

DIVERTICULITIS DE MECKEL

Dr. Mohamedfadel Bleila¹ / Dra. Raquel Sánchez Oro¹ / Dra. Queralta Grau Ortega²

¹ Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Obispo Polanco. Teruel

² Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital universitario Josep Trueta. Girona

RESUMEN

Varón de 47 años de edad sin antecedente personales, que acude a urgencias por dolor abdominal en flanco izquierdo irradiado a genitales de 24h de evolución, sin asociar fiebre y con algún vómito. El dolor es continuo con momentos de acentuación y que inicialmente comenzó en flanco derecho, posteriormente se desplazó a la región epigástrica, para focalizarse en su localización actual. Al examen físico dolor a la palpación en ambos flancos, sobre todo el derecho. En la analítica destaca leucocitosis con neutrofilia.

Ante la sospecha de diverticulitis se solicita ecografía abdominal, con resultados no concluyentes por lo que se completa estudio con tomografía computarizada (TC) abdominopélvica con contraste (Fig. 1), que confirma la presencia de divertículo de Meckel complicado con diverticulitis aguda. El paciente fue intervenido de urgencia con el informe quirúrgico de diverticulitis de Meckel con líquido seropurulento en fosa iliaca derecha (adjuntamos la foto de la pieza quirúrgica en la Fig. 2). con posterior confirmación de anatomía patológica.

DISCUSIÓN

El divertículo de Meckel (DM) fue descrito por primera vez en 1650 por Fabricus Hildanus, recibe su nombre de Johann Friedrich Meckel, quien estableció su origen embrionario en 1809¹⁻². El DM divertículo es la anomalía congénita mas frecuente del tubo digestivo, siendo un remanente del conducto onfalomesentérico, localizado en el borde antimesentérico a 40-60 cm de la válvula ileocecal^{1,2-3}. Es un divertículo verdadero porque sus paredes contienen las tres capas de la pared intestinal. Posee una longitud de hasta 5 cm y un diámetro de hasta 2 cm¹⁻². Presenta una prevalencia de aproximadamente el 2% en la población general, siendo el 76% en adultos y el 24% en pacientes pediátricos¹.

En un 62% se puede encontrar mucosa gástrica heterotópica, en el 6% tejido pancreático, en el 5% mucosa gástrica y pancreática, en el 2% mucosa yeyunal y en el 2% tejido de Brunner 2-3. También es conocido como la enfermedad o regla de los dos: aparece en 2% de la población, se localiza a 2 cm de la válvula ileocecal, mide alrededor de 2 pulgadas, es 2 veces más frecuente en hombres que en mujeres y la mayoría se diagnostican en los 2 primeros años de vida²⁻³.

ABSTRACT

A 47-year-old man with no personal history, who came to the emergency room for abdominal pain in the left flank radiating to the genitals of 24 hours of evolution, without associating fever and with any vomiting. The pain is continuous with moments of accentuation and that initially began in the right flank, later it moved to the epigastric region, to focus on its current location. On physical examination, tenderness on both flanks, especially the right one. On laboratory tests, leukocytosis with neutrophilia stands out.

Given the suspicion of diverticulitis, an abdominal ultrasound was requested, with inconclusive results, so a study was completed with an abdominopelvic computed tomography (CT) with contrast (Fig. 1), which confirmed the presence of Meckel's diverticulum complicated with acute diverticulitis. The patient underwent emergency surgery with a surgical report of Meckel's diverticulitis with seropurulent fluid in the right iliac fossa (we attach the photo of the surgical specimen in Fig. 2). with subsequent confirmation of pathological anatomy.

Diagnóstico por imagen

El DM en la mayoría de los casos es asintomático y se descubre durante una intervención quirúrgica por otra causa.

La clínica puede incluir sangrado intestinal, dolor abdominal, vómitos y distensión, secundarios a obstrucción o perforación, además de fiebre y dolor abdominal secundarios a diverticulitis. Los síntomas suelen ser poco frecuentes en adultos, pero cuando están presentes se asocian a complicaciones serias².

La complicación más frecuente en niños es la hemorragia, usualmente se presenta como hematoquezia y en adultos son la obstrucción, seguida por diverticulitis³⁻⁴. El diagnóstico debe ser considerado en cualquier paciente con malestar abdominal, náusea, vómito o hemorragia intestinal²⁻³. Es posible diagnosticarlo con gammagrafía con tecnecio 99 cuando existe mucosa gástrica ectópica, pero la tomografía computarizada es la que ha demostrado ser más específica, mostrando una estructura tubular llena de

líquido o bien imágenes de invaginación intestinal⁴. El diagnóstico diferencial comprende un grupo significativo de afecciones entre las que se encuentran: apendicitis aguda, colitis neutropénica, diverticulitis colónica derecha, apendicitis epiploica, infarto del epiplón y enfermedad inflamatoria intestinal, entre otras⁴.

