

ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, A.C.



# Manejo del Divertículo de Meckel como hallazgo incidental transoperatorio.

Avi Afya, Samuel Kleinfinger Marcuschammer, David Lasky Marcovich  
Centro Médico ABC.



CONGRESO INTERNACIONAL DE  
**CIRUGÍA ENDOSCÓPICA**  
DR. ADRIÁN CARBAJAL RAMOS

DEL 1 AL 5 DE MAYO, 2018 BOCA DEL RÍO, VERACRUZ



ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, A.C.

# Manejo del Divertículo de Meckel como hallazgo incidental transoperatorio.

Avi Afya, Samuel Kleinfinger Marcuschammer, David Lasky Marcovich



## Introducción

## Material y métodos

## Resultados

## Resultados

## Conclusiones

- **Introducción.**
- El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más común del tracto gastrointestinal. Es el resultado de una obliteración incompleta del conducto vitelino que conduce a la formación de un verdadero divertículo del intestino delgado. En los casos asintomáticos muchas veces se pueden diagnosticar de manera incidental durante un evento quirúrgico o por estudios de imagen.
- **Objetivos:** Presentación de caso clínico y revisión de la literatura sobre el manejo de los divertículos de Meckel como hallazgo incidental.



DEL 1 AL 5 DE MAYO, 2018

CONGRESO INTERNACIONAL DE  
**CIRUGÍA ENDOSCÓPICA**  
DR. ADRIÁN CARBAJAL RAMOS

BOCA DEL RÍO, VERACRUZ





ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, A.C.

# Manejo del Divertículo de Meckel como hallazgo incidental transoperatorio.

Avi Afya, Samuel Kleinfinger Marcuschammer, David Lasky Marcovich



Introducción

Material y métodos

Resultados

Resultados

Conclusiones

Paciente femenino de 15 años de edad, sin antecedentes de relevancia, inicia el padecimiento actual 24 horas previos a su ingreso con dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha de tipo punzante, inicio gradual, intensidad 6/10, acompañado de náusea e hiporexia. A la

**Exploración física** dirigida con abdomen plano, sin hiperestesia ni hiperbaralgesia, peristalsis adecuada, McBurney (+), Rovsing (+), Blumberg (-), Iliopsoas (-), Obturador (-), timpánico.

**Laboratorios:** Hb 16.0, Hto 48.9, Leucocitos 7.4, Segmentados 62%, bandas 0%, plaquetas 283, PCR 0.03.



DEL 1 AL 5 DE MAYO, 2018

CONGRESO INTERNACIONAL DE  
**CIRUGÍA ENDOSCÓPICA**  
DR. ADRIÁN CARBAJAL RAMOS

BOCA DEL RÍO, VERACRUZ



ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, A.C.

