

## Diverticulitis del divertículo de Meckel: a propósito de un caso

**Eva Lumbrera-Moreno\***, **María de-Vega-Fidalgo\***, **Mireia Martin-Andreu\***, **Luis-Antonio Peña-Luengo\*\***.

\* *MIR Medicina de Familia y Comunitaria. Área de Salud de Zamora. Zamora (España).*

\*\* *LES. Servicio de Urgencias. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).*

**Correspondencia:** Eva Lumbrera Moreno. [elumbrera@saludcastillayleon.es](mailto:elumbrera@saludcastillayleon.es)

### RESUMEN

**Introducción:** El divertículo de Meckel es la anomalía congénita digestiva que se debe a un defecto en el cierre del conducto onfalomesentérico. Su sintomatología es secundaria a complicaciones como ulceración y hemorragia; diverticulitis; obstrucción intestinal, intususcepción, torsión del divertículo en una hernia; formación de enterolitos y desarrollo de neoplasia.

**Exposición del caso:** Presentamos el caso de una mujer de 57 años, que acude por dolor abdominal agudo acompañado de náuseas y sensación distérmica de 24h de evolución. Paciente derivada desde su centro de salud por sospecha de apendicitis con blumberg dudoso a nuestro servicio para valoración de abdomen agudo. Se decide realizar TAC abdominopélvico en el que se objetiva una diverticulitis del divertículo de Meckel por lo que se decide su ingreso en Cirugía general.

**Diagnóstico y discusión:** El diagnóstico diferencial del Divertículo de Meckel es muy amplio, incluyendo desde patologías digestivas que causen hemorragia en el tracto gastrointestinal, a obstrucciones del intestino, intususcepción, gastroenteritis o apendicitis aguda, siendo este el más común, como es el caso de nuestra paciente. El diagnóstico debe ser considerado en cualquier paciente con malestar abdominal, vómitos o hemorragia intestinal. Este caso clínico es un ejemplo claro, en el que se presenta un dolor abdominal agudo con defensa y Blumberg dudosos o positivo que nos hace pensar en un principio en una posible apendicitis aguda y tener en cuenta que dentro de este cuadro entra un amplio abanico de patologías digestivas entre ellas la diverticulitis del divertículo de Merckel.

### PALABRAS CLAVE

Divertículo de Meckel, diverticulitis, dolor abdominal, apendicitis.

### CASO CLÍNICO

#### INTRODUCCIÓN

El divertículo de Meckel es la anomalía congénita digestiva más común del intestino delgado que se debe a un defecto en el cierre del conducto onfalomesentérico, afectando a un 2% de la población actual, siendo más frecuente en el sexo masculino [1,2].

Se hace clínicamente evidente cuando se dan complicaciones como ulceración y hemorragia, diverticulitis, obstrucción intestinal, entre otras. La hemorragia, debido al tejido ectópico de la mucosa gástrica, es la presentación clínica más común, especialmente de pacientes más jóvenes, ya que en la población adulta es menos común, en estos últimos se ve con más frecuencia los síntomas de obstrucción intestinal [3].

El divertículo de Meckel suele dar más complicaciones entre la población masculina y por tanto, suele diagnosticarse con mayor frecuencia en éstos que en mujeres. El diagnóstico se suele hacer durante la infancia, casi el 60% de los pacientes que acuden con presencia de síntomas son menores de 2 años. Raramente se diagnostica en adultos [4].

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de una mujer de 57 años, con antecedentes de hipotiroidismo tratado con Eutirox de 100mg, síndrome depresivo en tratamiento farmacológico con fluoxetina, tromboflebitis en la extremidad inferior derecha. Como antecedentes quirúrgicos, la paciente ha sido intervenida en el 2003 por un adenocarcinoma de mama derecha.

La paciente es derivada desde su CS por dolor abdominal agudo de un día de evolución con una sospecha de apendicitis aguda. En la exploración física que se realiza en el centro de salud se objetiva un abdomen globuloso con defensa a la palpación y Blumberg dudoso.

