

DIVERTICULO DE MECKEL: Valor de la ecografía en la urgencia

Dres. Julio Kaplan, Gabriela Porcel de Peralta, Mónica Galeano

INTRODUCCION

La persistencia de parte o la totalidad del conducto onfalomesentérico causa una gran variedad de anomalías postnatales, siendo el divertículo de Meckel la más frecuente e importante de ellas.

Las complicaciones del Divertículo de Meckel en niños no siempre se presentan con los síntomas clásicos y pueden generar dificultades para el diagnóstico.

La gammagrafía con pertecnetato de TC 99m es el método de elección para su detección.

La ecografía puede resultar una alternativa en aquellos pacientes en los que la gammagrafía es negativa o se presentan con síntomas atípicos.

CASO CLINICO

Paciente de 11 meses de vida de sexo femenino, sin antecedentes patológicos de importancia que consulta en el servicio de emergencias de otro hospital por catarro de vías aéreas superiores, constatándose durante la espera una deposición sanguinolenta descrita como "jalea de grosellas". No refiere vómitos.

Es derivada a nuestro hospital. con diagnóstico presuntivo de invaginación intestinal.

Al examen físico presenta palidez cutáneomu-

cosa, buena entrada de aire bilateral, abdomen blando y depresible que impresiona no doloroso con adecuada eliminación de gases.

Diuresis conservada.

Se interconsulta con cirugía y se realizan Rx directa de abdomen y colon por enema con resultado normal.

Se solicita ecografía abdominal que informa: asas intestinales distendidas localizadas en hipocondrio derecho visualizándose imagen redondeada, de múltiples capas, fija, de 1,4 cm de diámetro y con flujo vascular. No se observó líquido libre. (Figura 1 A, B, C)

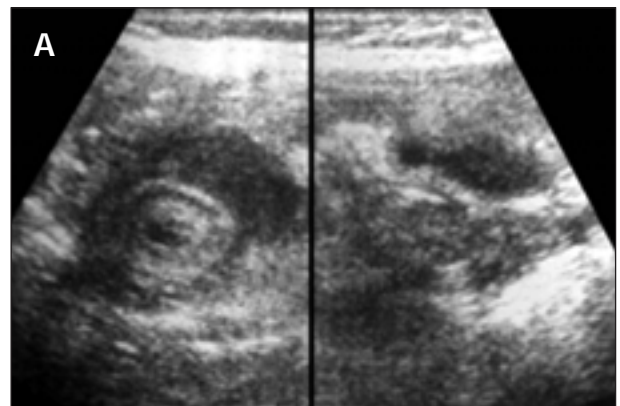


Figura 1A: Asas intestinales distendidas.

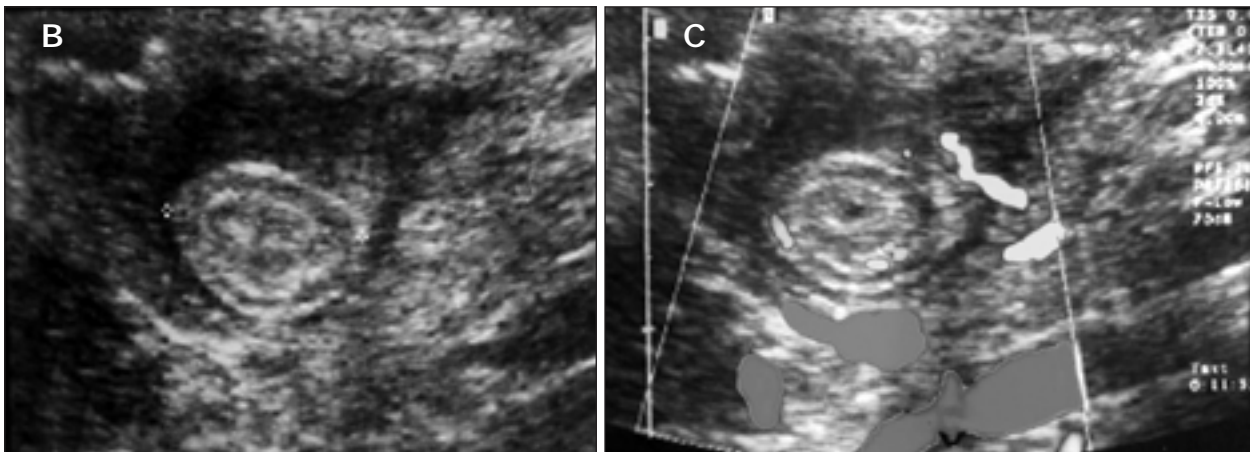


Figura 1 B, C: Imagen redondeada de múltiples capas con flujo vascular..