# Manejo del Divertículo de Meckel como hallazgo incidental transoperatorio.

Avi Afya, Samuel Kleinfinger Marcuschammer, David Lasky Marcovich



Introducción

Material y métodos

Resultados

Resultados

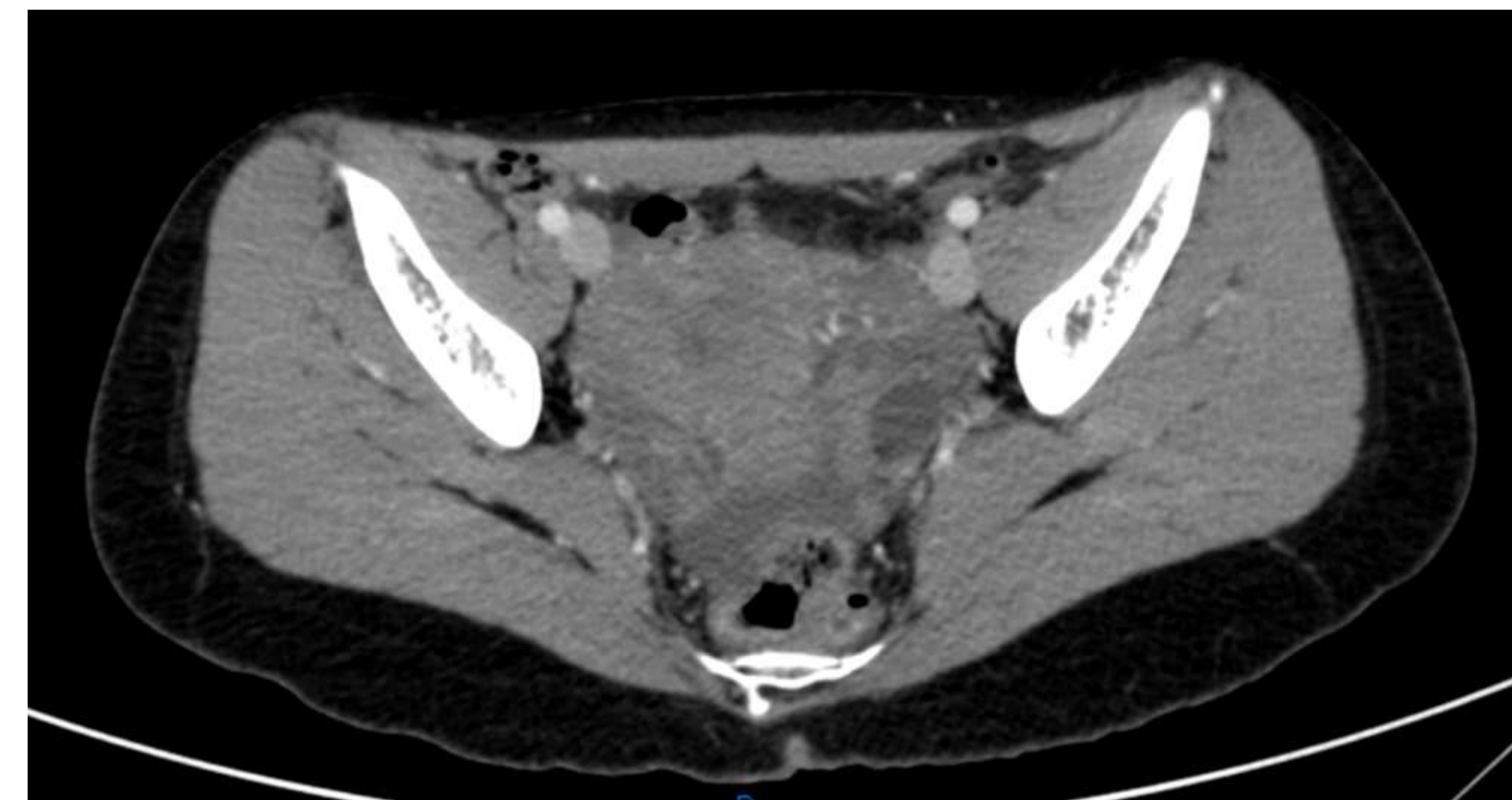
Conclusiones

## TAC de abdomen y pelvis con contraste I.V.

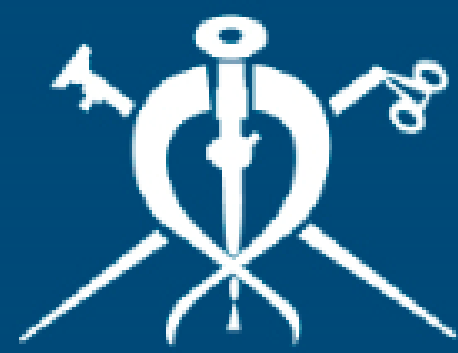
En el íleon distal se observa imagen redondeada dependiente de la pared intestinal, que mide 1.8 cm que muestra ávido realce con la aplicación del medio de contraste, se asocia a aspecto ingurgitado de la vasa recta.

No es posible identificar el apéndice cecal, sin embargo se descarta proceso inflamatorio indirecto, presencia de algunos ganglios mesentéricos de morfología conservada.

Utero de morfología normal, se observan en ambos anexos imágenes de pared irregular redondeadas, hipodensas, de pared fina, el mayor en el ovario izquierdo de 20 mm. Moderada cantidad de líquido libre en hueco pélvico.







ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, A.C.

# Manejo del Divertículo de Meckel como hallazgo incidental transoperatorio.

Avi Afya, Samuel Kleinfinger Marcuschammer, David Lasky Marcovich



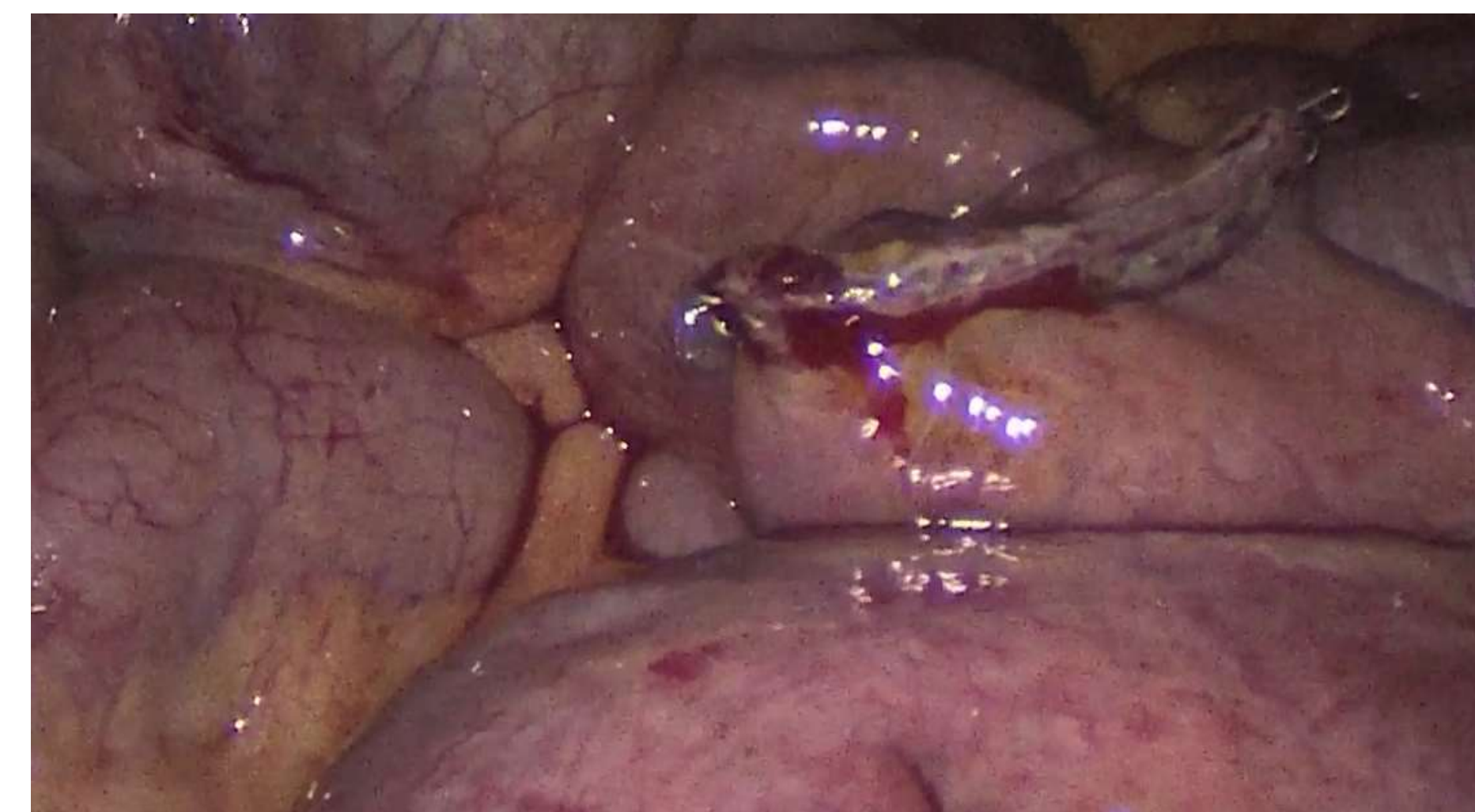
