



PERFORACIÓN DE UN DIVERTÍCULO DE MECKEL POR UN CUERPO EXTRAÑO: UNA FORMA INUSUAL DE PRESENTACIÓN DEL ABDOMEN AGUDO

Sr. Director: De los divertículos encontrados en el intestino delgado, el de Meckel es el más frecuente. Su diagnóstico es muchas veces casual, en el curso de una operación abdominal¹. Se estima que en un 10% de los casos este proceso se expresa a través de sus complicaciones; de ellas, las más comunes son la diverticulitis, la hemorragia y la obstrucción intestinal por vólvulo o invaginación². Una complicación infrecuente de esta patología malformativa es la perforación. Presentamos el caso de un paciente que fue operado con el diagnóstico de sospecha de apendicitis aguda y resultó ser un divertículo de Meckel perforado por un cuerpo extraño, (en este caso, una espina de pescado).

Se trata de un varón sano, con dolor abdominal de 12 h de evolución en la fosa ilíaca derecha, fiebre y náuseas con 2 vómitos. En el examen físico se observó a un paciente febril (38,3 °C) y taquicárdico (100 lat/min), con defensa abdominal, punto de McBurney y maniobra de Blumberg positivos. En la analítica se apreciaba leucocitosis de 14,5 · 10⁹, con desviación izquierda. Con la sospecha de que se tratara de una apendicitis aguda se le intervino de urgencia. El abordaje se hizo por incisión de McBurney y al explorar la cavidad abdominal apareció un apéndice cecal macroscópicamente normal, con peritonitis fibrinopurulenta localizada en la fosa ilíaca derecha. Se revisaron las vísceras aledañas y se descubrió en el íleon terminal, a 50 cm de la válvula ileocecal, un divertículo de base ancha, en el borde antimesentérico, en cuyo extremo distal sobresalía un cuerpo extraño (espina de pescado) que atravesaba toda la pared y lo ponía en comunicación con la cavidad abdominal (fig. 1). Se realizó una resección intestinal de 10 cm, la cual incluía el segmento afectado, así como anastomosis terminoterminal a cielo abierto, en un plano, con Vicryl 2/0. Se lavó la cavidad abdominal con solución salina al 0,9%. Se impuso tratamiento antibiótico con gentamicina y metronidazol durante 4 días y se restableció la vía oral al tercer día. Se dio de alta al paciente al séptimo día postoperatorio sin que presentara complicaciones.

La perforación de un divertículo de Meckel es una forma de presentación no habitual de abdomen agudo. Cuando ocurre suele estar asociado a lesión ulcerosa en éste. Otra de las causas de este fenómeno son los cuerpos extraños, aunque constituyen prácticamente una rareza³. Rosado Cobián et al⁴ aportaron 2 casos donde cuerpos extraños produjeron la

Fig. 1 Divertículo de Meckel perforado por espina de pescado.

perforación del divertículo; uno de los cuerpos extraños era vegetal y el otro, un palillo de dientes. La laparoscopia fue una buena opción diagnósticoterapéutica en ambos casos.

En cuanto al tratamiento del divertículo, la resección ileal económica con anastomosis terminoterminal en un plano es la que cuenta con mayor aceptación, pues minimiza la posibilidad de dejar en la base diverticular restos o focos de tejido gástrico (en un gran porcentaje el análisis macroscópico revela la presencia de mucosa gástrica ectópica). Además, ha demostrado tener resultados anatomofuncionales más satisfactorios⁵. Es el proceder técnico de elección cuando se trata de una complicación. Hemos presenciado una complicación inusual de una entidad médica no tan frecuente. No obstante, su presentación como un abdomen agudo hizo que, aunque no se contara con un diagnóstico de certeza durante el preoperatorio, siempre estuviera indicada la intervención quirúrgica, con la que se solucionó el problema.

A. MORGADO PÉREZ y M. CARVAJAL RODRÍGUEZ
Hospital Universitario Dr. Antonio Luaces Iraola. Ciego de Ávila. Cuba.

BIBLIOGRAFÍA

1. Krummen DM, Camp LA, Jackson CE. Perforation of terminal ileum diverticulitis: a case report and literature review. *Am Surg* 1996;62:939-40.
2. Oldham KT. Meckel's diverticulum and related disorders. En: Greenfield LJ, Mulholland M, Oldham KT, Zellenoch GB, Lillence KD, editors. *Surgery scientific principles and practice*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997; p. 2069-71.
3. Valoria Villamartín JM, Digiuni Avalis EM, Pérez Tejerigo G. El divertículo de Meckel en la infancia. Actualización y experiencia profesional. *Cir Pediatr* 1994;7:17-20.
4. Rosado Cobián R, Jhones Pastor B, Medina Reborio P, Ramírez Soler D, Silic J, Ramírez Soler J. Perforación del divertículo de Meckel por un cuerpo extraño. Aportación de la laparoscopia. *Cir Esp* 1997;6:71.
5. Pollak R. Miscellaneous surgical techniques for the small intestine. En: Nyhus LM, Baker RJ, editores. *Mastery of surgery*. 2nd ed. Boston: Little Brown 1992; p. 1164-8.