A su llegada al servicio de urgencias la paciente presenta sensación nauseas sin ningún episodio de vómitos y persistencia del dolor abdominal sin fiebre. En la exploración física, la paciente está consciente, orientada, con buen estado general, normocoloreada y eupneica. En la exploración abdominal se objetiva un abdomen doloroso con defensa abdominal donde no se palpan masas ni megalias y Blumberg negativo.

En la analítica presenta un hemograma y una bioquímica normales en la que si destaca una PCR de 165mg/L. La radiografía de abdomen realizada es totalmente anodina.

Se decide solicitar un TC abdominopelvic con contraste el cual informan como engrosamiento mucoso difuso de un segmento de aproximadamente 6 cm de diámetro entre la unión de yeyuno e íleon, asociado a imagen diverticular dependiente de la misma, con marcados cambios inflamatorios en la grasa locorregional (Figura 1 y 2). Asocia una discreta dilatación de asas de delgado aferentes y eferentes, aunque sin claros signos obstructivos. Los hallazgos descritos orientan hacia probable diverticulitis del divertículo de Meckel, no descartándose completamente la posibilidad de pequeña perforación contenida del mismo. No se observan signos de neumoperitoneo en otras localizaciones. Pequeñas adenopatías locorregionales de tamaño subcentimétrico y aspecto reactivo. El resto de estructuras están dentro de los rangos de la normalidad.

Se decide ingreso hospitalario en el servicio de Cirugía General con diagnóstico de Diverticulitis de Meckel.

En planta se le realiza analítica donde se objetiva una neutrofilia de 73% y una PCR de 176mg/L por lo que el mismo día del ingreso se decide realizar laparotomía infraumbilical diagnóstica y terapéutica.

Durante la laparotomía se evidencia un engrosamiento de asa de yeyuno distal y su meso con pequeña perforación en el borde mesentérico tras lo cual se decide una resección segmentaria de yeyuno distal perforado con anastomosis laterolateral mecánica.

Clínicamente evoluciona favorablemente. Afebril y sin dolor tras la intervención por lo que se procede el alta al quinto día del ingreso con tratamiento ambulatorio: Augmentine 875mg/125mg 1 comprimido cada 8 horas durante 5 días, omeprazol 20mg cada 24 horas durante 1 mes, enoxaparina 40UI 1 inyección subcutánea cada 24 horas durante unos 10 días y paracetamol 1g cada 8 horas si precisa para el dolor.

## DIAGNÓSTICO Y DISCUSIÓN

El divertículo de Meckel constituye la patología congénita más común del tracto gastrointestinal, posee su origen embriológico en la obliteración incompleta del conducto onfalo-mesentérico o vitelino, una estructura que aparece a la tercera semana de edad gestacional y que con fines nutricionales conecta el saco vitelino primitivo con el intestino medio en el feto en desarrollo. Es un verdadero divertículo ya que contiene todas las capas de la pared intestinal [1,2].

El 80% de los pacientes cursan con un divertículo de Meckel totalmente asintomático, que es diagnosticado como un hallazgo intraoperatorio. El dolor se localiza más hacia la línea media en comparación con la apendicitis, pero la posición del divertículo de Meckel puede variar; por tanto, la ubicación del dolor no es particularmente útil. La perforación del divertículo de Meckel se manifestará con signos de irritación peritoneal, generalmente localizada en la parte inferior del abdomen [1,2]. Dentro de la sintomatología que puede presentarse en esta patología, en adultos el sangrado digestivo es la forma más frecuente, seguida por la obstrucción y la diverticulitis, que puede simular una apendicitis aguda como en el caso presentado [3].

