



ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE MEDICINA

“APENDICITIS AGUDA MAS DIVERTICULO DE MECKEL”

TRABAJO DE TITULACIÓN

TIPO: ANÁLISIS DE CASOS

Presentado para optar al grado académico de

MÉDICO GENERAL

AUTOR: MORENO MIRANDA NATALY MERCEDES

TUTOR: DR. SAGUE LARREA JORGE LUIS

Riobamba – Ecuador

2017

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN:.....	3
1. INTRODUCCION.....	4
2. DESARROLLO.....	5
2.1.1.Apendicitis aguda.....	5
2.1.2.Fisiopatología.....	6
2.1.3.Diagnostico.....	6
2.1.4.Divertículo de Meckel.....	7
2.1.5.Presentación clínica.....	8
2.1.6.Diagnostico.....	9
3. DISCUSION DEL CASO	10
3.1.1.Datos de identificación del paciente.....	10
3.1.2.Descripción del caso.....	10
3.1.3.Nota de ingreso del paciente.....	11
3.1.4.Examen físico.....	11
3.1.5.Exámenes de laboratorio.....	12
3.1.6.Tratamiento inicial de la emergencia.....	13
3.1.7.Tratamiento inicial de cirugía.....	13
3.1.8.Parte operatorio.....	14
3.1.9.Evolución del Caso	14
4. AGRUPACION SINDROMICA.....	17
5. CONCLUSIONES.....	18
6. PERSPECTIVA DEL PACIENTE.....	19
7. LISTA DE ABREVIACIONES.....	19
8. CONSENTIMIENTO.....	19
9. AGRADECIMIENTO.....	20

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS

RESUMEN

El objetivo trascendental de este trabajo es dar a conocer que en un tratamiento quirúrgico por patologías abdominales, pueden existir hallazgos incidentales, los mismos que nos permitirán estar al tanto de sus características y evoluciones, para así continuar con el comprometimiento a favor de los pacientes como es nuestra ética profesional. El presente caso se trata de un paciente masculino de 7 años de edad, mestizo, católico nacido y residente en Latacunga. ocupación estudiante, antecedente patológico quirúrgico de hernia inguinal derecha tratada quirúrgicamente hace 5 años , quien ingresa al Servicio de Emergencia por cuadro de dolor abdominal tipo cólico localizado en epigastrio de seis horas de evolución que se irradia a fosa iliaca derecha, de gran intensidad acompañado de alza térmica y anorexia . Al examen físico maniobras apendiculares positivas; en el laboratorio se evidencia leucocitosis de 13300/uL con desviación a izquierdo, por lo que es Ingresado al Servicio de Pediatría con diagnóstico de apendicitis aguda, siendo intervenido quirúrgicamente para realizar una apendicetomía, llamando la atención una alteración en el trayecto de las asas intestinales, provocando esto el hallazgo incidental de un divertículo de Meckel a 65 cm de válvula ileocecal adosado a vejiga urinaria y conectado a conducto onfalomesenterico. Posterior a la intervención el paciente mejora progresivamente, permaneciendo hospitalizado por 9 días; es dado de alta en condiciones estables.

Palabras claves: <TECNOLOGÍA Y CIENCIAS MÉDICAS>, <MEDICINA>, <DOLOR ABDOMINAL>, <DIVERTÍCULO_MECKEL>, <APENDICITIS_AGUDA>.

1. INTRODUCCIÓN:

El dolor abdominal es uno de los síntomas frecuentes en urgencias quirúrgicas, constituyendo casi el 85% de las asistencias a urgencias, sobre todo si aparece bruscamente. (1) (3)(12).

La mayoría de los expertos coinciden en señalar las dificultades que comporta establecer un diagnóstico etiológico correcto en una situación de este tipo, no en vano solo el 60% de los casos subsidiarios de ingreso, son diagnosticados correctamente. (12).

La apendicitis aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico en nuestro medio, el riesgo de desarrollar la enfermedad durante la vida es de 6-7% y se presenta de 1-4 veces más en varones que en mujeres. (3)

Su presentación es típica en la adolescencia y en los adultos jóvenes con un pico de incidencia en la segunda y tercera década de la vida y es mucho menos frecuente en las edades extremas. La incidencia de apendicitis aguda ha ido decreciendo en los últimos 60 años aunque aún no se han aclarado las causas. (3) (12).