Se solicita centellograma con turno diferido a 10 días. Aunque no presentó síntomas durante la internación, teniendo en cuenta los hallazgos ecográficos y la imposibilidad de realizar el centellograma tempranamente se decide realizar laparoscopia exploradora.

Parte quirúrgico

Divertículo de Meckel complicado con asa contigua adherida, se realiza resección de 10 cm de intestino delgado y entero-entero anastomosis. Apendicetomía.

Anatomía Patológica

Divertículo de Meckel con metaplasia gástrica. Epiplón infartado, resección quirúrgica: hematoma.

La niña evoluciona favorablemente. Egreso hospitalario a los 4 días de la cirugía.

DISCUSION

El Divertículo de Meckel es la anomalía congénita más común del tracto gastrointestinal. originado por un cierre y reabsorción inadecuados del conducto onfalomesentérico que normalmente involuciona en la novena semana de vida fetal.

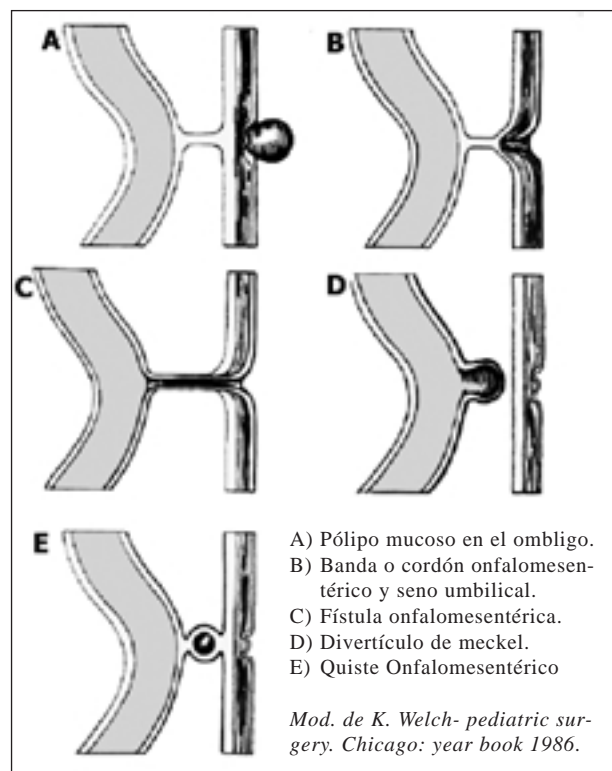
Ocurre entre el 1 y 3% de la población y solo el 4% de ellos presentan síntomas¹.

Se localiza habitualmente a 60 cm de la válvula ileocecal en el borde antimesentérico del ileon.

Es un verdadero divertículo ya que contiene todas las capas de la pared del intestino².

En el 60% de los pacientes se manifiesta clínicamente antes de los 10 años de edad con igual frecuencia en ambos sexos.

La persistencia del conducto, parcial o total, causa una gran variedad de anomalías postnatales donde se incluyen, además del divertículo de Meckel, fístula, seno y quiste umbilical o una cuerda fibrosa que une el ileon al ombligo (Figura 2).



A) Pólipo mucoso en el ombligo.
B) Banda o cordón onfalomesentérico y seno umbilical.
C) Fístula onfalomesentérica.
D) Divertículo de meckel.
E) Quiste Onfalomesentérico

Mod. de K. Welch- *pediatric surgery*. Chicago: year book 1986.

Figura 2: Anomalías del conducto onfalomesentérico.

Los remanentes onfalomesentéricos causan síntomas de dos formas: una como obstrucción intestinal por un vólvulo de intestino delgado alrededor de un conducto fibroso remanente, o por invaginación, con el divertículo de Meckel como desencadenante (afecta generalmente a lactantes de corta edad).

La otra, es la hemorragia digestiva, ocasionada por la presencia de mucosa gástrica ectópica en el divertículo, presente en el 62 a 82% de los casos sintomáticos².

