer, debido a que los síntomas e imágenes radiológicas se ven solapadas por muchas otras enfermedades que causan dolor abdominal, obstrucción o sangramiento digestivo².

En la radiografía de abdomen simple de pie, se constató la dilatación de asas intestinales delgadas, con una imagen aérea redondeada de bordes regulares y finos con un nivel hidroaéreo en su interior a nivel de la fosa iliaca derecha (punta flecha), que desplazaba las asas intestinales hacia la izquierda. Es posible plantear como diagnóstico una obstrucción intestinal, sin poder concluir la posible determinación etiológica.

Otros autores refieren en sus trabajos que el mecanismo de la obstrucción en el recién nacido incluye: la invaginación, vólvulo, la hernia interna por persistencia de la unión del divertículo a el ombligo por el conducto onfalomesentérico obliterado, diverticulitis, banda mesodiverticular, cuerpo extraño impactado en el divertículo o la inclusión del divertículo en un verdadero nudo formado entre el íleon y el sigmoide⁴.

Se coincidió con los investigadores del tema, al plantear que la sintomatología obstructiva es la segunda forma más frecuente de presentación del divertículo de Meckel en el recién nacido y el diagnóstico raramente es hecho en el preoperatorio y solo se puede establecer con certeza si el divertículo es visualizado en el sitio de la obstrucción⁴⁻⁶.

El estudio radiológico es más relevante en los pacientes con signos y síntomas clínicos o derivados de sus complicaciones. Los estudios contrastados de intestino delgado o su visualización retrógrada de la región ileal con bario mediante colon por enema mantienen su papel diagnóstico en estos casos, a pesar del desarrollo tecnológico alcanzado mediante las técnicas actuales.

En las investigaciones convencionales con bario se presenta como una dilatación ciega a nivel del borde antimesentérico del intestino delgado unido por un pliegue trirradiado convergiendo con el íleon, por lo general, se localiza a nivel del cuadrante inferior derecho, en la región pélvica o en la región periumbilical; esta última localización es secundaria a adherencias o bandas congénitas que fijan el divertículo al ombligo o algunos segmentos del intestino⁴⁻⁶.

Existen muchas enfermedades que semejan a este divertículo en los exámenes radiológicos, que deben tenerse en cuenta al realizar un diagnóstico etiológico, tales como: el divertículo solitario, la duplicidad intestinal, pseudosaculaciones y las cavidades malignas del intestino delgado como el linfoma y tumores malignos⁴⁻⁶, en las cuales, la radiografía simple de abdomen y los estudios contrastados pueden ayudar a establecer la etiología.

El divertículo de Meckel en el recién nacido demuestra variadas formas de presentación clínico-radiológica, lo que dificulta su diagnóstico en el neonato. Se hace necesario e importante mantener un alto índice de sospecha en recién nacidos con cuadro oclusivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chan KW, Lee KH, Mou JW, Cheung ST, Tam YH. Laparoscopic management of complicated Meckel's diverticulum in children: 10 year review. Surg Endosc. 2008[citado 20 ene 2012]; 22 (6): 1509-12. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00464-008-9832-0#page-1>

2. Menezes M, Tareen F, Saeed A, Khan N, Pury P. Symptomatic Mecke's diverticulum in children: a 16 year review. *Pediatr Surg Int*. 2007[citado 20 ene 2012]; 24: 575-7. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00383-007-2094-4#page-1>
3. Aguayo P, Fraser JD, St Peter SD, Ostlie DJ. Perforated Meckel`s diverticulum in a micropremature infant and review of the literature. *Pediatr Surg Int*. 2009[citado 20 ene 2012]; 25 (6): 539-41. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00383-009-2378-y#page-1>
4. Levy AD, Hobbs CM. Meckel diverticulum: radiologic features with pathologic correlation. *Radiographics*. 2004[citado 20 ene 2012 24 (2); 565-87. Disponible en: <http://pubs.rsna.org/doi/abs/10.1148/rq.242035187>
5. Bartram CI, Amess JA. The diagnosis of Meckel's diverticulum by small bowel enema in the investigation of obscure intestinal bleeding. *Br J Surg*. 1980 [citado 20 ene 2012]; 67(6):417-8. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bjs.1800670611/abstract>
6. Maglinte DD, Elmore MF, Isenberg M, Dolan PA. Meckel diverticulum: radiologic demonstration by enteroclysis. *AJR Am J Roentgenol*. 1980[citado 20 ene 2012]; 134 (5):925-32. Disponible en: <http://www.ajronline.org/doi/abs/10.2214/ajr.134.5.925>

Recibido: 15 de mayo de 2013

Aprobado: 27 de septiembre de 2013

Dr. *Regis Gerardo Rosales Labrada*. Hospital Pediátrico Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Holguín. Cuba.
Correo electrónico: rrosales@hpuh.sld.hlg.cu