

## **Sepsis secundaria a víscera hueca intraabdominal perforada.**

### **Sepsis secondary to intraabdominal hollow viscus perforation.**

**Blacio Villa, C. Omar.; Yepez Yerovi, F. Eduardo.\*; Lescano Palacios, I. Javier.\*\*;**  
**Quesada Cevallos, M. Alejandra.\*\*\***

*Hospital Provincial General Docente Ambato. Docente Universidad Técnica de Ambato.*

*Ambato. Tungurahua. e-mail: [co.blacio@uta.edu.ec](mailto:co.blacio@uta.edu.ec) / [cobv322009@hotmail.com](mailto:cobv322009@hotmail.com)*

*\*Hospital Provincial General Docente Ambato. Docente Titular Auxiliar I.*

*Universidad Técnica de Ambato.*

*Ambato. Tungurahua. e-mail: [fe.yepez@uta.edu.ec](mailto:fe.yepez@uta.edu.ec) / [fabedu77@yahoo.com](mailto:fabedu77@yahoo.com)*

*\*\*Hospital Provincial General Docente Ambato.*

*Ambato. Tungurahua. e-mail: [gto4@hotmail.com](mailto:gto4@hotmail.com) / [gto4@hotmail.it](mailto:gto4@hotmail.it)*

*\*\*\*Universidad Técnica de Ambato.*

*Ambato. Tungurahua. e-mail: [marimay\\_29@hotmail.com](mailto:marimay_29@hotmail.com) / [alejitaq12@gmail.com](mailto:alejitaq12@gmail.com)*

#### **CASO CLÍNICO**

---

**Resumen:** *La sepsis es un síndrome siempre grave, producida por anormalidades fisiológicas, patológicas y bioquímicas asociadas a una infección y es responsable de elevada tasa de mortalidad entre las personas hospitalizadas. Varios factores aumentan la susceptibilidad a desarrollarla siendo representativas las edades extremas, la comorbilidad asociada, los estados que debilitan el sistema inmunitario y desde el punto de vista clínico las diferencias obedecen sobre todo a la clasificación del germen causal que desencadena la liberación de mediadores tóxicos, siendo muy temidas las causadas por gérmenes gram negativos intraluminales. Presentamos un caso de dolor abdominal de diez días de evolución, tratado empíricamente por métodos caseros en busca de analgesia sin resultados alentadores, el cual acudió al Hospital Provincial General Docente Ambato, Ecuador en el año 2017, donde se decidió operar por Peritonitis Generalizada y Sepsis de posible etiología intraabdominal; evidenciándose al acto operatorio perforación de Divertículo de Meckel, con sus respectivas complicaciones dado su tórpida evolución que motivó además la realización de procedimientos quirúrgicos derivativos.*

**Palabras clave:** *Divertículo de Meckel, perforación intestinal, sepsis intraabdominal.*

**Abstract:** *Sepsis is an always severe syndrome, caused by physiological, pathological and biochemical abnormalities associated with an infection and is responsible for a high mortality rate among hospitalized persons. Several factors increase the susceptibility to develop it being representative the extreme ages, the associated comorbidity, the states that weaken the immune system and from the clinical point of view the differences mainly obey the classification of the causal germ that triggers the release of toxic mediators, Being very feared those caused by gram-negative intraluminales germs. We present a case of abdominal pain of ten days of evolution, treated empirically by home methods in search of analgesia without encouraging results, which came to the Hospital General Docente Ambato, Ecuador in 2017, where it was decided to operate for generalized peritonitis and sepsis Of possible intra-abdominal etiology; Evidencing Meckel Diverticulo perforation operative, with its respective complications given its torpid evolution that also motivated the accomplishment of derivative surgical procedures..*

**Keywords:** *Meckel diverticulum, intestinal perforation, intraabdominal sepsis.*

## INTRODUCCIÓN

La involución del conducto onfalomesentérico alrededor de la quinta semana de vida intrauterina, posibilita que desaparezca la conexión entre intestino primitivo y pared abdominal anterior. La persistencia anómala del conducto puede generar posterior al nacimiento fístula onfalomesentérica, seno umbilical, quiste umbilical o divertículo de Meckel<sup>1</sup>, este último, motivo del presente artículo. Tal anomalía congénita del aparato gastrointestinal es la más frecuente y se presenta en el 2% al 3% de la población.<sup>2</sup>

Su diagnóstico es muchas veces casual, en el curso de una operación abdominal. Se estima que en un 10% de los casos el 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 invaginación. Una complicación infrecuente de esta patología por malformación es la perforación.<sup>3,4</sup>

La complicación más habitual es el sangrado, sobre todo en niños, mientras que en adultos se citan como frecuentes la invaginación, obstrucción, herniación, neoplasia, formación de enterolitos y la perforación, motivo de altas tasas de letalidad a consecuencia de la sepsis que genera.