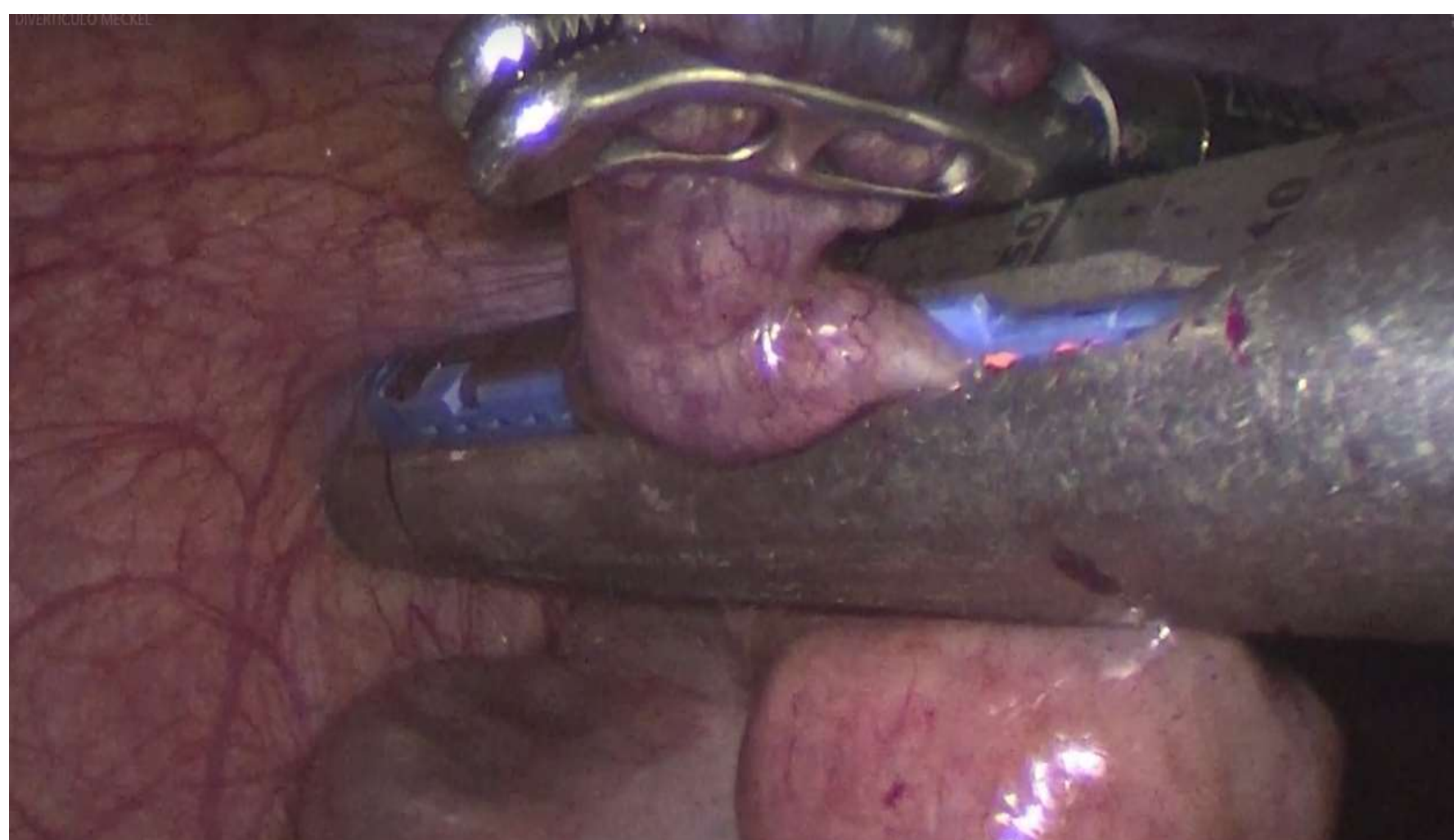
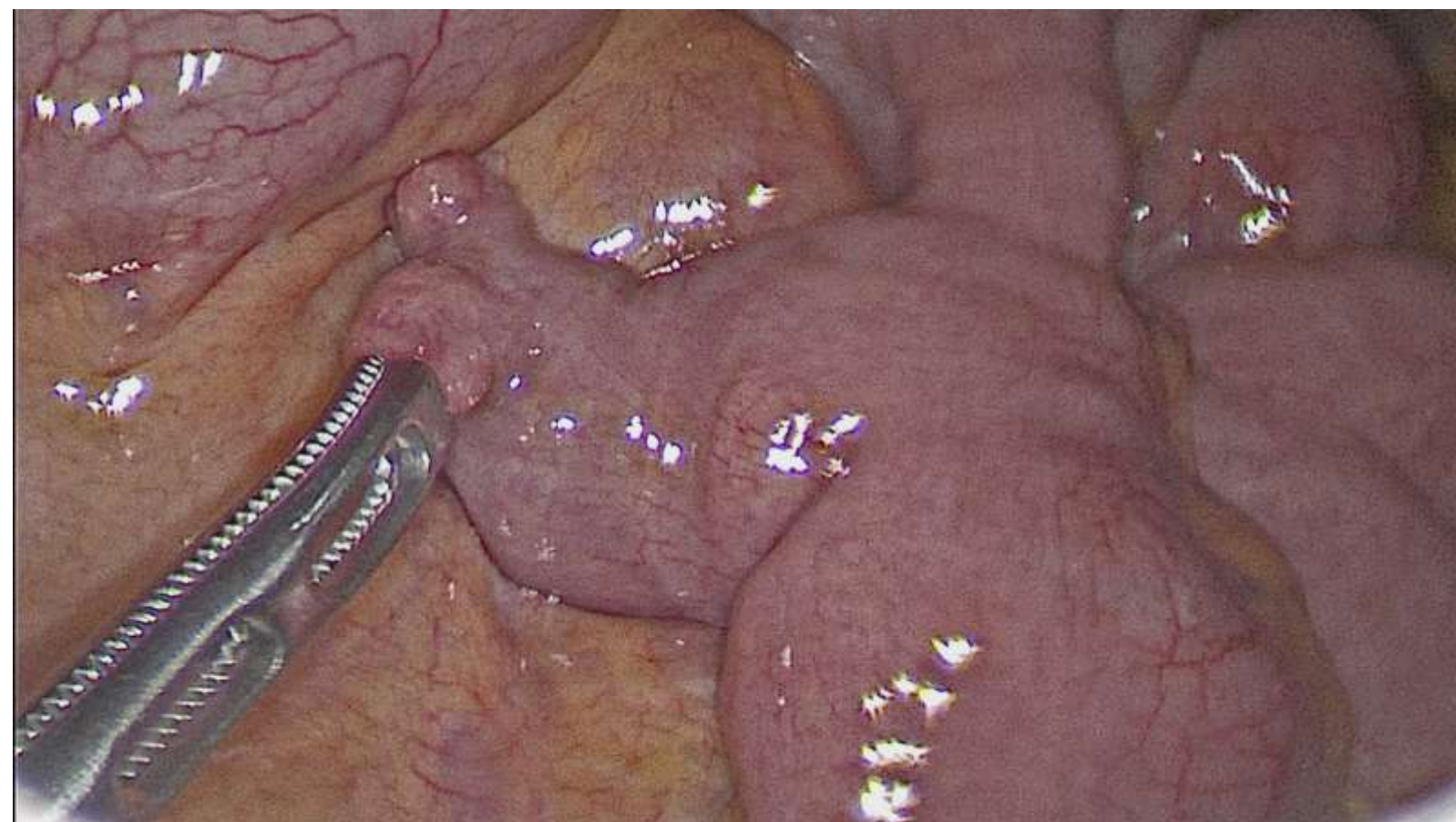
Introducción