Según la fisiopatología de la apendicitis, lo más común es que se obstruya la luz del apéndice, lo cual causa inflamación secundaria; la situación empeora debido principalmente a la disminución del retorno venoso, lo que contribuye a la oclusión total de la luz. (2) (4) (5).

El divertículo de Meckel es la anomalía congénita del tracto gastrointestinal más frecuente, ocurre en 2 al 3% de la población, la sintomatología es secundaria a complicaciones del divertículo como ulceración y hemorragia; diverticulitis; obstrucción intestinal por inversión diverticular, intususcepción, vólvulos, torsión o inclusión del divertículo en una hernia (hernia de Littré); formación de enterolitos y desarrollo de neoplasia. (8) (9).

El tejido del divertículo de Meckel produce ácido, al igual que el tejido del estómago y el revestimiento intestinal es sensible al contacto con el ácido y esto finalmente puede formar una úlcera. (9).

Su ocurrencia en varones y en mujeres es por igual, pero la incidencia de complicaciones es 3 a 4 veces mayor en varones, por lo que el diverticulitis de Meckel ocurre en un 20% de los pacientes sintomáticos y con frecuencia se confunde con apendicitis aguda; (la obstrucción intraluminal del divertículo lleva a edema, isquemia, necrosis e inflamación de manera similar a una apendicitis). La

dificultad diagnóstica y la baja prevalencia han hecho que esta patología sea subestimada pero no existen reportes epidemiológicos y de hecho su hallazgo muchas veces es incidental. (8).

2. DESARROLLO

APENDICITIS AGUDA

La apendicitis aguda es la enfermedad asociada con mayor cantidad de casos de cirugía de emergencia en pediatría e involucra del 1% al 2% de los niños que consultan al servicio de emergencias y del 1% al 8% de los pacientes pediátricos con dolor abdominal. La apendicitis es más frecuente en los niños de mayor edad y en los adolescentes que en los niños más pequeños y, en especial, que en los pacientes en edad preescolar. (7) (10).

La combinación de una historia clínica precisa, el examen físico, las pruebas de laboratorio y los métodos por imágenes (en especial, la ecografía y la tomografía computarizada [TAC]) es una herramienta útil para la evaluación y el diagnóstico de apendicitis aguda en este grupo etario. (5) (6) (7).

FISIOPATOLOGIA

La apendicitis se produce por obstrucción de la luz apendicular, con posterior sobrecrecimiento bacteriano. La historia natural de la apendicitis, después de la obstrucción, continúa con el crecimiento bacteriano intraluminal, la invasión de la pared por estos gérmenes, la isquemia y, finalmente, la gangrena, que induce perforación y peritonitis. La flora fecal normal es la responsable de la infección, incluso en los niños pequeños, e incluye gérmenes gramnegativos aerobios y anaerobios, *Escherichia coli*, *Peptostreptococcus spp.*, *Bacteroides fragilis* y *Pseudomonas spp.* (7).

DIAGNOSTICO

La evaluación de los niños con sospecha de apendicitis se lleva a cabo mediante la historia clínica y el examen físico; las pruebas de laboratorio y de diagnóstico por imágenes se emplean como métodos auxiliares para confirmar la impresión clínica. El objetivo es el diagnóstico precoz, dado que las tasas de perforación varían entre el 17% y 42%, con índices de apendicectomías con resultados negativos de 5% a 12%. Se debe efectuar tratamiento del dolor e hidratación por vía intravenosa si son

necesarios, incluso durante la evaluación. El uso correcto de opiáceos como analgesia en pacientes pediátricos con sospecha de apendicitis no enmascara los hallazgos significativos del examen físico abdominal ni retrasa el diagnóstico. La historia clínica y los hallazgos del examen físico se consideran suficientes para el diagnóstico para algunos cirujanos. En dos estudios, el 40% al 42% de los niños con apendicitis fueron operados sólo sobre la base de los hallazgos clínicos con una tasa de apendicectomías con resultados negativos del 6%. La apendicitis crónica o recurrente es poco frecuente en los niños y se debe a inflamación crónica, fibrosis (enfermedad de Crohn) o cuerpos extraños retenidos (fecalitos). En estos casos, el dolor se extiende por más de siete días y puede ser intermitente. El recuento de glóbulos blancos es normal. El dolor remite con la apendicectomía. (1) (3) (7).

