

# Divertículo de Meckel como causa de rectorragia masiva

I. Fernández-Pineda, M. Garrido Morales, M.J. Moya Jiménez, R. Granero Cendón, D. Legupín Tubio, J.C. de Agustín Asensio

*Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

**RESUMEN:** Se presenta el caso de un lactante varón de 3 meses, sin antecedentes de interés, que fue remitido a nuestro centro por rectorragia masiva indolora. Requirió transfusión sanguínea, estabilización hemodinámica y laparotomía urgente por alta sospecha de divertículo de Meckel como causa del sangrado. Se trata de un caso poco frecuente en la literatura debido a la corta edad del paciente y la severidad de la presentación clínica.

**PALABRAS CLAVE:** Divertículo de Meckel; Rectorragia masiva.

## MECKEL'S DIVERTICULUM AS A CAUSE OF MASSIVE RECTAL BLEEDING

**ABSTRACT:** A fit three months old male baby was admitted in our hospital with a history of massive painless fresh rectal bleeding. Blood transfusion, hemodynamic stabilization and emergency laparotomy were necessary because of the high suspect of Meckel's diverticulum as the cause of bleeding. It is an uncommon case due to the low age of the patient and the severity of clinical presentation.

**KEY WORDS:** Meckel's diverticulum; Massive rectorrhagia.

## INTRODUCCIÓN

El divertículo de Meckel constituye la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, presentándose en el 2% de la población<sup>(1)</sup>. Constituye una expresión morfológica de la persistencia del conducto onfalomesentérico, estructura que sufre un proceso de fibrosis y desaparición hacia la 5<sup>a</sup>-7<sup>a</sup> semana de gestación<sup>(2)</sup>. Fue Fabricus Hildanus, en 1598, quien primero habló de esta anomalía cuya anatomía y embriología fue descrita en 1809 por Johann Meckel. La edad media de presentación de un divertículo sintomáti-

co se sitúa entorno a los 2 años. Presentamos el caso de un lactante de 3 meses con una rectorragia masiva cuyo origen era un divertículo de Meckel.

## CASO CLÍNICO

Lactante varón de 3 meses, nacido a término de una gestación gemelar, correctamente vacunado y sin antecedentes de interés salvo cólicos del lactante en tratamiento con domperidona. Fue remitido a nuestro hospital por presentar una rectorragia abundante de aparición brusca. Al ingreso presentaba palidez cutaneomucosa manifiesta, frecuencia cardíaca de 200 latidos por minuto, TA 44/23 mmHg y saturación de O<sub>2</sub> del 94%. A la exploración, el abdomen era blando, deprimible y distendido; el tacto rectal practicado puso de manifiesto la existencia de un gran coágulo de sangre fresca en la ampolla rectal. En el hemograma realizado destacaba una hemoglobina de 8,1 g/dL. Se transfundió 150 cc de concentrado de hematíes y la hemoglobina pasó a 10,9 g/dL. Entre las pruebas de imagen solicitadas destacaba una ECO abdominal que informó de la posibilidad de que se tratara de una invaginación ileoileal, por lo que se practicó un enema opaco con intención terapéutica. El enema informó de la existencia de una lesión ileal que se opacificaba (Fig. 1), que junto a la rectorragia masiva indolora orientaba hacia la posibilidad de un divertículo de Meckel como causa del sangrado masivo. Tras la estabilización hemodinámica del paciente se decidió la intervención quirúrgica, que creímos conveniente no realizarla mediante laparoscopia debido a la distensión abdominal presente. Se practicó una laparotomía transversa inferior derecha y se descubrió la existencia de una lesión diverticular a 70 cms de válvula ileocecal compatible con divertículo de Meckel (Fig. 2). Se realizó una resección intestinal segmentaria que incluía el divertículo con anastomosis terminoterminal. El postoperatorio cursó sin incidencias, comenzando la tolerancia al 4º día después de la intervención. El seguimiento se realizó de forma ambulatoria, solicitándose un rastreo isotópico abdo-

**Correspondencia:** Israel Fernández Pineda. Avda. Manuel Siurot s/n. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío (Sevilla). 41013- Sevilla.

