

Conducta a adoptar ante el hallazgo incidental de un divertículo de Meckel

Dres. Hugo Maglione, Alfredo Armand Ugón y Eduardo Garat

No existe un criterio uniforme acerca de la conducta a adoptar ante el hallazgo incidental de un divertículo de Meckel.

Los autores plantean una conducta basada en las posibilidades de complicación ulterior y la gravedad del paciente.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Meckel's Diverticulum.

INTRODUCCION

Nuestro interés por el tema comenzó hace dos años al haber colaborado uno de nosotros en nueve intervenciones quirúrgicas de pacientes portadores de divertículos de Meckel no complicados. Tres divertículos fueron resecados mientras que los seis restantes fueron abandonados en la cavidad abdominal. La conducta adoptada en ningún caso nos fue justificada por un argumento producto de una posición basada en un estudio estadístico del tema. Es así que realizamos una exhaustiva revisión de la bibliografía nacional y extranjera dirigida a buscar pautas acerca de cuando se debe de resear un divertículo de Meckel (10).

Cuando el divertículo está complicado sin duda que su extirpación se impone, pero la duda se nos plantea cuando hallamos accidentalmente en el curso de una laparotomía exploradora (frecuentemente durante una apendicectomía) un divertículo de Meckel que no presenta alteraciones patológicas macroscópicas. ¿Qué conducta debemos adoptar en esa situación? Este es un punto sobre el que hay opiniones muy dispares que van desde la abstención quirúrgica hasta la resección de todo divertículo hallado (5).

Quienes no actúan sobre el divertículo, dejándolo abandonado tal como lo hallaron en la cavidad abdominal, basan su conducta en que:

- no se debe de intervenir al paciente de una patología que no tiene;
- toda sutura intestinal tiene riesgo de falla;
- si la sutura no falla se pueden crear adherencias que pueden ser causa de complicaciones secundarias.

Presentado como Tema Libre al 31º Congreso Uruguayo de Cirugía, Montevideo, 1980.

Asistente de Clínica Quirúrgica, Residente de Cirugía y Médico Auxiliar.

Dirección: Cebollati 1734. Apto. 502. Montevideo. (Dr. H. Maglione)

Clínica Quirúrgica 2. (Prof. Uruguay Larre Borges) Hospital Maciel. Montevideo.

Quienes defienden la posición de resear todo divertículo hallado se basan en que:

— divertículos de Meckel que macroscópicamente son normales pueden ser asiento de un proceso inflamatorio;

— todo divertículo se puede complicar;

— un divertículo de Meckel complicado en general genera un cuadro grave, con elevada mortalidad en pacientes añosos, mientras que

— la resección de un divertículo de Meckel sin sufrimiento puede dar complicaciones postoperatorias, pero estas dan una mortalidad porcentual muy inferior a la que dan las complicaciones (2, 15).

Creemos que la conducta adecuada se debe de establecer en base a: 1) las probabilidades de complicarse que tiene el divertículo de acuerdo a sus características anatómicas y a 2) la gravedad del paciente que tratamos: condiciones locales (proceso supurado, peritonitis, oclusión) y generales del mismo (edad, enfermedades concomitantes, hipoproteinemia, etc.).

Es muy difícil acceder al porcentaje de divertículos de Meckel que experimentan cambios patológicos a lo largo de la vida. Pocos autores se han ocupado de realizar un estudio estadístico de los divertículos no complicados hallados en autopsias y lo han comparado con el estudio estadístico de aquellos que han sido intervenidos quirúrgicamente por haber presentado alguna complicación, realizando las correcciones correspondientes (porcentaje de pacientes operados de la población general, exclusión de divertículos de Meckel no complicados hallados en laparotomías, consideración porcentual de la mortalidad por edades, etc.) (12). Según Schwei y Jackson (13) se complican el 54 % de los divertículos de Meckel a lo largo de la vida, mientras que otros autores citan frecuencias muy inferiores a ésta. Para Wagner (14) se complicarían entre el 15 % y el 25 % de los divertículos de Meckel. Para Heber (6) sólo el 20 % de éstos presentarían manifestaciones clínicas y Aubrey (1) afirma que se complican entre el 15 % y el 20 % de los divertículos, agregando que las complicaciones se ven sobre todo en pacientes jóvenes (80 % de ellos menores de 30 años), hecho confirmado por diferentes autores en grandes series.

