

Presentación atípica de un dolor abdominal.

Martín Sobrino, C.
Servicio Pediatría. GAI-CR.

Resumen

Este artículo ofrece una breve revisión sobre la clínica, diagnóstico y tratamiento del divertículo de Meckel, una de las malformaciones congénitas más comunes que resulta de un remanente embrionario del conducto onfalomesentérico. Este divertículo, que puede contener tejido anormal, tiene una incidencia del 2% a menudo no causa síntomas por sí solo, pero puede manifestarse a través de complicaciones como sangrado digestivo, obstrucción o perforación intestinal. La gammagrafía con Tecnecio 99 es la herramienta clave para su diagnóstico, y la cirugía suele ser el enfoque preferido para el tratamiento en pacientes pediátricos.

This article offers a brief review of the clinical features, diagnosis, and treatment of Meckel's diverticulum, one of the most common congenital malformations resulting from an embryonic remnant of the omphalomesenteric duct. This diverticulum, which may contain abnormal tissue, has an incidence of 2% but often does not cause symptoms on its own, but can manifest itself through complications such as digestive bleeding, intestinal obstruction or perforation. Technetium 99 scintigraphy is the key tool for its diagnosis, and surgery is usually the preferred approach for treatment in pediatric patients.

Palabras clave: Divertículo, hemorragia gastrointestinal, perforación, anomalías congénitas

Keywords: Diverticulum, gastrointestinal bleeding, perforation, congenital anomalies

Correspondencia: cmartinsobrino@sescam.jccm.es

1. Introducción

El divertículo de Meckel (DM) es la anomalía congénita más común en el sistema digestivo de los niños, afectando aproximadamente al 2%-4% de la población, siendo más común en niños que en niñas [1].

Johann Friedrich Meckel, un anatomista alemán, describió por primera vez esta condición en 1809, relacionándola con la persistencia del conducto vitelino durante el desarrollo embrionario.

Comúnmente se hace referencia al divertículo de Meckel con la regla de los 2: 2

- Ocurre en el 2% de la población (1%-4%).
- Relación hombre/mujer 2:1.
- Se localiza frecuentemente a 2 pies (60 cm) de la válvula ileocecal, en el borde antimesentérico.
- Mide usualmente 2 cm de diámetro.

- Mide constantemente 2 pulgadas (5 cm) de longitud.
- Puede contener 2 tipos de tejido ectópico (comúnmente gástrico y pancreático).
- Es más habitual antes de los 2 años de edad.

El Divertículo de Meckel es un pequeño saco que se encuentra en el borde del intestino delgado, a menudo cerca del íleon, y a menudo contiene tejido anormal, como mucosa gástrica o pancreática. La mayoría de los casos no presentan síntomas y se diagnostican incidentalmente durante exámenes abdominales por otras razones. Sin embargo, cuando se presentan síntomas, pueden incluir hemorragia digestiva, obstrucción intestinal, diverticulitis e invaginación intestinal, lo que puede ser potencialmente mortal [2].

Diagnosticar el DM puede ser difícil debido a una variedad de síntomas no específicos, y los estudios de imagen no siempre son concluyentes. El propósito de este caso es describir una forma de

presentación, así como discutir los síntomas, signos y opciones de diagnóstico y tratamiento.

2. Caso Clínico

Niño de 6 años sin antecedentes personales de interés que es traído a urgencias por dolor abdominal continuo generalizado desde hace un día. Presentó deposiciones líquidas durante los días previos (sin realizar deposición desde entonces). Ingesta adecuada. Refiere, además mucosidad y tos. No hábito estreñido. No ambiente epidémico familiar.

El día previo a la consulta comenzó con dolor generalizado en abdomen, en las horas previas ha comenzado con fiebre de hasta 38,5°C con dolor que en el momento de la consulta se localiza en región suprapúbica. El dolor no cede con toma de Ibuprofeno.

Su madre refiere que nota el abdomen más duro de lo habitual, y que nota que tiene molestias con la micción, ya que tiene que orinar sentado por el dolor que le genera.

Exploración física

Presentaba un Triángulo de Evaluación Pediátrica estable a la exploración. Afebril, con Buen estado general, bien hidratado, normocoloreado y normoperfundido. Sin signos de trabajo respiratorio.

A la exploración abdominal presentaba un abdomen no distendido, con defensa generalizada, dudosamente voluntaria, dolor generalizado a la palpación. No se palpaban masas ni megalias. Blumberg dudoso, Rosving -. Murphy -. Signo del psoas positivo. Puñopercusión renal positiva bilateral.

Resto de la exploración por aparatos y sistemas sin alteraciones.

