



P-367 - DIVERTÍCULO DE MECKEL. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

López Morales, Pedro; Candel Arenas, Mari Fe; Luján Martínez, Delia; Medina Manuel, Esther; Fernández Fernández, Pedro Vicente; Giménez Francés, Clara; Albarracín García, Rosario; Albarracín Marín-Blázquez, Antonio

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Resumen

Introducción: El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, afectando aproximadamente al 2% de la población. Suele cursar de forma asintomática descubriéndose de forma casual, intraoperatoriamente o mediante una prueba de imagen. La tasa de complicaciones oscila entre el 4 y el 6%, siendo las más frecuentes la hemorragia digestiva baja, la obstrucción intestinal y la diverticulitis. Hasta un 60% contiene tejido heterotópico, sobre todo mucosa gástrica. El método más preciso para su detección es la gammagrafía con tecnecio-99m pertecnetato, resultando la ecografía y la tomografía computarizada (TC) de utilidad en los casos sintomáticos con dudas diagnósticas. Los casos sintomáticos se deben intervenir quirúrgicamente, existiendo controversia sobre la actitud ante divertículos hallados de forma casual.

Objetivos: Realizar una revisión de todos los pacientes diagnosticados de divertículo de Meckel en nuestro centro.

Método: Revisión retrospectiva de los pacientes con diagnóstico de divertículo de Meckel en nuestro hospital en el periodo comprendido entre 1993 y 2019. Se incluyeron 32 pacientes, analizando el sexo, la edad y la forma de alcanzar el diagnóstico, el tipo de cirugía realizada, el tamaño del divertículo y la mucosa que lo revestía.

Resultados: De los 32 pacientes, 21 eran hombres y 11 mujeres, con una edad media de 47,75 años (desviación estándar \pm 23,42). El diagnóstico se produjo en 18 casos (56,2%) de forma casual durante una intervención quirúrgica por otro motivo, en 13 casos (40,7%) por presentar complicaciones sintomáticas del divertículo y en un caso (3,1%) como hallazgo casual de una calcificación en una radiografía abdominal realizada en una revisión laboral que posteriormente se completó con una TC. Las patologías que motivaron las intervenciones fueron 7 apendicitis agudas, 5 obstrucciones intestinales (con hallazgo de divertículo de Meckel no complicado), 3 por patología maligna de colon, 1 colecistitis aguda, 1 isquemia mesentérica y 1 diverticulitis aguda perforada de sigma. De los 13 pacientes con complicaciones sintomáticas, en 5 casos se llegó al diagnóstico de diverticulitis aguda de Meckel, en 4 al de hemorragia digestiva baja (tras realizar gammagrafía) y en 4 al de obstrucción intestinal. En 30 de los 32 pacientes se llevó a cabo una actitud quirúrgica, siendo lo más frecuente la diverticulectomía abierta (16 casos), seguido de la diverticulectomía laparoscópica (10 casos), la resección y anastomosis abierta (3 casos) y la resección y anastomosis

laparoscópica (1 caso). El tamaño medio de los 30 casos analizados en anatomía patológica fue de $3,79 \times 2,06$ cm (longitud \times diámetro). El tipo de mucosa más frecuentemente hallado fue la intestinal (23 casos), seguida de la gástrica (8 casos) y de la pancreática (1 caso).

Conclusiones: En nuestra experiencia, la forma más habitual de diagnóstico de un divertículo de Meckel es como hallazgo casual en una intervención quirúrgica realizada por otro motivo. En todos los casos en los que se halló de forma intraoperatoria se procedió a su resección, a pesar de no existir consenso sobre el tratamiento óptimo de los divertículos asintomáticos hallados de forma casual. La diverticulectomía laparoscópica representa la opción quirúrgica más recomendable.