

human interleukin-12/23 monoclonal antibody, in patients with moderate-to-severe Crohn's disease. *Gastroenterology*. 2008;135:1130-41.

- Sandborn WJ, Gasink C, Gao L, Blank M, Johans J, Guzzo C, et al. A Multicenter, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Phase 2b Study of Ustekinumab, a Human Monoclonal Antibody to IL-12/23p40, in Patients With Moderately to Severely Active Crohn's Disease: Results Through Week 22 From the Certifi Trial. *Gastroenterology*. 2011;140:S-109.

Cristina Pisabarro Blanco*, Begoña Alvarez Cuenllas, Maria Garcia Alvarado, Luis Vaquero, Elvira del Pozo Maroto

Aleida de Miguel, Mónica Sierra Ausin y Fernando Muñoz Nuñez

Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: crispisa@gmail.com
(C. Pisabarro Blanco).

doi:10.1016/j.gastrohep.2011.12.001

Obstrucción intestinal por torsión axial y gangrena de divertículo de MECKEL gigante

Intestinal obstruction due to axial torsion and gangrene of a giant Meckel diverticulum

Sr. Director:

El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal con una incidencia cercana al 2% de la población general. Normalmente es asintomático y supone un hallazgo incidental en laparotomías y autopsias, pero hasta en un 4% de los casos puede desarrollar complicaciones, siendo las más frecuentes la hemorragia, la obstrucción y la inflamación. La gangrena del divertículo de Meckel secundaria a su torsión axial es una complicación muy rara, con pocos casos descritos en la literatura médica, y resulta excepcional que además cause obstrucción intestinal^{1,2}.

Presentamos el caso de un varón de 23 años de edad sin antecedentes médicos ni cirugías previas, que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal de 2 días de evolución localizado en fosa ilíaca derecha e hipogastrio acompañado de importante afectación del estado general, vómitos y fiebre.

A la exploración presenta dolor abdominal generalizado aunque más intenso en fosa ilíaca derecha e hipogastrio con Blumberg positivo, defensa y peritonismo. La analítica muestra 23.300 leucocitos/ μ l con un 91% de neutrófilos. En la radiografía de abdomen se aprecia dilatación de asas de intestino delgado con niveles hidroaéreos. En la ecografía abdominal no se evidencian datos de apendicitis por lo que se realiza TC abdominal que demuestra dilatación de asas de intestino delgado con colapso de todo el marco cólico indicativo de obstrucción sin poder determinar la causa (fig. 1). Se interviene al paciente de urgencia mediante laparotomía media evidenciándose dilatación de asas de intestino delgado, torsión axial y gangrena de divertículo de Meckel a aproximadamente 80 cm de la válvula ileocecal que se además en su extremo distal se encuentra adherido a pared abdominal provocando una obstrucción mecánica por atrapamiento de asa ileal, el apéndice es normal (fig. 2). Se realiza diverticulectomía con endo-GIA y apendicectomía. La anatomía patológica confirma isquemia de divertículo

de Meckel de 6 cm de largo. Durante el post-operatorio el paciente presenta íleo reflejo que evoluciona favorablemente, y se le da el alta al noveno día de la cirugía.

El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal. Fue descrito por primera vez por Fabricius Hildanus en 1598 pero no es hasta 1809 cuando Johann Friedrich Meckel describe su origen embriológico^{1,3}. Consiste en un saco ciego intestinal resultado de la obliteración incompleta de la parte proximal del conducto onfalomesentérico durante la quinta semana de gestación, que aparece en el borde antimesentérico del íleon, en los últimos 100 cm cercanos a la válvula ileocecal. Se trata de un divertículo verdadero porque contiene todas las capas de la pared del intestino delgado. Presentan un tamaño variable con una longitud media de 2,9 cm y un ancho medio de 1,9 cm, definiéndose como gigante cuando el divertículo de Meckel mide más de 5 cm de largo²⁻⁵. Se ha descrito un caso en un niño de 6 años² con un tamaño de 16 x 4 x 4 cm.

En un 50% de los casos el divertículo de Meckel contiene tejido heterotópico, generalmente gástrico, y con menos frecuencia pancreático, colónico y excepcionalmente duodenal⁶. Hasta en el 4% de los casos pueden desarrollarse complicaciones, siendo más frecuentes en hombres con una relación 2:1 con las mujeres^{1,7}. Las complicaciones más frecuentes son la hemorragia, la obstrucción y la inflamación, que se presentan en el 50% de los casos en menores de 10 años. La hemorragia digestiva baja es la complicación más frecuente en el 25-50% de los casos y es más frecuente en

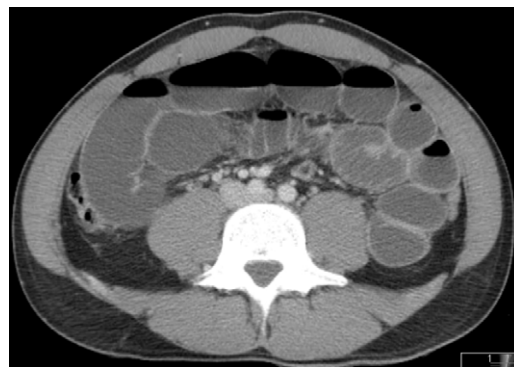


Figura 1 TC abdominal: dilatación de asas de intestino delgado.

