

Intususcepción intestinal por divertículo de Meckel invertido en un adolescente: Reporte de un caso

Drs. Daniel Lilayú V¹, Pía Franjola V², Rodrigo Meza A², Gonzalo Lilayú C³

RESUMEN

Se reporta un caso de un paciente de 16 años, con una intususcepción intestinal por un divertículo de Meckel invertido, intervenido de urgencia con el diagnóstico de obstrucción intestinal secundaria a intususcepción ileo-ileal. (**Palabras claves/Key words:** intususcepción intestinal/intussusceptions, Divertículo de Meckel/ Meckel's Diverticulum).

INTRODUCCIÓN

La intususcepción intestinal se produce cuando un segmento de intestino y su mesenterio se invaginan en la luz de un segmento intestinal adyacente. La intususcepción constituye el 1% de todas las causas de oclusión intestinal en adultos. La mayoría de las intususcepciones ocurren en niños, presentándose sólo en un 5% en el adulto¹.

El primer cirujano que clasificó las diferentes variedades de divertículos intestinales fue Johann Friedrich Meckel en 1809, quien describió una obliteración incompleta del conducto onfalomesentérico, por lo que este divertículo lleva su nombre².

El divertículo de Meckel es considerado como la más común de las anomalías congénitas del tracto intestinal afectando al 2% a 3% de la población general^{3,4,5}, siendo aun más infrecuente una intususcepción derivada de la invaginación de éste.

Kuttner en 1898 describió la intususcepción del intestino delgado secundaria a un divertículo de Meckel⁶.

Normalmente el conducto onfalomesentérico se oblitera y desaparece entre la 7^a y la 8^a semana de vida fetal, cuando la placenta reemplaza al saco vitelino en su función nutricional. El defecto de esta involución da lugar a varias alteraciones; entre

ellas, el que esta estructura se oblitere parcialmente constituyendo un divertículo intestinal⁷.

En teoría, el rápido pasaje del contenido del intestino delgado por la zona en la que se encuentra la abertura del divertículo, crea un vacío parcial dentro de éste.

Al existir un proceso inflamatorio se produce un engrosamiento de las paredes y la formación de un pseudópilo, lo cual aumentaría la peristalsis de las paredes del divertículo y empujaría gradualmente la mucosa del intestino y luego la serosa al interior del lumen intestinal⁸.

En adultos cualquier lesión en la pared intestinal que altere el peristaltismo, es capaz de iniciar la invaginación. La peristalsis da lugar a que un segmento proximal del intestino se introduzca en el segmento distal relajado. Cuando esto ocurre el mesenterio resulta atrapado y lleva a un ciclo de compresión vascular, edema y eventualmente necrosis isquémica de la pared intestinal^{9,10}.

El presente reporte tiene como objetivo presentar y discutir un caso de intususcepción intestinal secundaria a un divertículo de Meckel invertido, como causa de obstrucción intestinal.

CASO CLINICO

Paciente varón de 16 años de edad, que presenta como único antecedente episodios

¹ Servicio de Cirugía Hospital Base de Osorno.

² Servicio de Cirugía Hospital Base de Osorno.

³ Alumno de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile. Valdivia.

Correspondencia a: Dr. Daniel Lilayú Vivanco, dlilayu@hotmail.com

autolimitados de dolor abdominal moderado desde el año 2004, con una frecuencia de 6 veces por año, que cedían a la administración de antiespasmódicos orales, catalogándose como un trastorno digestivo funcional en diferentes centros.

Durante el mes de Julio del presente año, es evaluado en 2 oportunidades en 24 horas en el Hospital Base de Osorno por un cuadro caracterizado por dolor abdominal localizado principalmente en la región epigástrica, de carácter cólico, sin irradiación, de intensidad creciente, llegando a un tope de 4 a 5 en la escala de EVA, sin factores atenuantes ni agravantes. Se agrega distensión abdominal, cefalea de mediana intensidad, náuseas y vómitos, diagnosticándose una gastroenterocolitis aguda, e indicándosele antiespasmódicos inyectables y tratamiento ambulatorio domiciliario.

Al día siguiente consulta a médico en el extrasistema donde se hospitaliza de urgencia, constatándose un paciente con intenso dolor abdominal epigástrico de intensidad 9 de 10 en la escala de EVA, con signos vitales normales e hidratado. Al examen abdominal se pesquisan ruidos hidroaéreos levemente aumentados, con sensibilidad en epigastrio y hemiabdomen inferior con Blumberg esbozado.

