



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-173 - RESECCIÓN DE DIVERTÍCULO DE MECKEL COMPLICADO POR LAPAROSCOPIA

Pino Pérez, Oriol; Cidoncha Secilla, Ariadna; Campos Serra, Andrea; Serra Aracil, Xavier; Mora López, Laura; Pallisera Lloveras, Anna; Gómez Torres, Irene; Navarro Soto, Salvador

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Objetivos: Presentar nuestra experiencia en la resección laparoscópica de un divertículo de Meckel complicado.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 54 años que acude a urgencias por dolor abdominal en flanco derecho de 24-48 horas de evolución. En la tomografía computarizada abdominal se evidencian hallazgos compatibles con diverticulitis de Meckel por lo que se realizó resección intestinal laparoscópica incluyendo el divertículo con anastomosis latero-lateral mecánica isoperistáltica intracorpórea. El vídeo fue registrado con un equipo de laparoscopia. El paciente presentó una correcta evolución clínica, manteniéndose hemodinámicamente normal, con buena tolerancia a la dieta oral, sin dolor abdominal espontáneo y control analítico dentro de la normalidad, siendo dado de alta el tercer día postoperatorio.

Discusión: El divertículo de Meckel (DM) consiste en la persistencia parcial del conducto onfalomesentérico que comunica el intestino primitivo con la vesícula umbilical durante el desarrollo embrionario. Sólo el 2% de la población lo tiene. La mayoría de los casos no presentan sintomatología y pasan desapercibidos, siendo diagnosticados cuando aparece una complicación o como hallazgo casual. La mayoría de las complicaciones aparecen durante la infancia, el 30% tiene lugar en el primer año de vida y el 40% antes de los 10 años. Estas complicaciones pueden consistir en oclusión, perforación o hemorragia digestiva, entre otras. Según la literatura, las complicaciones más frecuentes en los adultos son la oclusión intestinal (34-53%) y la diverticulitis de Meckel (13-31%) que puede producir perforación y peritonitis de forma similar a la apendicitis aguda, con la cual se confunde con frecuencia. El tratamiento del DM consiste en la exéresis del mismo. Existen principalmente tres técnicas quirúrgicas: resección segmentaria, resección en cuña o resección de la base del divertículo con pinza automática. El abordaje laparoscópico aporta los beneficios ya conocidos respecto la laparotomía (menor tiempo de estancia hospitalaria, mejor control del dolor, mejor visualización de la cavidad intrabdominal, etc.). En el caso del DM, este abordaje permite reconocer determinadas bridas fibrosas o vasculares que a veces unen el divertículo al ombligo. Finalmente mencionar que la anastomosis intracorpórea permite realizar el procedimiento sin tracción de los mesos y con menor dificultad en pacientes con sobrepeso o obesidad.