DIVERTICULO DE MECKEL

El divertículo de Meckel, es la anomalía gastrointestinal congénita más frecuente, su incidencia es de 1-2% de la población general, con una relación varón: mujer de 3-4:1. Se puede presentar en forma aislada o asociado a otras patologías como atresia de esófago, ano imperforado y onfalocele. (8) (9).

En la gran mayoría de los casos se mantiene asintomático durante toda la vida estimándose en aproximadamente 1% de los portadores la aparición de síntomas; en un 90% de los casos se trata de un remanente del conducto onfalomesentérico, una estructura que conecta el saco vitelino primitivo al intestino medio durante el desarrollo del feto y el conducto onfalomesentérico se oblitera entre la quinta y séptima semanas de gestación, generalmente se encuentra localizado en el último metro de intestino delgado en el borde antimesentérico. (8).

Puede ser asintomático o manifestarse como un cuadro de abdomen agudo. Las complicaciones en un escaso número de pacientes pueden ser: infección, sangrado digestivo, obstrucción y raramente transformación maligna.

Las características del divertículo de Meckel, es descrita como la regla de los dos: presente en el 2% de la población, con 2% en promedio de afección sintomática, y 45% de estos pacientes tienen menos de 2 años y su localización más frecuente es de 2 pies (40 a 100 cm) de la válvula ileocecal con una longitud de aproximadamente 2 pulgadas. (8) (9).

Además de las capas normales de la pared intestinal, aproximadamente el 50% de los divertículos contienen tejido ectópico, de éstos, del 60% al 85% corresponden a tejido gástrico y del 5% al 16% a tejido pancreático; algunos reportes han citado tejidos ectópicos colónicos, duodenales, yeyunales, hepáticos y endometriales, sin embargo, estas presentaciones son infrecuentes.

La incidencia de la hernia de Littré es desconocida y se han descrito pocos casos en la literatura. (9).

Presentación clínica

La mayoría de los pacientes portadores de divertículo de Meckel son asintomáticos y son diagnosticados incidentalmente durante alguna evaluación radiológica del intestino delgado, procedimiento quirúrgico realizado por patologías no relacionadas o durante la necropsia, en las personas asintomáticas portadoras del divertículo va a presentar un riesgo de por vida de 4 a 6% de desarrollar complicaciones. (8)(13).

Las complicaciones clínicas del divertículo de Meckel ocurren más frecuentemente en niños, se dice que el 60% de los divertículos se vuelven sintomáticos antes de que el paciente cumpla los 10 años, la hemorragia es la complicación más frecuente en la edad pediátrica y está asociada generalmente con enfermedad ulceropéptica de la mucosa gástrica heterotópica del divertículo. (8).

El dolor abdominal es la segunda presentación clínica más frecuente puede ser secundario a diverticulitis de Meckel, perforación con formación de un absceso, intususcepción con reducción espontánea. (8).

La hemorragia: es la presentación clínica más frecuente en niños con divertículo de Meckel sintomático, la edad promedio de presentación es 2 años, pero puede ocurrir en niños mayores y adultos, clínicamente se manifiesta como un episodio indoloro de hemorragia típicamente rojo vivo a marrón, melena no se presenta generalmente. (9).

Diverticulitis: se presenta en cerca de 20% de todos los pacientes y es clínicamente indistinguible de una apendicitis aguda; resulta de una obstrucción del divertículo lo que conduce a inflamación distal necrosis pudiendo llevar incluso a perforación. (8) (9).

□ *Obstrucción intestinal*: ocurre en el 40% de los divertículos de Meckel sintomáticos, la obstrucción puede ser causada por: la captura de un asa intestinal por una banda mesodiverticular, volvulus del divertículo alrededor de una banda mesodiverticular, intususcepción, extensión a un saco herniario (hernia de Littre) y litiasis del divertículo.

□ *Tumores*: representan el 0.5 al 3.2% de los casos sintomáticos, la mayoría de los casos son tumores benignos como leiomiomas, angiomas y lipomas.