Dentro de los exámenes de laboratorio practicados, se destaca una leucocitosis de 15.610 mm³, con predominio de segmentados de un 85%, velocidad de sedimentación 5mm/hr., proteína C reactiva de 0,5mg/L y amilasemia dentro de los rangos normales. Se practica una ecotomografía abdominal y pelviana de urgencia la cual evidencia asas conglomeradas en fosa iliaca derecha con compromiso de asas intestinales en región supramesical y flanco izquierdo, líquido libre en hemiabdomen inferior e imagen intestinal ileo-ileal con aspecto de invaginación.



FIGURA 1: Imagen ecotomográfica de la intususcepción ileo-ileal, corte transversal.



FIGURA 2: Imagen ecotomográfica de la intususcepción ileo-ileal, corte longitudinal.

Se decide exploración quirúrgica de urgencia, mediante laparotomía paramediana derecha supra e infraumbilical, con el diagnóstico de probable obstrucción abdominal secundaria a intususcepción intestinal. En el intraoperatorio se encuentran asas de intestino delgado intensamente aglomeradas y ubicadas en fosa iliaca izquierda de 10 x 10 cm, lo que dificulta la exploración. Se pesquisa regular cantidad de líquido libre de aspecto seroso, sin mal olor.

Dentro de la exploración y la manipulación se encuentra a 15 cms de la válvula ileocecal una intususcepción del asa ileal. Se realiza ileotomía de descompresión de 1cm de longitud inmediatamente distal a la zona intususceptada, observándose a través de ésta, cianosis y edema del asa encarcelada. Se logra la desinvaginación del segmento, encontrándose como hallazgo un divertículo de Meckel de 4 x 2cm de paredes engrosadas, inflamadas pero indemnes, con engrosamiento parcial y moderado de su mesenterio, sin ningún otro hallazgo patológico en la exploración ya sea tumoral o adenopatías. El asa intestinal comprometida rápidamente recupera su vitalidad e irrigación, por lo que se practica sutura intestinal de la ileotomía con puntos corridos de polipropileno 6.0. Se practica resección en cuña del divertículo de Meckel y se sutura el intestino con polipropileno 6.0, enviándose la pieza quirúrgica a biopsia y dejando un drenaje tubular por contrabertura. El paciente presenta un excelente postoperatorio con disminución de su sintomatología dolorosa y recuperación del tránsito intestinal al tercer día postoperatorio, dándose de alta al quinto día después de su ingreso. La biopsia informó macroscópicamente un fragmento tisular

infundibuliforme con un diámetro de 3,5 cm x 1,5 cms. En el espesor de la muestra se describe una lesión polipoídea de 2,5 cm de diámetro y signos de intususcepción. Al examen microscópico se observa pared del intestino delgado con un área hemorrágica asociada a la lesión polipoídea, constituida por mucosa de tipo gástrico corporal sin atipias. En relación a la lesión polipoídea se observó además, edema leve e infiltración linfoplasmocitaria. No observándose signos de malignidad.

DISCUSIÓN

La intususcepción intestinal es una causa muy poco frecuente de obstrucción intestinal en adultos, representando aproximadamente el 5% de ellas^{1,11,14}.

Es aún más infrecuente el que esta intususcepción sea por un Divertículo de Meckel, ya que en los reportes nacionales sólo se encuentran un caso en un adulto joven¹¹.

La literatura revisada es heterogénea en sus conclusiones, en la que se sugiere por un lado la resección de todo el intestino comprometido por el riesgo de una malignidad y por otro, una conducta más conservadora y menos resectiva del intestino^{1,11-20}.

Reportamos este caso por lo poco frecuente del hallazgo intraoperatorio de un divertículo de Meckel como causante de intususcepción, aparentemente sin complicación del divertículo e intestino adyacente y ante la presencia de esta patología en un adolescente de sólo 16 años sin sospecha de malignidad. Es por esta razón, que se decidió evitar una cirugía más extensa y radical.

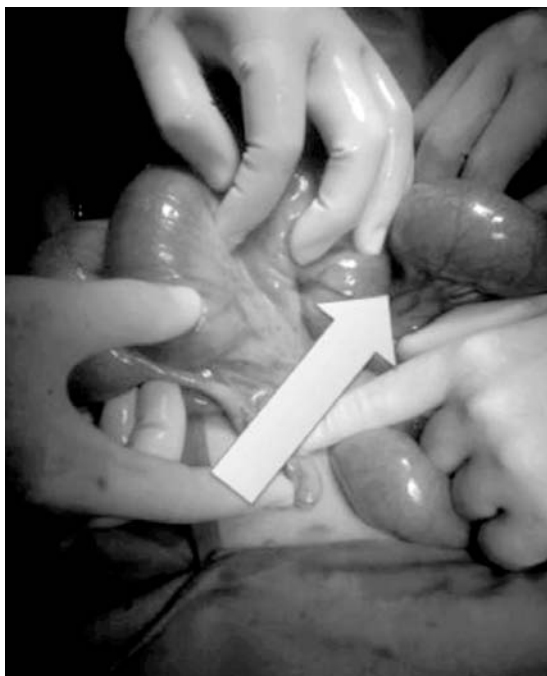


FIGURA 3: Región ileal intususceptada.