El tratamiento de las complicaciones del divertículo de Meckel, en particular ante un cuadro inflamatorio agudo peritoneal o perforación intestinal, es la intervención quirúrgica³⁻⁴.

Nuestro caso se presentó con clínica de dolor abdominal en ambas fosas iliacas, al examen físicos mostraba leves signos de irritación peritoneal y leucocitosis, lo que sugería posible cuadro de diverticulitis aguda. Posteriormente la TC confirma el diagnóstico de divertículo de Meckel complicado con diverticulitis aguda, el paciente fue operado de urgencia con envío y confirmación posterior de anatomía patológica.

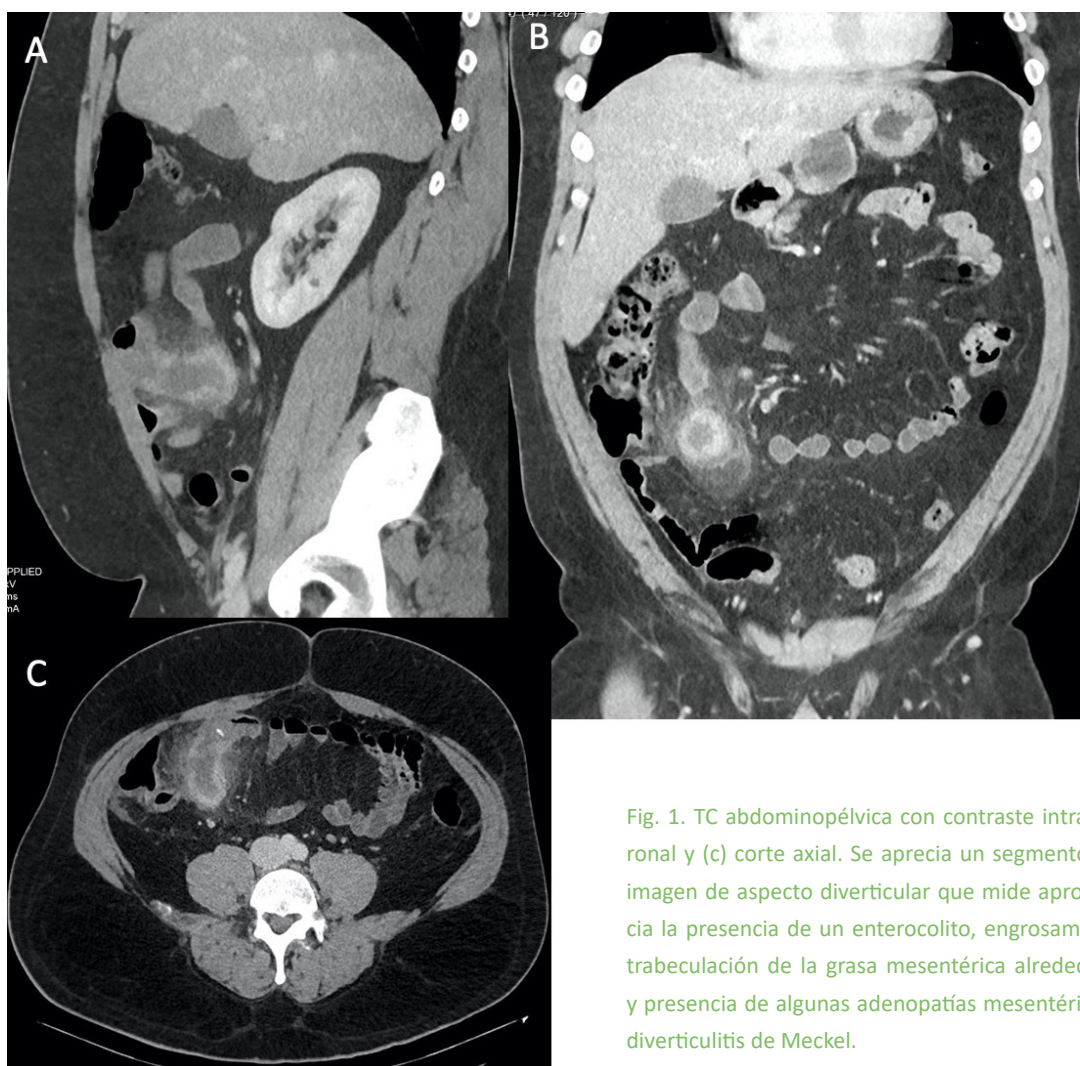


Fig. 1. TC abdominopélvica con contraste intravenoso. (a) corte sagital, (b) corte coronal y (c) corte axial. Se aprecia un segmento del íleon distal con presencia de una imagen de aspecto diverticular que mide aproximadamente 7 x 3,5 x 3 cm, que asocia la presencia de un enterocolito, engrosamiento parietal, aumento de densidad y trabeculación de la grasa mesentérica alrededor, pequeñas láminas de líquido libre y presencia de algunas adenopatías mesentéricas. Los hallazgos son compatibles con diverticulitis de Meckel.