Entre los malignos encontramos: adenocarcinomas (los que generalmente se originan de mucosa gástrica), sarcomas, carcinoides y Tumor Gastrointestinal del Estroma.

La invaginación intestinal en adultos constituye una entidad infrecuente (el 5% de todos los casos de invaginación) y solo el 1–5% produce obstrucción intestinal.

La existencia de lesiones malignas en los divertículos de Meckel es muy infrecuente, entre el 0,5 y el 4% de los casos, la más común corresponde a los sarcomas, seguidas del tumor carcinoide y por último de los adenocarcinomas.

El diagnóstico de este tipo de lesiones es muy complicado y en la mayoría de las ocasiones se realiza en fases muy avanzadas de la enfermedad o de forma incidental cuando se asocia a una complicación.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico debe ser considerado en cualquier paciente con malestar abdominal, náusea y vómito o hemorragia intestinal, el cuadro clínico que acompaña al divertículo de Meckel puede ser indistinguible del que se presenta en otras patologías gastrointestinales y el diagnóstico diferencial más común es apendicitis; no obstante, la sintomatología puede confundirse con otras enfermedades comunes como úlcera péptica, gastroenteritis, cólico biliar, diverticulitis e incluso intolerancia a la lactosa. (10).

A la hora de plantear exploraciones complementarias debe adaptarse la demanda de las mismas a la edad de presentación y las manifestaciones clínicas del paciente. (8) (10).

La radiografía simple de abdomen ayuda al diagnóstico de cuadros de perforación de víscera hueca, neumoperitoneo, hallazgo importante de úlcera gastro-duodenal perforada y niveles hidroaéreos en abdomen obstructivo. (8).

El método diagnóstico más preciso en la detección del divertículo de Meckel la gammagrafía con tecnecio-99m pertecnetato, sin embargo, depende de la captación por la mucosa gástrica heterotópica, siendo útil entonces para el diagnóstico en pacientes sintomáticos, por ejemplo, con hemorragia intestinal.

En niños, el estudio tiene una sensibilidad de 85% y una especificidad de 95%, en adultos, la sensibilidad se reporta alrededor de 62.5%, mientras que la especificidad es de sólo 9%. (10).

A pesar de un buen índice de sospecha y a pesar del avance en los métodos diagnósticos el aforismo expresado por el Dr. Mayo en 1933 sigue siendo vigente: "El divertículo de Meckel es frecuentemente sospechado, casi siempre buscado y raramente encontrado. (10).

4. DISCUSION DEL CASO

4.1 Datos de identificación del paciente.

El caso que se presenta a continuación describe a un paciente de sexo masculino de siete años de edad, nacido y residente en Latacunga, mestizo, instrucción primaria incompleta y de ocupación estudiante, católico, soltero, grupo sanguíneo se desconoce, lateralidad diestra.

4.2. Descripción del caso.

Paciente que inicia su sintomatología el 19 de Octubre del 2017, es atendido en el servicio de Emergencia del Hospital Provincial General de Latacunga a las 14:30, donde es valorado y se solicita interconsulta a Cirugía General quienes deciden ingreso a hospitalización con diagnóstico de Apendicitis aguda e ingresa al Servicio de Pediatría a las 20:30.

Es intervenido quirúrgicamente a las 00:00 horas del 20 de julio, realizándose apendicectomía, diverticulectomía y cistorrafia con un tiempo de duración de 2 horas y llevado a sala de recuperación a las 02:15.

Al no observarse deterioro de la salud ingresa nuevamente a hospitalización a las 05:00, donde es evolucionado dos veces al día.

Posteriormente el paciente mejora progresivamente, permanece hospitalizado por 9 días más y es dado de alta el 28 de julio en condiciones estables.

