

Multimed 2017; 21(4)

JULIO-AGOSTO

CASO CLÍNICO

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS. GRANMA**  
**HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO CARLOS M. DE**  
**CÉSPEDES**

**Peritonitis difusa por divertículo de Meckel perforado. Presentación de un caso**

**Diffuse peritonitis due to perforated Meckel's diverticulum. Presentation of a case**

**MsC. Urg. Med. Manuel de Jesús Pérez Suárez,<sup>I</sup> Esp. Angiol. Cir. Vasc. David Campbell Brown,<sup>II</sup> MsC. Urg. Med. Carmen María Pérez Suárez,<sup>I</sup> MsC. Long. Satisf. Ariadna Antonia Gamboa Fajardo,<sup>II</sup> Esp. Cir. Gen. Leonel Palacios Ojeda.<sup>I</sup>**

<sup>I</sup> Hospital General Universitario Carlos M. de Céspedes. Bayamo, Granma. Cuba.

<sup>II</sup> Filial de Ciencias Médicas Efraín Benítez Popa, Bayamo, Granma. Cuba.

**RESUMEN**

Se presenta el caso de una paciente femenina de 6 años, operada en el Hospital General Peltier de la República de Djibouti con el diagnóstico de peritonitis por perforación de un divertículo de Meckel. Se realizó resección del divertículo y lavado de la cavidad. La evolución resultó favorable. Se revisa la literatura y se ofrecen nuestras consideraciones.

**Palabras clave:** divertículo ileal, peritonitis

**ABSTRACT**

We report the case of a 6-year-old female patient, operated in the General Peltier Hospital of the Republic of Djibouti with the diagnosis of peritonitis due to perforation of a Meckel's diverticulum. Resection of the diverticulum and washing

of the cavity were performed. Evolution was favorable. We review the literature and offer our considerations.

**Key words:** meckel diverticulum, peritonitis

## INTRODUCCIÓN

El divertículo de Meckel (DM) se presenta como hallazgo en el 0,3 al 3 % de las autopsias, generalmente entre 60 a 120 cm de la válvula ileocecal.<sup>1, 2</sup> El divertículo de Meckel ocurre por igual en ambos sexos, pero es causa de complicaciones más frecuentemente en varones, por lo que se diagnostica más en ese grupo.<sup>3</sup> El divertículo de Meckel ocurre en el 2 % de la población, convirtiéndose en la anomalía congénita más común del tracto gastrointestinal. A pesar de esto, es muy difícil de diagnosticar, ya que puede ser asintomático o simular otros trastornos abdominales más comunes como la enfermedad de Crohn, la apendicitis aguda y la úlcera péptica.<sup>4</sup>

Tiene un 4,2 % de probabilidad de hacerse sintomático durante la vida produce sangrado intestinal agudo, intususcepción, inflamación o perforación.<sup>2</sup>

Actualmente es controvertido afirmar que la incidencia de complicaciones del divertículo de Meckel disminuye con la edad; sin embargo, un estudio de 15 años de experiencia demostró que la incidencia sí disminuye con el paso de los años.<sup>5</sup>

La importancia de la existencia del divertículo de Meckel radica en la posibilidad de presentar complicaciones, especialmente de inflamación y hemorragia, que se manifestará en la clínica como un cuadro de abdomen agudo, obstrucción intestinal o hemorragia digestiva.<sup>6-8</sup> Al ser una anomalía congénita, el divertículo de Meckel se encuentra con más frecuencia en niños y menos común en la población adulta.<sup>9</sup>

El tratamiento es quirúrgico, ya sea abierto o laparoscópicamente, el cual incluye la diverticulectomía simple o la resección ileal con entero-entero anastomosis.<sup>10</sup> En el presente trabajo mostramos un paciente operado por una complicación infrecuente del divertículo de Meckel.

## CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 6 años de edad, antecedentes de buena salud, que acude al cuerpo de guardia del Hospital General Peltier de la República de Djibouti por presentar dolor abdominal de 24 horas de evolución.

El dolor comenzó en epigastrio, se irradió a fosa iliaca derecha (FID) donde se hizo fijo, intenso, acompañado de vómitos, fiebre y anorexia.

El examen físico de nuestra paciente mostró un abdomen ligeramente distendido, doloroso difusamente a predominio de fosa iliaca derecha, signos de Blumberg, McBurney y Rovsing positivos. La percusión dolorosa ha dicho nivel y los ruidos hidroaéreos disminuidos. La mucosa hipocoloreadas, mucosas ligeramente secas con escasa diuresis.

Se realizaron exámenes complementarios diagnósticos los cuales arrojaron los resultados siguientes:

- ✓ Hb: 8.2g/dl
- ✓ Leucocitos:  $14.2 \times 10^3/\text{mm}^3$
- ✓ Poli: 0.82%
- ✓ Linfp: 0.18%
- ✓ Ultrasonido abdominal: compatible con apendicitis aguda, no líquido libre en cavidad.
- ✓ Rx de abdomen simple: niveles hidroaéreos en FID.

Se impuso tratamiento con reposición de volumen, antibióticos Augmentin® y Flagyl® acorde con su peso y se anuncia para tratamiento quirúrgico urgente. Realizamos incisión de McBurney y se confirmó peritonitis difusa por divertículo de Meckel perforado como se aprecia en las figuras 1,2.