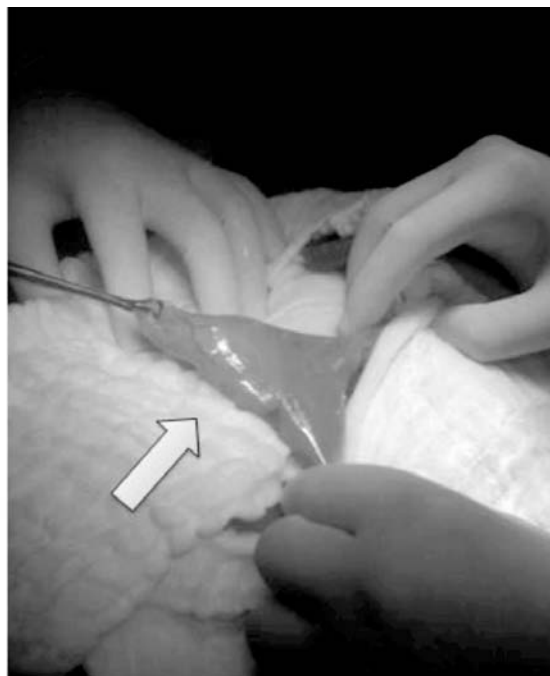


FIGURA 4: Divertículo de Meckel.

REFERENCIAS

1. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg* 1997; 226 (2): 134-8.
2. Meckel JF. Über Die Divertikel am Darmkanal. *Arch die Physiologie* 1809; 9: 421-53.
3. Soderlund S. Meckel's diverticulum. A clinical and histologic study. *Acta Chir Scand* 1959; 248: 13-233.
4. Turgeon DK, Barnett JL. Meckel's diverticulum. *Am J Gastroenterol* 1990; 85:777-81.
5. Moore TC. Omphalomesenteric duct malformation. *Semin Pediatr Surg*. 1996; 5:116-23.
6. Yahchouchy EK, Marano AF, Etienne JCF, Fingerhut AL. Meckel's diverticulum. *J Am Coll Surg* 2001; 192: 658-62.
7. Zúñiga GA. Divertículo de Meckel. *Revista Médica Hondureña* 1990. Vol 58.
8. William E. Lower. Intussusception in adults due to the invagination of a Meckel's diverticulum. *Ann Surg*. 1925 September; 82(3): 436-40.
9. Napora T, Henry K, Lovett T, Beeson M. Transient adult jejunal intussusception. *J Emerg Med* 2003; 24: 395-400.
10. Mancebo Aragonese L, Moral Cebrián I, Castaño Pascual A, Sanz Cerezo MJ, Alegre Bernal N, Delgado Galán M. Invaginación intestinal en el adulto. *Emergencias*. 2005; 17: 87-90.
11. F Cardemil, P Gac, J Amat, F Huidobro, M Villanueva, P Covarrubias y cols. Divertículo de Meckel invertido como causa de intususcepción intestinal en el adulto: reporte de un caso. *Rev. Chil Cir*. Abril 2005 Vol 57 - N° 2: 160-3.
12. Martin JP, Connor PD, Charles K. Meckel's Diverticulum Am Fam Physician. 2000 Feb 15;61 (4): 1037-42, 1044.
13. Jacobsen D. Image of the Month-Diagnosis. *Arch Surg*. 2006; 141:216.
14. Begos DG, Sandor A, Modlin IM. The diagnosis and management of adult intussusception. *Am J Surg* 1997; 173: 88-94.
15. Martin JG, Torralba A, Liron R, Flores B, Miguel J, Aguilar J, Aguayo JL (2004) Intestinal invagination in adults: preoperative diagnosis and management. *Int J Colorectal Dis*. 2004 Jan; 19(1): 68-72
16. Weilbaecher D, Bolin J A, Hearn D, Ogden W 2nd. Intussusception in adults. Review of 160 cases. *Am J Surg* 1971; 121: 531-35.
17. Susan M. Cera. Intestinal Intussusception. Clinics in colon and rectal surgery. Volume 21, number 2 2008.
18. Kris P, Patrick H.D. Intussusception in adults. *Can J Surg*, Vol. 50, No. 6, December 2007.
19. Takeuchi K, Tsuzuki Y, Ando T and cols. The Diagnosis and Treatment of Adult Intussusception. *J Clin Gastroenterol* 2003; 36(1):18-21.
20. Marinis A, Yiallourou A, Samanides L and cols. Intussusception of the bowel in adults: A review. *World J Gastroenterol* 2009 January 28; 15(4): 407-11.