

### RESUMENES LIV JORNADAS DE INVESTIGACIÓN PEDIÁTRICA SANTIAGO NORTE

#### **DIVERTÍCULO DE MECKEL: RELACIÓN ANATOMOCLÍNICA ENTRE HALLAZGO MACROSCÓPICO E HISTOLOGÍA ENCONTRADA DURANTE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS EN EL HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO.**

Lesly Queupan R.<sup>1,2</sup>; Marco Valenzuela A.<sup>1,2</sup>; Camila Pincheira R.<sup>1,2</sup>; Javier Lira G.<sup>1,2</sup>; Ricardo Ávila R.<sup>1,2</sup>; Dyan Cruz C.<sup>1,2</sup>; Luis Velozo P.<sup>1,2</sup>

1 Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

2 Hospital Roberto del Río

**Antecedentes:** El Divertículo de Meckel (DM) es la malformación congénita más frecuente del tracto gastrointestinal. Su presentación clínica es muy variada, desde una condición asintomática hasta complicaciones graves que requieren tratamiento quirúrgico de urgencia. La resección profiláctica se decide durante el acto quirúrgico.

**Objetivos:** Analizar la relación entre hallazgo macroscópico, técnica quirúrgica e histología encontrada en pacientes diagnosticados con divertículo de Meckel en el hospital Roberto del Río entre los años 2012 -2022.

**Métodos:** Revisión retrospectiva de pacientes diagnosticados con divertículo de Meckel, evaluación de protocolos quirúrgicos y biopsias entre los años 2012-2022. Se identificó género, edad, distancia desde válvula ileocecal, presentación clínica, estadía hospitalaria, complicaciones, características macroscópicas durante cirugía, histología y técnicas quirúrgicas, los resultados se comparan con los hallazgos de un trabajo similar efectuado en el Hospital Roberto del Río entre los años 2000 y enero 2012.

**Resultados:** 31 pacientes identificados. La edad promedio fue de 4 años. La distancia promedio desde la válvula ileocecal fue 56,85 centímetros. 10 pacientes (32%) hallazgo intraoperatorio. Según presentación clínica: hemorragia digestiva (n=6), divertículo perforado (n=3), invaginación intestinal (n=3), obstrucción intestinal (n=5), plastrón diverticular (n=1), diverticulitis (n=1), hernia de Littré (n=1) y quiste onfaloentérico (n=1). La estadía promedio fue 9,1 días (2 -26 días). La biopsia reveló mucosa gástrica 50%, intestinal 38%, intestinal y gástrica 12%. Las técnicas quirúrgicas realizadas fueron laparotomía (n=16), técnica video asistida (n=13), laparoscopia (n=2). En ambos trabajos el hallazgo intraoperatorio se mantuvo constante (31-32%), al igual que le predominio masculino (3/1). La presentación clínica predominante en ambos trabajos fue la hemorragia digestiva que se asocia con la presencia de mucosa gástrica. En esta revisión, no se evidencia presencia de mucosa pancreática a diferencia del 3% encontrada en el trabajo anterior.

**Conclusión:** Ninguno de los pacientes operados de apendicitis, en los cuales se difirió la extirpación del DM, tuvo complicaciones. En promedio se operaron electivamente 5 meses después. En 2 pacientes con antecedentes de apendicetomía previa (apendicitis aguda congestiva), no se pesquisó la presencia del Divertículo de Meckel (6,5%). Estos se presentaron posteriormente como peritonitis diverticular e invaginación diverticular, respectivamente. En esta serie solo un paciente operado tuvo complicación quirúrgica (3%): infección de herida operatoria con evisceración.