

## CASOS CLÍNICOS

# Divertículo de Meckel invertido como causa de intususcepción intestinal en el adulto: reporte de un caso

## Inverted Meckel's diverticulum as a cause of intestinal intussusceptions in the adult: a case report

Drs. F CARDEMIL, P GAC, J AMAT, F HUIDOBRO, M VILLANUEVA, P COVARRUBIAS.  
Als. C CÁRCAMO, N MELGAREJO, J LÓPEZ, E MIRANDA.

Departamento de Cirugía y Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universidad de Chile

### RESUMEN

Se reporta el caso de un paciente con divertículo de Meckel invaginado asociado a intususcepción con clínica de obstrucción intestinal intermitente y simulando un posible tumor de intestino delgado. Se discute su fisiopatología, clínica, estudio imagenológico y tratamiento.

**PALABRAS CLAVES:** *Divertículo de Meckel invertido, intususcepción intestinal*

### SUMMARY

We report the case of a patient with invaginated Meckel's diverticulum associated to intussusception with clinical intermitent intestinal obstruction and simulating a possible tumor in the small intestine. Its physiopathology, clinical, imagenology study and treatment are discussed.

**KEY WORDS:** *Inverted Meckel's diverticulum, intussusception, intestine*

### INTRODUCCIÓN

El divertículo de Meckel es un divertículo intestinal verdadero que resulta de una obliteración incompleta del ducto onfalomesentérico o vitelino durante la quinta semana de desarrollo fetal. Contiene todas las capas normales de la pared intestinal y aproximadamente en un 50% tiene tejido ectópico, del cual el 60% corresponde a mucosa

gástrica<sup>1</sup>. Otros tejidos ectópicos son tejido pancreático, mucosa colónica, endometriosis o tejido hepatobiliar.

El divertículo de Meckel es considerado como la más frecuente de las anomalías congénitas del tracto intestinal, afectando al 2% de la población general<sup>2</sup>. La ubicación del divertículo de Meckel a lo largo del intestino delgado es variable, pero generalmente se ubica dentro de los primeros 100 cms

<sup>1</sup>Recibido el 18 de noviembre de 2004 y aceptado para publicación el 14 de enero de 2004.

Email: r

desde la válvula ileocecal, habiéndose reportado cifras de hasta 180 cm de distancia. En 1812 Meckel reportó que el riesgo de complicaciones era de un 25%<sup>3</sup>. Estudios más recientes han demostrado que el riesgo de desarrollar complicaciones durante la vida es de alrededor del 4%<sup>4</sup>. Las complicaciones más frecuentes son la hemorragia, obstrucción, intususcepción, diverticulitis, perforación y neoplasia. La hemorragia es la complicación más frecuente en niños y es resultado de la ulceración de la mucosa gástrica ectópica. En adultos es más frecuente la obstrucción y la diverticulitis. La inversión en el adulto es bastante rara y solo unos pocos casos han sido reportados. Generalmente va asociada a intususcepción. Se presenta el caso de un adulto con divertículo de Meckel invertido como causa de intususcepción intestinal

### CASO CLÍNICO

Paciente de 29 años, sin antecedentes de importancia, que consulta por cuadro de 2 meses de evolución de dolor periumbilical tipo puntada intermitente, asociado en algunas ocasiones a diarrea (sin elementos patológicos) y meteorismo. Al consultar el paciente se encuentra en buenas condiciones, pulso de 60/min. regular, presión arterial (PA) 110/60, temperatura axilar de 36° C y examen físico normal. La ecotomografía abdominal reveló un segmento de asa dilatada con engrosamiento concéntrico de las paredes sugerente de proceso inflamatorio crónico o infiltrativo. Se continuó estudio con TAC abdominal y tránsito de intestino delgado (Figuras 1 y 2). Ambos estudios fueron concordantes