NOTA DE INGRESO DEL PACIENTE:

- 19 de Octubre del 2017
- **Antecedentes patológicos personales:** ninguno
- **Antecedentes quirúrgicos:** hernia inguinal derecha operada hace 5 años
- **Antecedentes familiares:** ninguno
- **Hábitos:** alimentación 3 veces al día, micción 3 veces al día, defecatorio 1 vez al día. Alcohol: negativo, tabaco: negativo, drogas: negativo.
- **Factores socioeconómicos:** paciente vive con su madre y sus abuelos, en una casa propia de cemento armado, en la parroquia José Guango Bajo. Cuenta con tres habitaciones, todos los servicios básicos.
- **Motivo de Consulta:** dolor abdominal
- **Enfermedad actual:** paciente con cuadro de dolor abdominal de 6 horas de evolución, de gran intensidad, tipo cólico, localizado inicialmente en epigastrio, irradiado a fosa iliaca derecha, sin causa aparente, sin relación con la micción, deposición o decúbitos, se acompaña de alza térmica, anorexia, motivo por el cual acude a esta casa de Salud.

EXAMEN FÍSICO:

- **Signos Vitales:** temperatura axilar 37.1 grados centígrados, saturación de oxígeno 95%, frecuencia cardiaca 90 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto, presión arterial 100/60 mmHg.
- **Inspección:** Paciente consciente, orientado, álgico.
- **Cabeza:** normal.
- **Cardiopulmonar:** normal.
- **Abdomen:** suave, depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, signos de Blumberg, Mc Burney, Psoas positivos.
- **Extremidades:** normales.

EXAMENES DE LABORATORIO

Tabla 1.- Biometría hemática de ingreso

PARAMETROS	RESULTADOS	VALORES DE REFERENCIA

LEUCOCITOS	13.30	4 -10
NEUTROFILOS	82.9	50-70 %
HEMOGLOBINA	12.10	11.50 -14.80
HEMATOCRITO	39.0	38.0-44.0
PLAQUETAS	529	100.000 – 450.000

Fuente: laboratorio de servicio de emergencia.

Tabla 2.- Química sanguínea de ingreso

PARAMETROS	RESULTADOS	VALORES DE REFERENCIA
GLUCOSA BASAL	121.0	74.0-100.0
CREATININA	0.49	070.1.30
NITROGENO UREICO (BUN)	18.0	7.0-18.0
ACIDO URICO	4.30	3.50-7.20

Fuente: laboratorio de servicio de emergencia.

Tabla 3.- Coagulación de ingreso.

PARAMETROS	RESULTADOS	VALORES DE REFERENCIA
TTP	NO HAY REACTIVO	20.00-45.00
TP	12.00	10.00-13-50
INR	1.00	0.00 A 2.00

Fuente: laboratorio de servicio de emergencia.

Tabla 4.- Inmunología de ingreso.

PARAMETROS	RESULTADOS	VALORES DE REFERENCIA
INTERLEUCINA IL6	NO HAY REACTIVO	0.00-3.95

Fuente: laboratorio de servicio de emergencia.

Tabla 5.- Hormonal de ingreso.

PARAMETROS	RESULTADOS	VALORES DE REFERENCIA
PROCALCITONINA	NO HAY REACTIVO	

Fuente: laboratorio de servicio de emergencia.

Tabla 6.- Serología de ingreso.

PARAMETROS	RESULTADOS	VALORES DE REFERENCIA
PCR CUALITATIVA	NEGATIVO	

Fuente: laboratorio de servicio de emergencia.

Tratamiento inicial de Emergencia

1. Suprimir vía oral.
2. Control de signos vitales cada dos horas
3. Solución salina 0.9% 1000ml cada 12 horas.
4. Valoración por cirugía.

Tratamiento inicial de Cirugía.

1. Ingreso a cirugía general.
2. Suprimir vía oral.
3. Control de signos vitales, cada seis horas
4. Control de ingesta y excreta.
5. Lactato ringer 1500ml en 24 horas.
6. Ampicilina más sulbactam 1 gramo cada 6 horas.
7. Ketorolaco 10mg IV cada 8 horas.
8. Ecografía de abdomen
9. Biometría de control en 6 horas
10. Parte operatorio.
11. Bajar al quirófano al llamado.

PARTE OPERATORIO

- Diagnóstico de ingreso: Apendicitis aguda
- Diagnóstico de egreso: Apendicitis aguda + Divertículo de Meckel
- Operación proyectada: Apendicetomía.
- Realizada: Apendicectomía , diverticulectomía y citorrafia.