El objetivo de la presente publicación es presentar un caso de Sepsis secundaria a víscera hueca intraabdominal perforada, en una paciente con asistencia demorada a centro institucional de salud, y a la que finalmente hubo de practicarle procedimiento derivativo dado el estado de peritonitis advertido.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 34 años de edad, de raza mestiza, que acude al área de

Emergencia del Hospital Provincial General Docente Ambato, en el mes de marzo del presente año, por presentar cuadro de dolor abdominal difuso y de intensidad creciente de 10 días de evolución, sin alivio con el empleo de remedios caseros, acompañado de vómito en varias ocasiones de contenido bilioso, toma del estado general de instalación gradual, hipertermina e intensa sensación de sed.

Anamnesis: Nivel socioeconómico bajo, ausencia de enfermedad conocida.

Exploración física:

General: Temperatura: 36°C; FC: 110X min; FR: 43X min; TA: 110/70 mm Hg; mucosa oral: Secas; saturación de oxígeno de 80 % al aire ambiente.

Abdomen: Tenso, globuloso, con presencia de hematomas a nivel de epigastrio, mesogastrio e hipocondrio derecho (producto de faja constrictiva, colocada en casa para disminuir el dolor abdominal); doloroso difusamente a la palpación, con predominio de sensibilidad hacia epigastrio e hipocondrio derecho; ruidos hidroaéreos: presentes y disminuidos en frecuencia, signos de Holman y de Guéneau de Mussy positivos.

Se indican estudios generales y se decide operar con el diagnóstico presuntivo de Peritonitis generalizada y Sepsis de posible etiología intraabdominal.

Se le practica Laparotomía exploratoria con los siguientes hallazgos: Líquido purulento y fecaloide libre en cavidad aproximadamente 2000 cc; Divertículo de Meckel perforado a 50 cm de la válvula ileocecal, presencia de Gleras Fibrinopurulentas a nivel de asas intestinales y en pared abdominal, asas intestinales friables y edematosas, necrosis parcial del omento, apéndice cecal de características normales. (Figura 1)

**Fig.1. Divertículo de Meckel, Perforado.**



Frente a los hallazgos mencionados se decide realizar resección del segmento afectado (Figura 2), y ejecutar una ileostomía y omentectomía parcial. (Figura 3)

**Fig.2. Pieza resecada correspondiente al íleon afectado.**



Se constatan además los siguientes índices de riesgo que pudieran influir en la evolución de la paciente: Valores de Química Sanguínea: Urea. 107 mg/dl; Creatinina 1.15 mg/dl; Ácido úrico: 8.30 mg/dl.

**Fig.3. Muñón distal.**



En el proceso transoperatorio se informa al servicio de Unidad de Cuidados Intensivos, donde es trasladada con estadía de siete días y finalmente culmina tratamiento en el servicio de Cirugía General del Hospital Provincial General Docente Ambato con estadía aproximada de 3 semanas hasta la alta hospitalaria.

## DISCUSIÓN

La sintomatología del Divertículo de Meckel 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.<sup>4-6</sup>

Comúnmente y desde el punto de vista nemotécnico se hace referencia al divertículo de Meckel con la regla de los "2":

- Ocurre en el 2% de la población (1%-4%).
- Relación hombre/mujer 2:1.
- Se localiza frecuentemente a 2 pies (60 cm) de la válvula ileocecal, en el borde antimesentérico.
- Mide usualmente 2 cm de diámetro.
- Mide constantemente 2 pulgadas (5 cm) de longitud.
- Puede contener 2 tipos de tejido ectópico (comúnmente gástrico y pancreático).
- Es más habitual antes de los 2 años de edad.

En la paciente presentada hubo demora de diez días desde la instalación del cuadro inicial, durante los cuales las manifestaciones clínicas se agravaron, mientras la paciente y sus familiares recurrieron a otros procedimientos no protocolizados con la intención de revertir sus síntomas; obviando la búsqueda de opinión profesional.

La entidad es más frecuente en niños menores de dos años, y su incidencia va disminuyendo con el paso de los años, por lo que brinda al caso un nuevo dato para la estadística.

Las patologías a considerar para realizar el diagnóstico diferencial de la entidad incluyen múltiples puntos de vistas en dependencia de la causa que genere la complicación del divertículo e incluyen absceso entre asas, Enfermedad de Crohn, isquemia y posiblemente tumor de intestino delgado como linfoma o tumor carcinoide.<sup>5</sup>

El diagnóstico rara vez se hace antes de la cirugía, ya que en ausencia de complicaciones su presencia es difícil de sospechar, y por lo general se le atribuye poco valor a la ultrasonografía o la tomografía computarizada por no brindar datos fidedignos que diferencien al divertículo con un asa intestinal.