Pruebas complementarias:

- Rx abdominal: Abundantes heces en marco cólico, sin presentar signos de obstrucción.
- Analítica con hemograma: 20800 L (18500 S, 1200 L, 1100 M), hb 12.7 g/dl, plaquetas

356000. Estudio de coagulación con valores normales.

- Resultados bioquímicos con parámetros normales, salvo parámetros infecciosos con PCT de 3.6 mg/dl, PCR 2.69 ng/ml.
- Gasometría venosa: con valores normales.
- Hemograma control a las 6 horas sin presentar variaciones.
- Hemocultivo (extraído antes de inicio de antibioterapia): Negativo
- Test rápido SGA: negativo.
- Sedimento de orina: uratos amorfos.
- Resultados TAC abdominal con contraste urgente: Hallazgos compatibles con diverticulitis de Meckel complicado con perforación, con neumoperitoneo asociado y signos de peritonitis

Evolución del paciente:

Durante las horas siguientes, el paciente es reexplorado. Permanece con buen estado general, pero con dolor abdominal provocado por la movilización, escaso dolor espontáneo. Se pauta analgesia iv, a pesar de lo cual no mejora el dolor. Aunque el paciente permanece con buen estado general y permanece afebril, llama la atención abdomen con defensa, refiriendo el paciente dolor periumbilical, pero con dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, sin Blumberg positivo, pero con salto monopodal positivo.

Se solicita ecografía abdominal urgente y se completa estudio con TAC abdominal que confirma perforación intestinal (divertículo de Meckel) con peritonitis asociada.

Es valorado por cirugía de nuestro centro, que contacta con cirugía pediátrica, para traslado urgente iniciando previamente analgesia y antibioterapia con piperacilina-tazobactam 400 mg/kg/dosis (cada 6 h).

Exploración abdominal al alta: Abdomen: doloroso a la palpación de forma difusa, muy pronunciado en fosa iliaca derecha a la palpación, pero con Blumberg y psoas negativo.

En Cirugía se realiza resección de divertículo de Meckel perforado y apendicetomía sin incidencias.

3. Discusión

El divertículo de Meckel (DM) es conocido en cirugía pediátrica como una patología de baja incidencia generalmente sin síntomas, pero puede presentar una variedad de manifestaciones clínicas y complicaciones graves, como hemorragia gastro-intestinal, diverticulitis y obstrucción intestinal [3]. Para su diagnóstico, se pueden utilizar varias pruebas, como radiografía de abdomen simple, ecografía y gammagrafía con Tecnecio 99, siendo esta la prueba de elección. La cirugía es la opción para casos complicados, como la resección del divertículo, mientras que el manejo de casos asintomáticos es objeto de debate, con argumentos tanto a favor como en contra de la extirpación quirúrgica [4].

Existe gran controversia sobre remover el divertículo cuando se ha hallado incidentalmente. El cirujano puede escoger dejar el divertículo o llevar a cabo ya sea una diverticulectomía simple o una resección ileal [5].

La laparoscopia puede ser útil en el diagnóstico y tratamiento del divertículo de Meckel, además puede ser utilizada para resecar un divertículo que ha sido descubierto incidentalmente [6].

4. Conclusión

El divertículo de Meckel es poco común en niños y generalmente no causa síntomas. Suele manifestarse alrededor de los 2 años, aunque ha de tenerse en cuenta a cualquier edad. Los síntomas están relacionados con complicaciones y pueden parecerse a otras enfermedades como apendicitis aguda, diverticulitis y enfermedades inflamatorias intestinales. El tratamiento recomendado en niños es la cirugía, y se aconseja la extirpación del divertículo tan pronto como se detecte, independientemente de si hay síntomas presentes [5].

Es una patología que ha de estar presente siempre en el diagnóstico diferencial de un dolor abdominal agudo o ante un sangrado indoloro en un niño [6].

5. Bibliografía

Referencias

- [1] Rasool N, Hussain I, Akhtar J, et al. Various presentations of omphalomesenteric duct remnants in children. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2002;12(4):204-207. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/289158331_Various_presentations_of_omphalomesenteric_duct_remnants_in_children
- [2] Poley R. Bleeding Meckel's diverticulum in a 4-month-old infant: Treatment with laparoscopic diverticulectomy. A case report and review of the literature. *Clin Exp Gastroenterol.* 2009;2:37-42.
- [3] Kotha VK, Khandelwal A, Saboo SS, et al. Radiologist's perspective for the Meckel's diverticulum and its complications. *Br J Radiol.* 2014;87(1037):20130743. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4075535/>
- [4] Chen Q, Gao Z. Multifaceted behavior of Meckel's diverticulum in children. *J Pediatr Surg.* 2018;53(4):676-681. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022346817308114>
- [5] Sagar J, Kumar V, Shah DK. Meckel's Diverticulum: a Systematic Review. *J R Soc Med.* 2006;99(10):501-505.
- [6] Martin JP, Connor PD, Charles K. Meckel's diverticulum. *Am Fam Physician.* 2000;61(4):1037-1042, 1044. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10706156/>