- **Exposición y hallazgos:**

- 1) Divertículo de Meckel a 65cm de la válvula ileocecal, adosada a vejiga urinaria, conectado al conducto onfalomesentérico.
- 2) Apéndice hipervascularizado con base de buena calidad.
- 3) Líquido inflamatorio aproximadamente 20 cc.
- 4) Sangrado escaso.

- Complicaciones: ninguna.

EVOLUCIÓN DEL CASO

20/10/2017

Primer día postquirúrgico, refiere dolor de moderada intensidad a nivel de sitio quirúrgico, no flatos, no deposición, afebril, hidratado, consciente, abdomen suave, depresible doloroso a la palpación en sitio quirúrgico, apósito limpio y RHA presentes.

Indicaciones:

1. Nada por vía oral (NPO)
2. Control de signos vitales
3. Control de ingesta y excreta
4. Lactato Ringer 1500 cc IV en 24 horas.
5. Ampicilina mas sulbactam 1gramo IV/ 6 horas.
6. Metronidazol 500mg IV c/8horas.
7. Ketorolaco 15mg IV c/8h
8. Tramadol 25 ml IV c/08horas.
9. Referencia a tercer nivel.
10. Mantener sonda vesical.
11. Cuantificación de sonda nasogástrica y drenajes.

21/10/17

Segundo día postquirúrgico. Refiere dolor abdominal en sitio quirúrgico. Consciente, afebril, semihidratado, abdomen suave, doloroso a la palpación superficial y profunda generalizada, RHA presentes. continúa con las mismas indicaciones.

Indicaciones:

1. Oxígeno a un litro por minuto por mascarilla.
2. Cuidado de sonda nasogástrica.
3. Cuidado del drenaje abdominal.
4. Sondaje vesical por razones necesarias.
5. Curación diaria.
6. Vitamina C 500mg IV / día.
7. Movilización temprana.
8. Ordenes de Pediatría.

22/10/17

Tercer día postquirúrgico. Refiere sentirse bien, presenta tos húmeda que le provoca dolor, no presenta fiebre ni alza térmica, abdomen plano, depresible herida quirúrgica con bordes sin signos de infección ruidos hidroaéreos presentes, drenaje abdominal escaso serohemático.

Evolución favorable, consideramos no es necesario transferencia a tercer nivel.

Indicaciones:

1. Ambulatorio
2. Retirar sonda vesical
3. Retirar sonda nasogástrica
4. Dieta líquida estricta
5. Nebulizaciones cada 6 horas
6. Mantener ampicilina más sulbactam

23/10/17

Cuarto día postquirúrgico. Paciente refiere dolor abdominal de moderada intensidad, abdomen suave depresible levemente doloroso a la palpación se evidencia herida quirúrgica en buen estado.

Indicaciones:

1. Dieta líquida amplia
2. Tramadol 20 mg intravenoso cada 8 horas

3. Ordenes de pediatría
4. Retirar drenaje abdominal
5. Retirar sonda vesical

24/10/17

Quinto día postquirúrgico. Paciente evoluciona favorablemente, tolera la dieta, se aspira cumplir 10 (diez) días postoperatorios para retirar sonda Foley. Se mantienen iguales indicaciones que el día anterior.

25/10/17 – 28/10/17

Sexto día postquirúrgico. Paciente en mejores condiciones, asintomático, afebril, tolera la dieta, se retira medicación intravenosa y se decide alta el 28/10/17, con el paciente termodinámicamente estable, se indica control por consulta externa de cirugía 01 Noviembre 2017.

3. AGRUPACION SINDROMICA

Tabla 7 agrupación de signos y síntomas

SIGNOS	SÍNTOMAS
Algia	Dolor abdominal tipo cólico que se irradia a fosa iliaca derecha de 6 horas de evolución
Blumberg positivo	Anorexia
Mc Burney positivo	Alza térmica
Psoas positivo	

En los niños en edad preescolar, el diagnóstico puede ser difícil, debido a que la presentación es, en general, inespecífica. Los signos y síntomas clásicos de apendicitis que se observan en niños de mayor edad, adolescentes y adultos en general no se describen en los niños más pequeños. En consecuencia, la anorexia, la fiebre, la migración del dolor al cuadrante inferior derecho y la defensa de la pared abdominal no son parámetros sensibles o específicos.