**Fig. 1.** Divertículo de Meckel perforado.



**Fig. 2.** Divertículo de Meckel perforado.

Realizamos resección en cuña del divertículo, sutura en un plano extramucoso (figuras 3 y 4), apendicectomía, lavado y drenaje.



**Fig. 3.** Resección en cuña del divertículo.



**Fig. 4.** Sutura en plano extramucoso, apendicectomía, lavado y drenaje.

Se impuso tratamiento postoperatorio con ceftriaxona, Flagyl® y gentamicina de acuerdo con el peso de la paciente por 10 días.

La evolución postoperatoria de la paciente resultó favorable, retiramos la sonda nasogástrica al tercer día del postoperatorio, comenzándose la vía oral, la cual fue progresiva y se egresó a los 12 días.

## **DISCUSIÓN**

No es frecuente la aparición de esta complicación, pues la hemorragia, la diverticulitis y la obstrucción aparecen mayormente.

La ultrasonografía resulta útil en el posible diagnóstico de un paciente con abdomen agudo, pues puede mostrar el apéndice inflamado o la presencia de líquido libre en cavidad sugestivo de una peritonitis, cuestión que no sucedió en esta paciente.

Se realizó incisión de McBurney teniendo en cuenta que no había evidencias clínicas sugestivas de peritonitis y el resultado de la ecografía descartaba la presencia de líquido libre en cavidad. Por tratarse de un niño fue factible realizar un amplio lavado de la cavidad y colocar drenajes.

A pesar de la peritonitis de varios días, la evolución de esta paciente resultó favorable, cuestión que en opinión de los autores se ve influenciada por la positiva respuesta de los pacientes en este país a la terapia antibiótica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vázquez M, Ruiz Yuil JM, Tello E, Macia A. Divertículo de Meckel perforado: Presentación de un caso. Revista Médico Científica [Internet]. 2006 [citado 10 May 2017]; 19(2). Disponible en: <http://www.revistamedicocientifica.org/uploads/journals/1/articles/173/submission/original/173-598-1-SM.pdf>.
2. Kyriazanos ID, Tambaropoulos K, Martinos H, Pechlivanidis G, Davidis O, Noussis G. Meckel's diverticulum lithiasis: A case of small bowel obstruction due to a migrated Meckel's Enterolith. Indian J Surg [Internet]. 2006 [citado 10 Mar 2017]; 68:41-3. Disponible en: <http://www.bioline.org.br/request?is06010>.
3. Williams RS. Management of Meckel's diverticulum. Br J Surg [Internet]. 1981 [citado 10 Mar 2017]; 68:477-80. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bjs.1800680712/pdf>.
4. Turgeon OK, Barnett JL. Meckel's diverticulum. Am J Gastroenterol [Internet]. 1990 [citado 10 Mar 2017]; 85(7):777-81. Disponible en: <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/71797/j.1572-0241.1990.tb06723.x.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

- 
5. Soltero MJ, Bill AH. The natural history of Meckel's diverticulum and its relation to incidental removal. A study of 202 cases of diseased Meckel's Diverticulum found in King County, Washington, over a fifteen year period. *Am J Surg.* 1976; 132(2):168-73.
6. Gutiérrez Naranjo M. Divertículo de Meckel. *Rev Méd Costa Rica Centroam [Internet].* 2012 [citado 10 Mar 2017]; LXIX (604): 491-5. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2012/rmc125j.pdf>.
7. Piñero A, Martínez E, Canteras M, Castellanos G, Rodríguez JM, Parrilla P. Complicaciones, diagnóstico y tratamiento del divertículo de Meckel. *Cir Esp [Internet]* 2001 [citado 10 Mar 2017]; 70: 286-90. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-pdf-S0009739X0171901X-S300>.
8. Sagar J, Kumar V, Shah DK. Meckel's diverticulum: a systematic review. *J R Soc Med [Internet].* 2006 [citado 10 Mar 2017]; 99(10):501-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1592061/>.
9. Dumper J, Mackenzie S, Mitchell P, Sutherland F, Quan ML, Mew D. Complications of Meckel's diverticula in adults. *Can J Surg [Internet].* 2006 [citado 10 Mar 2017]; 49(5). Disponible en: <http://canjsurg.ca/wp-content/uploads/2014/02/49-5-353.pdf>.
10. Patil A, Kulkarni V, Naware S. Imaging findings in inflamed Meckel's diverticulum. *Med J DY Patil Univ [Internet].* 2012 [citado 10 Mar 2017]; 5(1):54-9. Disponible en: [http://www.mjdrdypu.org/temp/MedJDYPatilUniv5154-3315854\\_091238.pdf](http://www.mjdrdypu.org/temp/MedJDYPatilUniv5154-3315854_091238.pdf).

Recibido: 11 de mayo de 2017.

Aprobado: 13 de junio de 2017.

*Manuel de Jesús Pérez Suárez.* Hospital General Universitario Carlos M. de Céspedes. Bayamo. Granma, Cuba. Email: [mpersua.grm@infomed.sld.cu](mailto:mpersua.grm@infomed.sld.cu).