La complicación más frecuente es la oclusión intestinal (35 % - 55 %), (3, 4, 6) siguiendo en frecuencia la hemorragia digestiva por úlcera péptica (30 %) y las complicaciones inflamatorias (15 - 25 %). Estas tres complicaciones totalizan más del 80 % de las complicaciones diverticulares. Otras como la perforación por cuerpo extraño, la hernia de Littré, la presencia de un bezoar o la aparición de un tumor en el divertículo son mucho menos frecuentes (8, 9).

Oclusión intestinal: la oclusión intestinal se presenta entre el 35 % y el 55 % de los casos complicados y pueden dividirse en oclusiones con divertículo libre y oclusiones con divertículo fijo. En el primer grupo podemos incluir: a) la invaginación intestinal; frecuente en el niño; b) el nudo diverticular; c) el vólvulo; d) la acodadura del asa en que asienta el divertículo y e) la torsión longitudinal del intestino. Dentro de las oclusiones intestinales con divertículo fijo se reconocen cuatro mecanismos: a) la tracción directa que provoca la angulación del asa; b) compresión de asas intestinales por una brida diverticular; c) formación de un anillo por el divertículo que permite la estrangulación de una o más asas y d) el vólvulo del íleon que tiene como eje de torsión el divertículo fijado. Estos tres últimos mecanismos son la causa más frecuente de oclusión por divertículo de Meckel, siendo por lo tanto mucho más frecuentes las oclusiones intestinales por divertículo fijo (11).

Hemorragia digestiva: La aparición de una úlcera péptica en el divertículo o en el yeyuno en que este asienta es para algunos autores la complicación más frecuente, mientras que la mayoría la ubica en alrededor del 30 % de los divertículos complicados. Esta complicación se puede ver sólo en aquellos divertículos que poseen mucosa gástrica ectópica. Esta, en general fúndica, produce la misma secreción ácida que la del estómago normal pero desde que no hay en el íleon un contenido suficientemente alcalino como para contrarrestar la presencia de este ácido las posibilidades de ulceración son mayores que en el sector gastroduodenal. La lesión ulcerada se evidencia en general por el sangrado, rara vez se perfora, siendo ésta una complicación excepcional. La perforación se produce en general en cavidad libre, pero por el proceso fluxivo el divertículo puede contraer adherencia con vísceras vecinas y perforarse en éstas, dando así fistulas divertículo-ileales, divertículo-colicas o divertículo-vesicales. Algunos autores afirman que la úlcera puede dar fibrosis y estenosis secundaria, pudiendo originar cuadros obstructivos y hasta oclusión intestinal (5).

Complicaciones inflamatorias: Entre el 15 % y el 25 % de los divertículos de Meckel presentan complicaciones inflamatorias. Se ha atribuido el proceso flemático a traumatismo, cuerpos extraños, parasitosis intestinales, etc., pero la teoría que cuenta con más adeptos es la que afirma que el divertículo sufre fenómenos inflamatorios cuando está alterada su eva-

cuación. Ello por supuesto es más frecuente en divertículos largos y de base estrecha. El proceso inflamatorio puede detenerse en sus primeras etapas o seguir su evolución. Las perforaciones son frecuentes en las formas agudas, causando una peritonitis localizada o más frecuentemente generalizada. En el primer caso es interesante destacar que habida razón del sitio que ocupa habitualmente el divertículo en la cavidad abdominal, en medio de las asas del intestino delgado, toda inflamación diverticular circunscripta tendrá como resultado inmovilizar asas inmediatas con lo cual se producen acodamientos que pueden ser luego factores de oclusión. En los casos en que el proceso inflamatorio diverticular retrocede en sus primeras etapas puede quedar como secuela la adherencia del divertículo a otra estructura intraabdominal, lo cual es también un factor predisponente para causar una oclusión intestinal (2).

Estas complicaciones que hemos enumerado son las que dan la gravedad al divertículo de Meckel, y se debe destacar que cada una de ellas se presenta en divertículos con características anatómicas especiales (7). Es así que en base a éstas se debe basar la resección de divertículos macroscópicamente sanos: Así si la oclusión intestinal se presenta en general en divertículos fijos se deben de reseca estos divertículos, pudiendo ser necesario en casos en que las condiciones locales o generales no son las adecuadas (peritonitis, edad avanzada, hipoproteinemia, etc.) realizar simplemente la liberación del extremo diverticular.