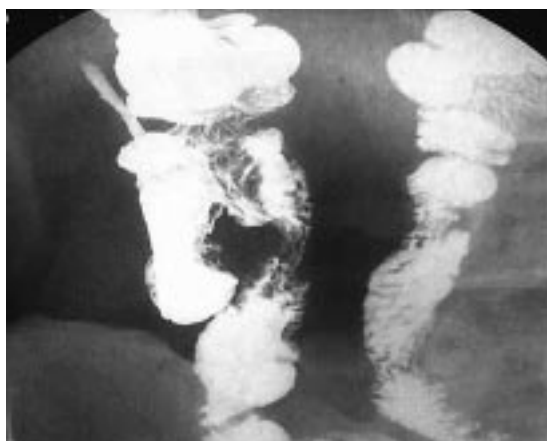


Figura 1. Tránsito intestinal que evidencia invaginación entero-enteral en región proximal del ileon, con posible lipoma en su interior



Figura 2. TAC de abdomen. Flecha indica el segmento de asa intestinal invaginada, de paredes engrosadas en forma concéntrica, con probable lipoma en su interior.

con una intususcepción intestinal, no permanente, asociado a un probable lipoma. Se realizó una RNM de intestino delgado que sugiere invaginación entero-enteral, sin identificar la causa (Figura 3). Se hospitaliza para resolución quirúrgica, con los diagnósticos de: Intususcepción de intestino delgado y probable tumor de intestino delgado. Se realiza laparotomía exploradora, donde se evidencia intususcepción del intestino delgado a 90 cm de la válvula ileocecal, más un tumor umbilicado en el



Figura 3. RNM de abdomen, que evidencia invaginación entero-enteral, cuya causa no es evidente por este método.

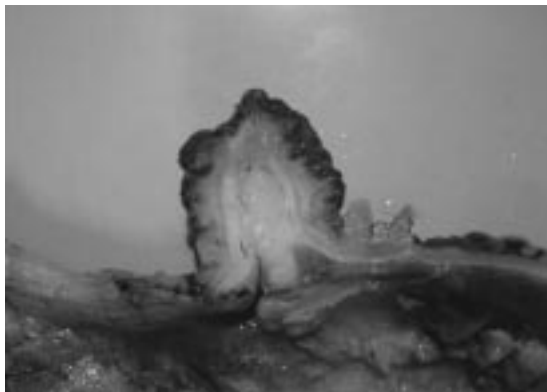


Figura 4. Divertículo de Meckel Invertido.

borde antimesentérico. Se realiza resección del segmento de íleon comprometido de 15 cm de longitud, más anastomosis término-terminal. La biopsia rápida no evidencia malignidad en lo examinado. El resto del intestino, sin otros hallazgos. El paciente evoluciona sin complicaciones en el postoperatorio. Es dado de alta al sexto día, en buenas condiciones.

#### Informe anatomopatológico

El examen macroscópico de la pieza quirúrgica, esta constituida por un segmento de intestino de 16 cms. de longitud, límites quirúrgicos de 7 y 5 cms. desde la lesión. A 6 cms. de este último límite hay una formación polipoídea de 3,5 cm de alto y base de implantación de 2,5 cm (Figura 4). Los 3 cm distales del pólipo están marcadamente congestivos y hemorrágicos. El resto de la mucosa presenta marcada congestión y focos de hemorragia en el tercio medio. En la cara serosa se observa, que a nivel de la lesión descrita, hay invaginación del tejido adiposo hacia el centro del pólipo. Al examen microscópico la lesión polipoídea presenta extensa ulceración de epitelio. Donde se conserva, éste adquiere una disposición ligeramente digitiforme, tapizado tanto por epitelio de tipo colónico como por epitelio de tipo gástrico. El estroma esta constituido por fibras musculares gruesas con focos hemorrágicos, infiltrado inflamatorio crónico y agudo y numerosas glándulas, la mayoría de las cuales presentan epitelio de tipo pilórico. Algunas de ellas con células de Paneth. Los cortes del resto de la pared de la pieza muestran mucosa de intestino delgado con focos hemorrágicos.

