

Divertículo de Meckel en lactante de siete meses

José Edilberto Suárez Nadal,¹ Thomas Jefferson Mason Cordero,²
 Jacobo Juárez,³ José Alberto Castilla Barajas⁴

Lactante masculino de siete meses, sin antecedentes de importancia, remitido por hematoquecia que requirió estabilización hemodinámica, con Hb de 7.6 g/dL; se le realizó una transfusión sanguínea. Los estudios simples de imagen, ecografía de abdomen, serie gastroduodenal, enema opaco, endoscopias alta y baja, y gammagrama T-99 arrojaron resultados negativos. Con sospecha de divertículo de Meckel (DM), se optó por búsqueda de lesiones por vía laparoscópica, y fue confirmado. Se realizó resección intestinal segmentaria que incluía el divertículo con anastomosis término-terminal; cursó postoperatorio sin complicaciones.

El DM representa la persistencia del conducto onfalo-mesentérico, estructura que se fibrosa entre la quinta y séptima semanas de gestación. Es un verdadero divertículo, ya que contiene todas las capas de la pared intestinal. El DM fue descrito inicialmente por Fabricius Hildanus¹ en 1598, y su origen embriológico en 1809 por Johann Meckel.² Es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal:³ tanto en los Estados Unidos como en Europa se reportan prevalencias entre 0.5 y 2% de la población general, con predominio del género masculino (2.4:1); la distribución étnica es de 63.4% en blancos, 4.7% en afroamericanos, 16.4% en hispanos y 3.9% en asiáticos. En México, la prevalencia es del 1.2%. En 60%

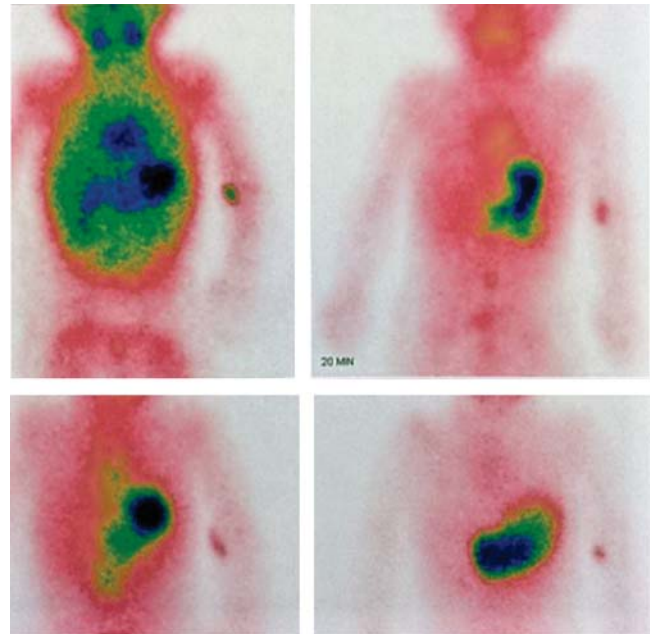


Figura 1. Estudio de gammagrafía con Tecnecio-99 buscando la presencia de divertículo de Meckel con resultados negativos (se trató de un falso negativo).



Figura 2. Pieza quirúrgica tras la resección intestinal segmentaria, incluyendo al divertículo de Meckel en un lactante de siete meses que se manifestó por hematoquecia. Hallazgos histológicos de mucosa gástrica heterotópica.

¹ Cirujano Pediatra. División de Cirugía.

² Gastroenterólogo Pediatra. División de Pediatría.

³ Pediatra. División de Pediatría.

⁴ Interno de Pregrado. División de Pediatría.

Hospital Ángeles León.

Correspondencia:

Dr. Thomas Jefferson Mason Cordero

Correo electrónico: tommymasonv@yahoo.com

Aceptado: 10-08-2016.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

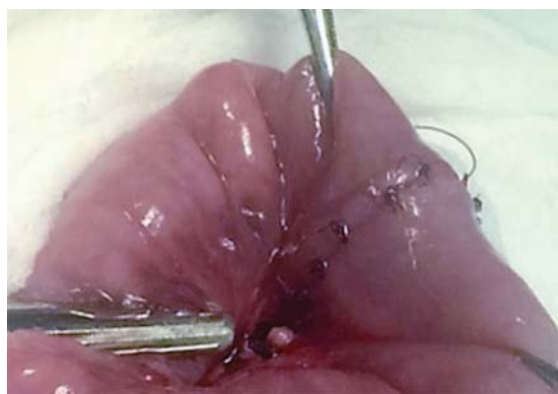


Figura 3. Anastomosis término-terminal posterior a la resección intestinal segmentaria por divertículo de Meckel en un lactante de siete meses.

se presenta antes de los cuatro años de edad y el 30% lo hace antes del año.⁴ Las principales manifestaciones clínicas en menores de dos años son hematoquecia (58% de las veces el sangrado es anemizante) y obstrucción intestinal. Otros síntomas presentes en el 50% de los casos en lactantes son dolor abdominal (68.4%), vómitos (68.4%), fiebre (47.3%) y distensión abdominal (39.4%). Como método diagnóstico, el ultrasonido tiene poca utilidad (sólo 15.5%); la gammagrafía⁵ con tecnecio, por la propiedad de concentrarse en la mucosa gástrica ectópica, tiene sensibilidad de 80 a 90% y especificidad del 95%. Sin embargo, los resultados falsos negativos (como en este caso) son más comunes en niños que en adultos; se presentan por la rápida dilución del radiotrazador de-

bido al sangrado rápido, a escasa mucosa ectópica o por pobre irrigación de la zona. Histológicamente, la mucosa gástrica heterotópica se encuentra hasta en 62% de los pacientes. En el diagnóstico diferencial deben tomarse en cuenta la duplicación intestinal, el vólvulo, la invaginación intestinal y la apendicitis.

Ante hematoquecia, debe estabilizarse al paciente con líquidos y paquete globular; efectuar colonoscopia y gammagrafía con tecnecio. Respecto al tratamiento, la laparoscopia⁶ es segura y eficiente tanto en diagnóstico como para el tratamiento definitivo del DM, además de presentar bajas complicaciones intra- y postoperatorias, por lo que permite acortar el periodo de recuperación.

REFERENCIAS

1. Jones EW. The life and works of Guilielmus Fabricius Hildanus (1560-1634). *Med Hist.* 1960; 4: 196-209.
2. Meckel JF. Über die divertikel am darmkanal. *Arch die Physiologie.* 1809; 9: 421-453.
3. Park JJ, Wolff BG, Tollefson MK. Meckel diverticulum: the Mayo Clinic experience with 1,476 patients (1950-2002). *Ann Surg.* 2005; 241: 529-533.
4. Alemayehu H, Hall M, Desai AA, St Peter SD, Snyder CL. Demographic disparities of children presenting with symptomatic Meckel's diverticulum in Children's Hospitals. *Pediatr Surg Int.* 2014; 6: 649-653.
5. Vali R, Daneman A, McQuattie S, Shammass A. The value of repeat scintigraphy in patients with a high clinical suspicion for Meckel diverticulum after a negative or equivocal first Meckel scan. *Pediatr Radiol.* 2015; 45: 1506-1514.
6. Chan KW, Lee KH, Wong HY, Tsui SY, Wong YS, Pang KY et al. Laparoscopic excision of Meckel's diverticulum in children: what is the current evidence? *World J Gastroenterol.* 2014; 20: 15158-15162.