HALLAZGO INCIDENTAL

Mientras que el diagnóstico de un divertículo de Meckel complicado no ocasiona dudas respecto a su resección, la actitud ante el hallazgo casual no complicado es controvertida, así determinados autores que abogan por una actitud conservadora, ya que se observaron resultados adversos desde 1% hasta 9% de los pacientes después de una diverticulotomía incidental.

Otros defienden una actitud más agresiva: realizar la diverticulectomía profiláctica, basándose en la menor morbilidad asociada a las complicaciones postoperatorias respecto a la tasa de complicaciones del divertículo a lo largo de la vida del paciente.

Aun así, los autores más conservadores definen unas características morfológicas especiales del divertículo ante las cuales conviene realizar exéresis, entre las características morfológicas se encuentran que el divertículo sea mayor de 2 cm, presente una banda fibrosa, se sospeche de tejido ectópico; sumándole además como factores de riesgo el sexo masculino, pacientes menores de 45 años.

CONCLUSIONES

- ❖ El dolor abdominal es una de las principales causas de atención médica en Latinoamérica, así como también una causa más en Ecuador.
- ❖ El divertículo de Meckel es poco frecuente en nuestro medio, ya que se considera una malformación congénita.

- ❖ El examen físico adecuado es la mejor herramienta para establecer un correcto diagnóstico clínico.
- ❖ Las complicaciones agudas del divertículo de Meckel produce un cuadro que se asemeja a cualquier otra patología abdominal aguda, en especial la apendicitis aguda.
- ❖ En muchos casos reportados el hallazgo de un divertículo de Meckel se considera incidental como lo expuesto en el presente caso.
- ❖ Se cumplieron con los objetivos terapéuticos en el paciente investigado.
- ❖ Otras complicaciones del divertículo de Meckel son la perforación, hemorragia y obstrucción.
- ❖ La morbimortalidad es baja y las que se han documentado derivan del acto quirúrgico.
- ❖ Se realizó correctamente el protocolo con el fin que todo instante salvaguarda la vida.

PERSPECTIVA DEL PACIENTE

Su evolución fue satisfactoria y no deberá variar en el futuro.

LISTA DE ABREVIACIONES

1. **AINES:** Antiinflamatorios no Esteroideos
2. **CC.:** centímetros cúbicos
3. **Iv:** Intravenoso
4. **Mg:** miligramos
5. **MI:** mililitros
6. **NPO:** Nada por vía Oral
7. **RHA:** Ruidos hidroaéreos.

CONSENTIMIENTO INFOMADO.

Se obtiene el respectivo documento con firma de responsabilidad y autorización, mismos que se adjuntan a los anexos para mayor ilustración.

AGRADECIMIENTO

Reitero mi más sincero agradecimiento al ser superior por quien realizo todas mis actividades y a quien pongo en sus manos mi vida entera, a mi esposo y a mis hijas por el apoyo y comprensión que me brindaron en todo momento, estimulando esta fase de vida de estudiante y alentando con su conducta el logro de mis aspiraciones, por el tiempo que a ustedes pertenecía y que altruistamente me concedieron, a mis padres por ser ese ejemplo de amor, constancia, perseverancia pilar fundamental para seguir en el duro caminar de la medicina, quien con su cariño me enseñaron a luchar por lo que se quiere y no rendirse jamás, a mis hermanos con quienes desde niños nos hemos respaldado y con quienes he compartido momentos gratos de mi vida, más que hermanos verdaderos amigos, siempre predisuestos a dar una palabra de ánimo y energía.

A mis docentes a todos y cada uno de ellos que fueron parte de este largo aprendizaje, por compartir sus conocimientos y experiencias, mil gracias.

A mis amigos con quienes he pasado momentos de adversidad y alegría.

A la Escuela Superior Politécnica De Chimborazo, mi alma mater, a quien siempre la llevare en mi mente y corazón por haberme abierto las puertas y permitirme en cada una de sus aulas adquirir el conocimiento necesario para ser una profesional.

Al Hospital Provincial General Latacunga, ya que es ahí donde inicie mis primeros pasos en el arte de la práctica médica, donde realice mi internado rotativo, a cada uno de los servicios y personal que forman parte de esta prestigiosa institución, haciendo engrandecer mi ética y profesionalismo como el más humilde ser en bien de una sociedad que necesitamos y nos necesita.