**Conclusión:** Divertículo de Meckel invertido, ulcerado e inflamado.

#### DISCUSIÓN

En el divertículo invertido como causa de intususcepción, se cree que la inversión misma es el proceso fisiopatológico primario causado por un inadecuado drenaje de secreciones por irritación e inflamación y no secundario a la intususcepción<sup>5</sup>. Los coprolitos y el tejido pancreático ectópico, pueden ser también causa de invaginación, sin embargo la inversión del divertículo en el lumen intestinal puede ocurrir sin síntomas o complicaciones, como en este caso. Pocos casos de Meckel invertido se han descrito y se han presentado con hemorragia melena u obstrucción. Nuestro paciente se presentó con síntomas abdominales vagos y si bien los estudios mostraron la intususcepción, ni siquiera la RNM fue capaz de identificar la causa, la que fue dada en la biopsia definitiva.

El diagnóstico preoperatorio del divertículo de Meckel es raro, debido a que cuando se complica los signos o síntomas no son patognomónicos, incluso cuando esta asociado a intususcepción. De ahí radica la importancia de la sospecha clínica en pacientes con síntomas de obstrucción intestinal persistente o recurrente, para evitar un retraso en el diagnóstico y eventuales complicaciones mayores. La radiografía de abdomen simple generalmente no es específica. En el tránsito intestinal se puede sospechar al observar el característico defecto de llenado de tipo oblongo en el íleon distal. Los hallazgos al TAC tampoco son específicos debido a que no se puede distinguir de un loop intestinal. Es específico solo si se observa grasa de la serosa del divertículo invertido en el centro de la intususcepción<sup>6</sup>. La RNM puede ser más útil al identificar con mayor exactitud el característico defecto de llenado ileal tipo oblongo del divertículo invertido y el clásico signo "target" compatible con invaginación ileo-ileal<sup>7</sup>.

El manejo de estos pacientes debe ser como el de una intususcepción de etiología no precisada, debido a que en el adulto en el 80 a 90% de éstas hay una lesión orgánica de base<sup>5</sup>, y en un 24 a 48% están asociadas a malignidad<sup>8,9</sup>. Se realiza una resección radical de toda la intususcepción, no recomendándose maniobras de reducción para evitar el esparcimiento del posible tumor maligno. Los pocos reportes acerca del manejo laparoscópico, lo consideran como una alternativa a la cirugía abierta en el caso de fuerte sospecha preoperatoria y dependiendo de algunos factores como la ubicación, extensión de la intususcepción, sospecha de malignidad y viabilidad del asa. Se le considera un procedimiento útil en el diagnóstico y tratamiento mínimamente invasivo de las intususcepciones, te-

niendo la desventaja de no poder palpar todo el intestino en busca de lesiones sincrónicas<sup>10,11</sup>.

### REFERENCIAS

1. Martin J, Connor P, Charles K. Meckel's Diverticulum. *Am Fam Physician*. 2000; 61: 1037-42.
2. Soderlund S. Meckel's diverticulum. A clinical and histologic study. *Acta Chir Scand* 1959; 248: 13-233.
3. Meckel JF. Ueber die Divertikel am Darmkanal. *Arch Physiol* 1809; 9: 421-53.
4. Leijonmarck CE, Bonman-Sandelin K, Frisell J, *et al*. Meckel's diverticulum in the adult. *Br J Surg* 1986; 73: 146-49.
5. Steinwald P, Trachiotis G, Tannebaum I. Intussusception in adult secondary to a inverted Meckel's diverticulum. *Am Surg* 1996; 62: 889-94.
6. Black LM, Ros PR, Smirniotopoulos JG, *et al*. Intussuscepted Meckel diverticulum: radiologic-pathologic correlation. *Comput Radiol* 1987; 11: 245-248.
7. Dujardin M, Op de Beeck, Osteaux M. Inverted Meckel's diverticulum as a leading point for ileoileal intussusception in a adult: case report. *Abdom Imaging* 2002; 27: 563-65.
8. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg* 1997; 226: 134-8.
9. Weilbaecher D, Bolin JA, Hearn D, *et al*. Intussusception in adults: review of 160 cases. *Am J Surg* 1971; 121: 531-5.
10. Karahasanoglu T, Memisoglu K, Korman U, *et al*. Adult Intussusception due to inverted meckel's diverticulum. *Laparoscopic Approach. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2003; 13: 39-41.
11. Saw EC, Ramachandra S. Laparoscopically assisted resection of intussuscepted Meckel's diverticulum. *Surg Laparosc Endosc* 1993; 13: 149-52.