La hemorragia es generalmente indolora y autolimitada, no ocasionando riesgo para la vida del paciente y no requiere laparotomía de urgencia.

El sangrado rectal puede ser marrón o rojo brillante.

También puede manifestarse por dolor abdominal y vómitos.

En el divertículo se puede hallar, además de la mucosa gástrica ectópica, mucosa pancreática (1 a 6%), o ambas (5 a 12%)²⁻³.

La presencia de mucosa pancreática predispone a la obstrucción intestinal por invaginación o vólvulo³.

En otros casos puede manifestarse por inversión del divertículo, torsión, hernia y raramente desarrollo de neoplasias. (3%)²⁻³.

El hallazgo por medio de los estudios por imágenes del divertículo resulta difícil. En una serie de 600 pacientes solamente se llegó al diagnóstico preoperatorio en el 34% de ellos².

El mejor método de estudio en pacientes pediátricos es el centellograma con pertecnetato TC 99 m que se fija a la mucosa gástrica ectópica brindando una sensibilidad del 85%, y especificidad del 95%².

Aunque algunos autores han aconsejado un realce farmacológico del estudio con pentagastrina, que incrementa el metabolismo de las células productoras de mucus, y glucagón, o cimetidina, el estudio es lo suficientemente preciso en casi todos los casos (más del 90%) sin estos fármacos adicionales⁴.

La Ecografía puede ser una opción cuando el centellograma es negativo o los pacientes presentan síntomas atípicos¹.

Algunos autores refieren un espectro de hallazgos sugestivos de Meckel complicado con este método.

Una imagen en fondo de saco como hallazgo más específico; una imagen quística, simulando una duplicación intestinal pero con pared irregular a diferencia de ella, o una formación tubular similar a una apendicitis.

En ocasiones el divertículo sangrante se ma-

nifiesta ecográficamente como una imagen redondeada con anillos concéntricos ecogénicos e hipoeoicos, similares a un "sello o diana" que puede simular una invaginación pero sin ecogenicidad central debido a la grasa mesentérica visible en la intususcepción⁵.

La ecografía Doppler podría mostrar la pared del divertículo hipervascularizada

La Rx simple puede mostrar signos inespecíficos de obstrucción intestinal como niveles hidroaéreos, o en ocasiones puede hacerse un diagnóstico radiológico presuntivo o retrospectivo si el gas intestinal o un coprolito opaco demarca la luz del divertículo.

En los estudios baritados los divertículos de Meckel son muy difíciles de demostrar aun en manos expertas, estos suelen ser negativos o evidenciar un efecto de masa sobre el intestino próximo o rellenarse de contraste y puede entonces reconocerse⁶.

En ocasiones el divertículo puede ser diagnosticado por reflujo de bario al ileon durante un colon por enema, pero este estudio no se usa como método para llegar al diagnóstico de esta enfermedad.

Según la literatura, el tratamiento de elección es la cirugía laparoscópica, constituyendo un método poco invasivo que acorta el tiempo de recuperación y hospitalización⁷.

REFERENCIAS

1. Baldisserotto M. Maffazzoni D. Sonographic findings of Meckel's diverticulitis in children. *AJR* 2003; 180:425-428.
2. Rossi P. et al. Meckel's diverticulum: imaging diagnosis. *AJR* 1996; 166:567-573.
3. Dickens St-Vil, Brandt M. Meckel's diverticulum in children: A20 years review. *Journal of Pediatric Surgery*, Vol 26, No 11, 1991: 1289-1292.
4. MD O'Hara S. Hemorragia gastrointestinal aguda. *Clinicas Radiológicas de Norteamérica*. Mc Graw-Hill. Interamericana 1997; 927-937.
5. Daneman A., et al. The value of sonography, CT and air enema for detection of complicated Meckel diverticulum in children with nonspecific clinical presentation. *Pediatric Radiology*. 1998; 28: 928-932
6. Kirks D. et al; *Radiología Pediátrica*. Marban. 2000: cap 8: 924-926.
7. Teitelbaum D. Et al. Laparoscopic diagnosis and escisión of Meckel's diverticulum. *Journal of Pediatric Surgery*, Vol 29, No 4, 1994: 495-497.