Si la úlcera péptica se presenta sólo en divertículos de Meckel que tienen mucosa gástrica ectópica y ésta en general se traduce como nódulos palpables, se deben de reseca todos los divertículos con nódulos palpables. En presencia de agravantes locales o generales se puede diferir esta conducta para un segundo acto quirúrgico.

Si las complicaciones inflamatorias y la perforación por cuerpos extraños ingeridos se producen en aquellos divertículos largos y de base estrecha, se deben de reseca todos estos divertículos. También en este caso la presencia de factores agravantes pueden indicar la resección diferida del mismo.

En todos los casos se debe de considerar que cuanto mayor edad tiene el paciente menores son las posibilidades de complicación diverticular. Este hecho puede justificar en pacientes añosos y con mal estado general el no actuar sobre divertículos con las características anteriormente enumeradas.

Finalmente debemos destacar que un divertículo libre, de base ancha y sin nódulos palpables, cuando tiene más de 4 cms. de longitud (divertículos de menor tamaño prácticamente no se complican) deben de extirparse si no existen condiciones agravantes locales o generales, pero su extirpación está contraindicada en presencia de éstas, ya que este tipo de divertículos es el que con menos frecuencia se complica.

RESUME**Conduite a suivre avec le diverticule de Meckel quand ont le trouve dans les operations abdomineles**

Il n'existe pas de critere precis ou sujet de la conduite a suivre dans les cas de diverticule de Meckel inattendue. Les auteurs present une conduite à suivre en prevision de complications ultérieures et de la gravité du cas et du patient.

SUMMARY**Conduct to be followed when faced with the incidental finding of Meckel's diverticulum**

There is no uniform criteria concerning the conduct to be followed in the incidental finding of a Meckel's diverticulum. The conduct suggested is based on the possibilities of ulterior complications and the seriousness of the patient's condition.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AUBREY, D. A. - Le diverticule de Meckel. Revue de 66 diverticulotomies practiquées en urgence. Arch. Surg. 100: 2, 144, 1970.
2. CHIZZOLA, M. y PERTUSSO, J. C. -Apendicectomias y reintervenciones por afecciones ignoradas del diverticulo de Meckel. Congreso Uruguayo de Cirugía, 16º, 1965.
3. ESTAPE, G.; SOTO, J.; BELLOSO, R. y CASTIGLIONI, J. C. - Oclusión intestinal aguda por divertículo de Meckel en el adulto. Cir. Uruguay, 44: 54, 1974.
4. FOLLE, J. A. - Oclusión intestinal por divertículo de Meckel. Congreso Uruguayo de Cirugía, 5º, 1954.
5. FUCHS, G.; KAMMERER, H. - ¿Quand doit-on enlever les diverticules de Meckel? Der. Chir., 11: 494, 1959.
6. HEBER, J. J. - Meckel's diverticulum. Review of literature and analytical study of 23 cases with particular emphasis on bowel obstruction. Am. J. Surg. 73: 468, 1947.
7. HEDENBERG, C. V. - Surgical indications in Meckel's diverticulum. Acta Chir. Scand., 135: 530, 1969.
8. ILBAWL, M. N.; MISHALANY, H. G.; SLIM, M. S. - Meckel's diverticulum. Review of a 30 year experience". Am. J. Proct., 24: 237, 1973.
9. KEHR, Y. R.; NADKARNI, S. P. - Meckel's diverticulum. A clinico-pathological study of 123 cases. Postgrad. Med. Bombay, 20: 1, 1974.
10. MAGLIONE, H. - Diverticulo de Meckel. Monografía. (Inédito) 1978.
11. ROSA, F. y PIOVANO, S. - Patología del divertículo de Meckel. Montevideo. Morales Mercant, 1962.
12. SOLTERO, M. J. and BILL, A. H. - Natural history of Meckel's diverticulum and its relation to incidental removal. Study of 202 cases of diseased Meckel's diverticulum formed in Cirug. County, Washington, over a 15 year period, 1958-1973. Am. J. Surg., 132: 168, 1976.
13. SCWEI, G. P.; JACKSON, A. S. - Meckel's diverticulum. A review of thirty nine cases. Am. J. Surg., 78: 804, 1949.
14. WAGNER, F. B.; SHALLOW, T. A.; EGER, S. A. - Gastroenterological aspects of Meckel's diverticulum. Am. J. Gastroenterol., 23: 195, 1955.
15. WANSBOROUGH, R. M.; THOMPSON, S.; LECKEY, R. G. - Meckel's diverticulum. 273 cases observed in 42 years. Canad. J. Surg., 1:15, 1957.