



Diverticulitis de Meckel

Gaspar-Alberto Motta-Ramírez,* Carlos Rodríguez-Treviño,† José-Luis Ramírez-Arias§

Paciente masculino de 25 años de edad con síndrome doloroso abdominal al que se le efectuó estudio de TC en fase simple demostrándose síndrome de obstrucción intestinal con sitio de transición a nivel de íleon terminal con asas de intestino delgado a distensión líquida (Figuras 1a y 1b) concluyendo que era negati-

vo para apendicitis –obsérvese al apéndice (Figura 2, flechas delgadas)– y con la identificación de imagen sacular en el íleon terminal sospechosa de divertículo de Meckel (Figura 2, flecha gruesa) con cambios sugerentes de afección inflamatoria aguda sobreagregada al divertículo.



Figura 1.

* Médico Radiólogo.

† Jefe del Departamento de Radiología e Imagen.

§ Director Médico.

Hospital Ángeles Pedregal.

Correspondencia:

Dr. Gaspar Alberto Motta-Ramírez

Departamento de Radiología e Imagen. Hospital Ángeles Pedregal, Camino a Santa Teresa Núm. 1055, Col. Héroes de Padierna, 10700 México, D.F.

Correo electrónico: gamottar@yahoo.com.mx

Aceptado: 22-01-2010.

DIVERTÍCULO DE MECKEL¹⁻³

El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, afectando hasta un 2% de la población; consiste en un fondo de saco ciego que nace del íleon.¹ El divertículo de Meckel es un resto del primitivo conducto onfalomesentérico que en el embrión comunica el intestino con el saco vitelino. Se localiza en el borde antimesentérico del íleon, aproximadamente a 40-100 cm de la válvula ileocecal. Es un divertículo verdadero porque contiene todas las capas propias del intestino. Es frecuente encontrar mucosa heterotópica, y la mucosa gástrica es la más habitual.¹



Figura 2.



Figura 4. Especimen patológico de la pieza obtenida de la resección quirúrgica.



Figura 3. Imágenes de la cirugía laparoscópica donde se demuestra la diverticulitis de Meckel adherida a la pared abdominal y su relación con asas de intestino delgado.

Aunque la mayoría de los casos son asintomáticos, puede presentar múltiples complicaciones. La diverticulitis de Meckel es una de las más frecuentes, con una incidencia aproximada de 13 a 31%, y puede producir perforación y peritonitis de forma similar a la apendicitis aguda, con la cual se confunde con frecuencia.^{1,2} Dado que la inflamación del divertículo de Meckel puede ser confundida con otros procesos inflamatorios abdominales y pélvicos, conviene conocer los hallazgos que por ultrasonido y en la TCMD³ son útiles para realizar un diagnóstico preoperatorio, como lo fue en el caso que nos ocupa.

Los divertículos de Meckel no complicados o con diverticulitis leves pueden observarse como masas quísticas de morfología oval, tubular o en lágrima. En ocasiones pueden reconocerse capas en la pared que sugieren un origen intestinal de la masa, por lo que el diagnóstico diferencial debe hacerse con los mucocelos apendiculares y los quistes de duplicación. Cuando la pared no presenta capas, el diagnóstico diferencial es más amplio, incluyendo también quistes mesentéricos y masas quísticas tubo-ováricas.

El ultrasonido y la TC son poco útiles para la identificación de un divertículo de Meckel no complicado debido a la dificultad para diferenciarlo del resto de asas intestinales. En los casos de diverticulitis, según el grado de inflamación de la pared, pueden mostrar una estructura tubular llena de líquido, con una pared fina (si hay poca inflamación parietal) y próxima a la pared abdominal anterior al ombligo. Si por el contrario hay inflamación de la pared, el divertículo puede aparecer como una masa de partes blandas adyacente a asa intestinal, con paredes engrosadas que se realzan tras la administración de contraste intravenoso. También se puede demostrar la afectación de la grasa mesentérica como signo de peritonitis localizada.¹⁻³

REFERENCIAS

1. Costa S, Martínez MJ, Repolles T, Delgado F. Diverticulitis de Meckel: Hallazgos en ecografía y TC. *Radiología* 2004; 46(2): 101-106.
2. Zani A, Eaton S, Rees CM, Pierro A. Incidentally detected Meckel diverticulum: to resect or not to resect? *Ann Surg* 2008; 247: 276-281.
3. Motta-Ramírez GA, Arroyo-Hernández G, Quiroz CO, Ramírez AJL. Impacto de la tomografía computada de multidetectores abdominal en la práctica médica. Evaluación retrospectiva de solicitudes y diagnósticos. *Acta Médica* 2008; 6(2): 55-63.