Material y métodos

Resultados

Resultados

Conclusiones



DEL 1 AL 5 DE MAYO, 2018 BOCA DEL RÍO, VERACRUZ

DE  
A  
S





ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, A.C.

# Manejo del Divertículo de Meckel como hallazgo incidental transoperatorio.

Avi Afya, Samuel Kleinfinger Marcuschammer, David Lasky Marcovich



Introducción

Material y métodos

Resultados

Resultados

Conclusiones

## Hallazgos transoperatorios:

- 1) Quiste folicular roto en ovario derecho + Quistes de morgagni bilateral.
- 2) Divertículo de Meckel de 5 cm de longitud a 60 cm de la válvula ileocecal.
- 3) Hernia inguinal bilateral indirecta.
- 4) Líquido libre serohemático en hueco pélvico.

**Informe de estudio Histopatológico:** Pared de divertículo de Meckel compuesto por intestino delgado con mucosa gástrica heterotópica.

**Evolución postoperatoria:** Toleró adecuadamente la dieta líquida, se progresó a dieta blanda.

Uresis 1.4 ml/kg/hora, espontáneo, evacuaciones al corriente, canalizó gases, adecuado control del dolor. Deambulación sin complicaciones. EF: Leve dolor a la palpación profunda en abdomen inferior.

Cobertura antibiótica con ceftriaxona. Se dio de egreso en el postoperatorio 3 por mejoría clínica.



ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, A.C.

# Manejo del Divertículo de Meckel como hallazgo incidental transoperatorio.

Avi Afya, Samuel Kleinfinger Marcuschammer, David Lasky Marcovich



Introducción

Material y métodos

Resultados

Resultados

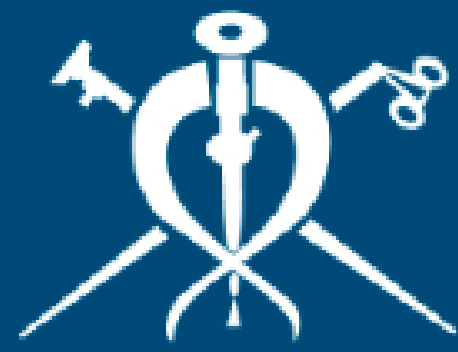
Conclusiones

Los divertículos de Meckel sintomáticos (Sangrado, obstrucción, Hernia de Littre, o diverticulitis) siempre deben de ser resecados quirúrgicamente. Existe controversia cuando el diagnóstico es realizado de manera incidental, por lo que no existe hoy en día un algoritmo establecido, ya que el riesgo de desarrollar alguna complicación es del 4-6%, sin embargo es útil seguir las siguientes recomendaciones:

- 1) **Pacientes jóvenes sanos** = Resección quirúrgica.
- 2) **Pacientes <50 años que presentan alguna anomalía a la palpación o diámetro > 2 cm** = Resección quirúrgica.
- 3) **Pacientes > 50 años** = No se recomienda la resección quirúrgica, a menos que se presente alguna anomalía a la palpación.

No se ha visto ventaja sobre la técnica quirúrgica utilizada, sin embargo las dos que más se implementan son la diverticulectomía desde la base o resección intestinal con anastomosis primaria. En términos generales se recomienda la resección y anastomosis en aquellos casos donde se palpa alguna anomalía o divertículos > 2 cm.





# Bibliografía.

1. Meckel's diverticulum: a systematic review. Sagar J, Kumar V, Shah DK . J R Soc Med. 2006;99(10):501.
2. Incidentally detected Meckel diverticulum: to resect or not to resect? Zani A, Eaton S, Rees CM, Pierro A .Ann Surg. 2008;247(2):276.
3. Meckel's diverticulum: comparison of incidental and symptomatic cases. Bani-Hani KE, Shatnawi NJ. World J Surg. 2004 Sep;28(9):917-20.
4. Laparoscopic excision of Meckel's diverticulum in children: what is the current evidence? Chan KW, Lee KH, Wong HY, Tsui SY, Wong YS, Pang KY, Mou JW, Tam YH. World J Gastroenterol. 2014 Nov;20(41):15158-62.
5. Management of incidentally found Meckel's diverticulum a new approach: resection based on a Risk Score. Robijn J, Sebrechts E, Miserez M , Acta Chir Belg. 2006;106(4):467