La gammagrafía con radionúclidos (pertecnato marcado con <sup>99m</sup>Tc) combinada con el uso de cimetidina o pentagastrina ha brindado excelentes resultados pero hay que evaluar siempre la relación costo-beneficio.<sup>5,7</sup>

La conducta definitiva variará de acuerdo al estado en que se realice el diagnóstico. Los divertículos sintomáticos deberán tratarse por métodos quirúrgicos y el procedimiento que por lo general se practica es la diverticulectomía o la resección intestinal donde se inserte la malformación, ante el riesgo de tejido remanente ectópico adyacente al divertículo.<sup>8-10</sup>

El resto de los procedimientos estarían en relación con la complicación intraabdominal que se presente, pudiendo variar desde procedimientos derivativos, hasta restituciones del tránsito intestinal variables, apoyados con terapias disímiles en una Unidad de Cuidado Intensivos.

Para los hallazgos de Divertículo de Meckel incidentales existe cierta polémica. Algunos autores prefieren no mover la malformación y otros prefieren lo contrario sobre todo cuando su tamaño supere los 2 cm, se presente en infantes o se demuestre la presencia en la malformación de tejido ectópico.<sup>11-13</sup>

## CONCLUSIONES

La Peritonitis generalizada asociada a Sepsis de etiología intraabdominal por perforación del Divertículo de Meckel es una causa poco frecuente en la práctica médica considerando el sexo y la edad de la enferma. Esta entidad en ausencia de complicación es muy poco probable diagnosticar, salvo en el curso de intervenciones intraabdominales y en presencia de cualquiera de sus potenciales complicaciones, siendo la perforación una de las más temidas y que sugieren la práctica de procedimientos diferentes para salvaguardar la vida del enfermo.

## RECOMENDACIONES

Emplear con precaución aquellas medidas no institucionalizadas con vistas a modificar cualquier dolor abdominal, con énfasis en procedimientos ancestrales de compresión abdominal; pues nada supera la valoración.

## REFERENCIAS

1. Kunitsu T, Koshida S, Tanaka K, Nakahara S, Yanagi T, Maruo Y, et al. Neonatal Meckel diverticulum: Obstruction due to a short mesodiverticular band. *Pediatrics international : official journal of the Japan Pediatric Society.* 2015;57(5):1007-9
2. Krummen DM, Camp LA, Jackson CE. Perforation of terminal ileum

- diverticulitis: a case report and literature review. *Am Surg* 1996;62:939-40.
3. Hosn MA, Lakis M, Faraj W, Khoury G, Diba S. Laparoscopic approach to symptomatic meckel diverticulum in adults. *JSLs : Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*. 2014;18(4).
  4. Spottswood SE, Pfluger T, Bartold SP, Brandon D, Burchell N, Delbeke D, et al. SNMMI and EANM practice guideline for meckel diverticulum scintigraphy 2.0. *J Nucl Med Technol*. 2014;42(3):163-9.
  5. Kusumoto H, Yoshida M, Takahashi I, Anai H, Maehara Y, Sugimachi K. Complications and diagnosis of Meckel's diverticulum in 776 patients. *Am J Surg* 1992;164:382-3.
  6. Mendelson KG, Bailey BM, Balint TD and Pofahl WE. Meckel's Diverticulum: review and Surgical Management. *Curr Surg*. 2001;58:455-7.
  7. Mackey WC, Dineen P. A fifty year experience with Meckel's diverticulum. *Surg Gynecol Obstet*. 1983;156:56-64.
  8. 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.
  9. Macari M, Panieck DM. CT findings in acute necrotizing Meckel diverticulitis due to obstructing enterolith. *J Comput Assist Tomogr* 1995;19:808-10.
  10. Hughes JA, Hatrick A, Rankin S. Computed tomography findings in an inflamed Meckel diverticulum. *Br J Radiol* 1998;71:882-3.
  11. 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.
  12. 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.
  13. 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.

---

## LOS AUTORES

**Carlos Omar Blacio Villa**, Especialista en Cirugía General.

**Fabián Eduardo Yopez Yerovi**, Especialista en Cirugía General.

**Israel Javier Lescano Palacios**, Médico General. Residente en Cirugía General.

**Maritza Alejandra Quesada Cevallos**, Estudiante de medicina. Internado Rotativo en Cirugía General.

---

**RECIBIDO:** Abril 25, 2017

**APROBADO:** Mayo 11, 2017