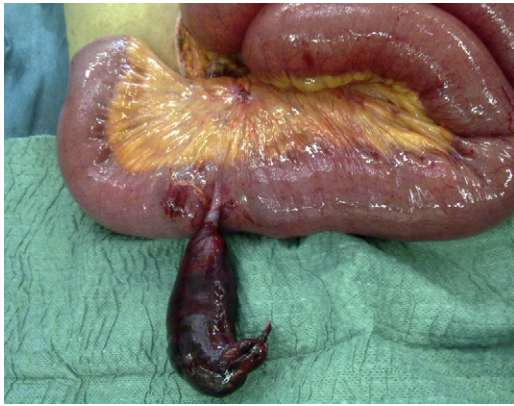


Figura 2 Divertículo de Meckel gangrenoso por torsión axial.

niños. La obstrucción intestinal es la segunda en frecuencia (25-40%), sobre todo en adultos, generalmente por invaginación o formación de vólvulos alrededor de uniones a la pared abdominal, mientras que la diverticulitis de Meckel representa el 20% de las complicaciones⁴.

La torsión axial de un divertículo de Meckel es una complicación muy rara, en la que se torsiona sobre su propio eje por una base estrecha, lo que obstruye el flujo sanguíneo del divertículo pudiendo producirse isquemia y necrosis del mismo¹⁻⁵. La asociación de torsión axial y gangrena con obstrucción intestinal por adherencias a pared abdominal de divertículo de Meckel gigante, como ocurrió en nuestro paciente, es muy rara con pocos casos descritos en la literatura médica^{1,8}.

El diagnóstico preoperatorio es muy difícil, siendo muchas veces indistinguible de otros cuadros como la apendicitis aguda. El tratamiento de las complicaciones del divertículo de Meckel es quirúrgico, abarcando desde la diverticulectomía a la resección de asa intestinal si es necesario. Las diverticulectomías indicadas por complicaciones tienen una mortalidad del 2% y morbilidad del 12%, con unas complicaciones a largo plazo del 7%^{1,4}. El retraso en su diagnóstico produce un aumento de la morbimortalidad por

lo que se debe sospechar ante un paciente con abdomen agudo de presentación atípica.

Bibliografía

1. Cartanese C, Petitti T, Marinelli E, Pignatelli A, Martignetti D, Zuccarino M, et al. Intestinal obstruction caused by torted gangrenous Meckel's diverticulum encircling terminal ileum. *World J Gastrointest Surg.* 2011;3:106-9.
2. Limas C, Seretis K, Soultanidis C, Anagnostoulis S. Axial torsion and gangrene of a giant Meckel's diverticulum. *J Gastrointest Liver Dis.* 2006;15:68-76.
3. Seth A, Seth J. Axial torsion as a rare and unusual complication of a Meckel's diverticulum: a case report and review of the literature. *J Med Case Reports.* 2011;5:118.
4. Ruiz V, Camacho L, Díaz D. Divertículo de Meckel gigante necrosado por torsión axial. *Rev Col Gastroenterol.* 2010;25:406-8.
5. Nunes Q, Hotouras A, Tiwari S, Sheth A. Gangrene due to axial torsion of a giant Meckel's diverticulum containing multiple stones in the lumen: a case report. *Cases Journal.* 2009;2:7141.
6. Montenegro A, Henar L, Abril C, Gago P. Divertículo de Meckel torsionado con isquemia de asa intestinal. *Cir Esp.* 2009;85:54-63.
7. Bani-Hani KE, Shatnawi NJ. Meckel's diverticulum: comparison of incidental and symptomatic cases. *World J Surg.* 2004;28:917-20.
8. Sharma RK, Jain VK, Kamboj S, Murari K. Gangrenous Meckel's diverticulum causing acute intestinal obstruction in an adult. *ANZ J Surg.* 2008;78:1046-7.

Marlén Alvite Canosa*, José Manuel Couselo Villanueva, Eva Iglesias Porto, Rocío González López, Paula Montoto Santomé y Félix Arija Val

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Lucus Augusti, Lugo, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marlenqx@hotmail.com (M. Alvite Canosa).

doi:10.1016/j.gastrohep.2012.01.007