Recibido: Junio 2005

Aceptado: Octubre 2005



Figura 1. Enema opaco. Divertículo opacificado.



Figura 2. Divertículo de Meckel.

minal con  $^{99m}\text{Tc}$  a su hermano gemelo que resultó negativo. El estudio histológico de la pieza informó de la presencia de mucosa gástrica ectópica.

## DISCUSIÓN

El conducto onfalomesentérico pone en contacto el *yolk sac* con el intestino en las primeras etapas del desarrollo embrionario, produciéndose su obliteración entre la 5ª y 7ª semana de gestación. Una alteración en este proceso puede conducir a la existencia de diferentes anomalías como fístulas onfalomesentéricas, senos y quistes umbilicales o divertículo de Meckel<sup>(3)</sup>. El divertículo de Meckel se presenta con una frecuencia que oscila entre el 2-4%, según las series. Suele localizarse entre 20-160 cm proximal a la válvula ileocecal y con base en el borde antimesentérico.

Su estudio histológico revela la presencia de mucosa gástrica en el 50-75% de los casos sintomáticos y de un 10-20% en los asintomáticos<sup>(4)</sup>. La presencia de tejido pancreático oscila entre el 2-5%.

La mayoría de los divertículos de Meckel son asintomáticos y los que tienen traducción clínica se presentan como hemorragia digestiva baja, obstrucción intestinal (por vólvulo o invaginación) o, más raramente, como diverticulitis. La hemorragia suele presentarse de forma episódica e indolora, siendo poco frecuente la rectorragia masiva como en nuestro caso. La presencia de mucosa gástrica ectópica se relaciona íntimamente con divertículos que ocasionan sangrado, mientras que la existencia de tejido pancreático predispone a la obstrucción intestinal<sup>(5)</sup>.

El diagnóstico se basa en el rastreo isotópico abdominal con  $^{99m}\text{Tc}$ , si bien esta técnica no está exenta de una tasa de falsos positivos, que en algunas publicaciones llega al 50%<sup>(6)</sup>. Este porcentaje se relaciona con la inadecuada selección de los pacientes, un área de mucosa gástrica ectópica menor de

2 cm<sup>2</sup> o complicaciones técnicas. El tránsito radiológico intestinal no suele ser diagnóstico, pero en nuestro caso la opacificación del divertículo de Meckel fue manifiesta.

El proceder terapéutico se basa en la resección ileal segmentaria con anastomosis terminoterminal, que permite una resección de los posibles focos de tejido gástrico que puedan quedar en la base del divertículo. El tratamiento quirúrgico en nuestro caso siguió estas recomendaciones, cursando el postoperatorio de forma favorable.

La masiva rectorragia de presentación junto con la corta edad de nuestro paciente lo convierten en un caso atípico de divertículo de Meckel. El diagnóstico mediante tránsito radiológico intestinal constituye, también, un hecho poco descrito en la literatura.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Valoria Villamartin JM, Digiuni Avalis EM, Perez Tejerizo G. Meckel's diverticulum in childhood. Personal experience and actualization. *Cir Pediatr* 1994;7(1):17-20.
2. de Mingo Misena L, Alvarez Bernaldo de Quiros M, Cortes Gomez M, Ollero Fresno JC, Rollan Villamarin V. Meckel's diverticulum in children. A series of cases over 16 years. *An Esp Pediatr* 1990;32(5):431-4.
3. St-Vil D, Brandt ML, Panic S, Bensoussan AL, Blanchard H. Meckel's diverticulum in children: a 20-year review. *J Pediatr Surg* 1991;26(11):1289-92.
4. Brown RL, Azizkhan RG. Gastrointestinal bleeding in infants and children: Meckel's diverticulum and intestinal duplication. *Semin Pediatr Surg* 1999;8(4):202-9.
5. Fa-Si-Oen PR, Roumen RM, Croiset van Uchelen FA. Complications and management of Meckel's diverticulum—a review. *Eur J Surg* 1999;165(7):674-8.
6. Fresca Swaniker, Oliver Soldes and Ronald B. Hirschl. The utility of technetium  $^{99m}$  pertechnetate scintigraphy in the evaluation of patients with Meckel's diverticulum. *J Pediatr Surg* 1999;34:760-765.