Diagnóstico por imagen

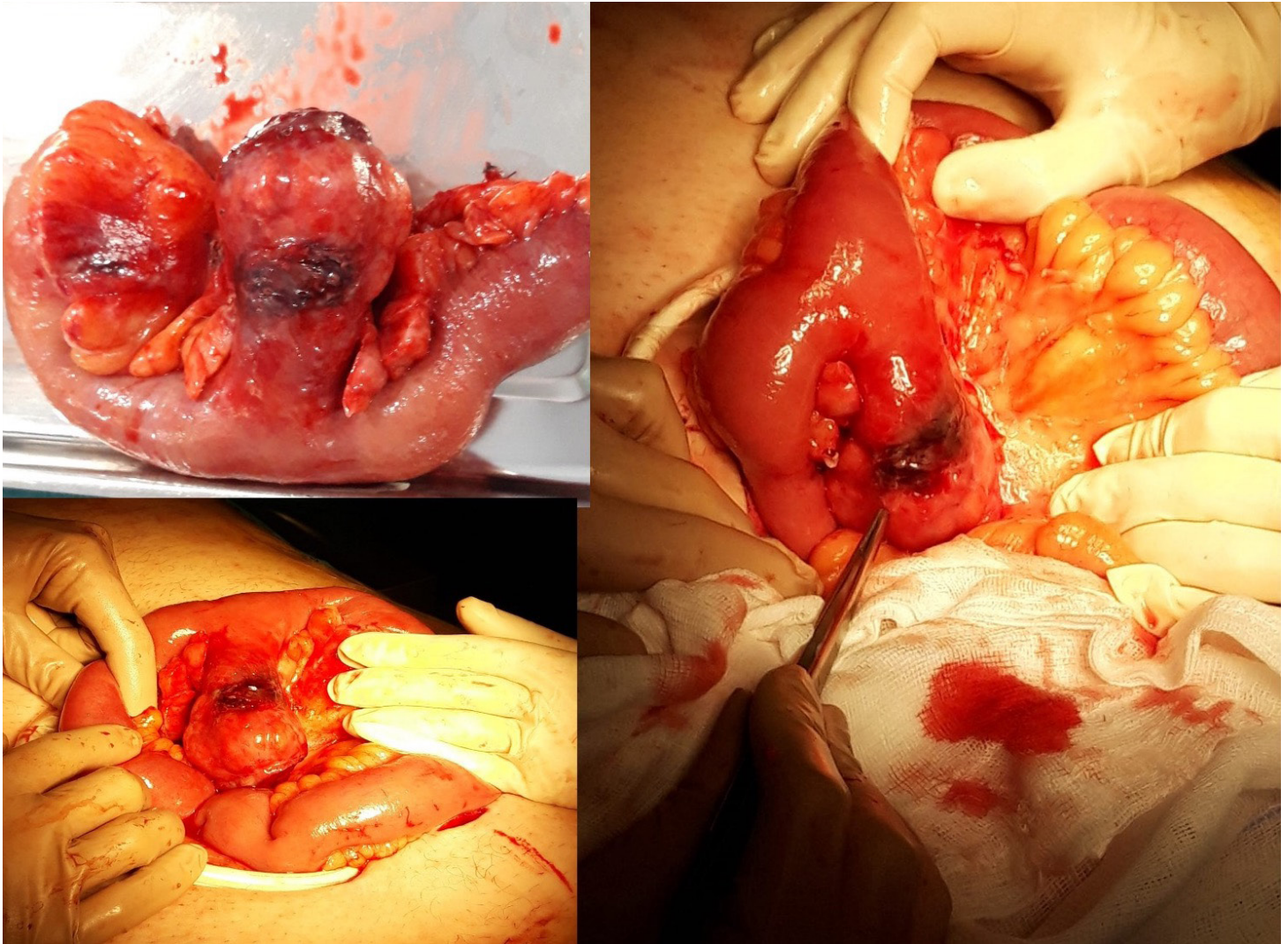


Fig. 2. Pieza quirúrgica donde se visualiza la imagen de divertículo de Meckel con signos de inflamación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parra Fariñas C, Quiroga Gómez S, Castro Boix S, Vallribera valls F, Castellá Fierro E. Tomografía computarizada del divertículo de Meckel complicado en el adulto. Radiología. 2019; 61 (4): 297-305.
2. Valdés F. Divertículo de Meckel en adultos. Revista cubana de cirugía. 2018. Vol 57. No 3.
3. García Méndez LR, Rodríguez García L, Díaz Olivera G. Divertículo de Meckel apropiado de un caso. Revista médica electrónica. Enero-febrero 2019, Vol 41. No 1. ISSN 1684-1824.
4. Ruiz Celorio M, Higuera de la tijera F, Pérez Torres E. El divertículo de Meckel. Rev Med Hosp Gen Méx 2014;77(2):88-92.