MUCHAS GRACIAS

BIBLIOGRAFÍA

- Ávila M, García-Acero M. (2015). Apendicitis aguda: revisión de la presentación histopatológica en Boyacá, Colombia. Marzo 6, 2015, de Revista COLOMBIA Sitio web: <http://www.revistacirugia.org/images/pdf/158.pdf>
- Sousa I, Martinez J. (2017). Apendicitis aguda. Manejo quirúrgico y no quirúrgico. Enero 26 , 2016, de Rev Med Inst Mex Seguro Soc Sitio web: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im171p.pdf>
- Aranda J, Ivus L, Leiva F, Buforg G, Toscano R, . (2015). DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS . 2015, de Medynet Sitio web: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/dolorabd.pdf>
- Souza L, Martinez J. (2017). Apendicitis aguda. Manejo quirúrgico y no quirúrgico. Enero 26,2016, de Rev Med Inst Mex Seguro Soc Sitio web: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im171p.pdf>
- Fallas J. (2012). Apendicitis Aguda. Marzo 2012, de ASOCOMEFO Sitio web: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v29n1/art10.pdf>
- Cuervo J. (2014). Apendicitis aguda. 2014, de Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2 Sitio web: <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2014/04/15-31-Apendicitis.pdf>
- Sakellaris G, Partalis N, Dimopoulot D. (2015). Apendicitis aguda en niños de edad preescolar. Mayo 22, 2015, de Salud(i)Ciencia Sitio web: <http://www.siicsalud.com/dato/sic/213/126115.pdf>
- Arriola A, Gonzales N. (2016). Divertículo de Meckel. Reporte de casos. Noviembre 19 , 2016, de Acta Pediatrica Hondureña Sitio web: <http://www.bvs.hn/APH/pdf/APHVol7/pdf/APHVol7-1-2016-9.pdf>
- Tozelli L, Lobos P. (2009). Descripción del caso presentado en el número anterior: Divertículo de Meckel. Julio 03 , 2009, de Arch Argent Pediatr Sitio web: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v107n4/v107n4a17.pdf>

Martinez N , Pederzoli L, Sosa I, Gonzales E, Sanabria J.. (2015). FRECUENCIA DE DIVERTICULO DE MECKEL EN EL DIAGNOSTICO PREOPERATORIO DE LA APENDICITIS AGUDA. Diciembre 3, 2015, de sopaci Sitio web: <http://scielo.iics.una.py/pdf/sopaci/v39n2/v39n2a02.pdf>

Gomez P, Navarro B, Panadero L, Uehara M, Panadero F. (2015). ABDOMEN AGUDO . Mayo 05, 2015, de portalfarma Sitio web: <https://botplusweb.portalfarma.com/Documentos/2015/5/5/84282.pdf>

Peña L. (2016). DOLOR ABDOMINAL AGUDO Guía Práctica para el Diagnóstico y Tratamiento Urgente. Noviembre 2016, de Logargraf S.A.C. Sitio web: <http://repositorio.cmp.org.pe/bitstream/CMP/38/1/LIBRO%20FINAL%20DOLOR%20ABDOMINAL.pdf>

Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Lima). Facultad de Medicina. Escuela Académico Profesional de Medicina Humana. Departamento Académico de Cirugía. (1999). Cirugía : I cirugía general. Lima: SISBIB.

ANEXOS.

Se adjunta al presente informe en relación al caso clínico, las respectivas imágenes (copias) como fuente de evidencia de lo realizado así como también el documento en original del consentimiento informado y copia de la perspectiva del paciente con firma y número de cédula de la señora Sayra Taipicaña (madre del paciente intervenido).

FOTOGRAFIA 01. HALLAZGO INCIDENTAL DEL DIVERTICULO DE MECKEL.



FOTOGRAFIA 02. DIVERTICULO DE MECKEL PROPIAMENTE.



FOTOGRAFIA 03. PACIENTE LUEGO DE LA CIRUGIA CON SU REPRESENTANTE.
(FOTOGRAFIA AUTORIZADA VERBALMENTE)