Desde el punto de vista clínico, el caso al principio orientaba a una posible apendicitis aguda debido a ese Blumberg dudoso por el que fue derivada a nuestro servicio. El diagnóstico diferencial de la diverticulitis de Meckel es muy amplio y puede ser indistinguible del que se presenta en otras **patologías** gastrointestinales, incluyendo infecciones gastrointestinales como el Clostridium difficile o Echerichia coli que pueden causar hemorragias intestinales, neoplasias malignas u otras patológicas

que causen hemorragia en el tracto gastrointestinal, intususcepción, obstrucción secundaria a adherencias, íleo, adenitis mesentérica o incluso patología ginecológicas [4].

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 [4].

Nuestra paciente llegó a urgencias con una clínica y una analítica (leucocitos normales y PCR alta) muy sugerente de una patología abdominal inflamatoria como puede ser la apendicitis aguda, adenitis mesentérica, diverticulitis o una gastroenteritis. La estabilidad hemodinámica de la paciente y la hemoglobina dentro de los rangos de la normalidad nos hicieron descartar hemorragia digestiva. A pesar de no tener antecedentes de intervenciones quirúrgicas abdominales, que podrían hacernos sospechar una obstrucción intestinal, se descartó la posibilidad, ya que en la radiografía abdominal previa realizada no aparecen niveles hidroaéreos y en el TAC abdomino-pelvico posterior no se evidenciaron signos de obstrucción.

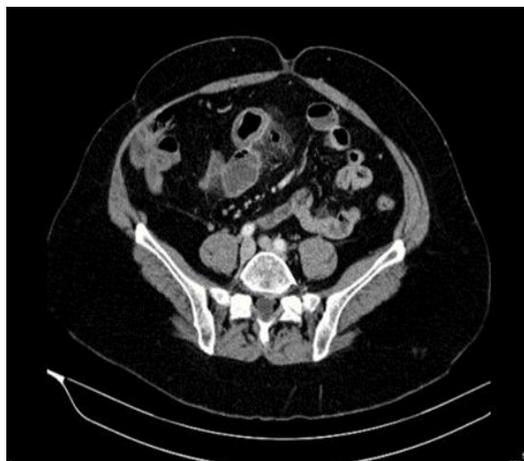
En cuanto al diagnóstico, la prueba más precisa es gammagrafía con pertecnetado de Tc-99 m captado por las células mucinosas de la mucosa gástrica, teniendo una sensibilidad del 80-90% y una especificidad del 95%, pero en adultos las cifras descienden a 62 y 9% respectivamente [5,6]. Otros procedimientos diagnósticos sugeridos son las pruebas baritadas (preferentemente el enema opaco) y la angiografía, aunque esta última es ineficaz a menos que el sangrado supere los 0,5 ml por minuto [5].

El tratamiento del divertículo de Meckel sintomático se basa preferiblemente la resección intestinal por vía laparoscópica, en conjunto con el divertículo, en lugar de la diverticulectomía simple. Existe controversia en relación con la resección de divertículos encontrados casualmente. No obstante, algunos consideran que la diverticulectomía es una opción, e incluso afirman, que la escisión simple es suficiente [6].

## BIBLIOGRAFÍA

1. Moya Meneses Manuel, Castaño Díaz Marta, Sáez Moreno Miguel Ángel, López-Torres Hidalgo Jesús. Divertículo de Meckel como causa de dolor abdominal recurrente. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2019 [citado 2022 Mar 22]; 12( 3 ): 151-154. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699695X2019000300151&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699695X2019000300151&lng=es). Epub 21-Oct-2019.
2. Tarigo Casella Nicolás, Vallverdú Scorza Martín, Lyford-Pike Bosch Patrick, Neirotti Rivero Rubens. Diverticulitis de Meckel: a propósito de un caso clínico. Rev Med Urug. [Internet]. 2017 Jun [citado 2022 Mar 22]; 33( 2 ): 171-179. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902017000200171&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902017000200171&lng=es).
3. Sagar J, Kumar V, Shah DK. Meckel's diverticulum: a systematic review. J R Soc Med [Internet]. 2006 [citado el 22 de marzo de 2022]; 99(10):501-5. Disponible en: <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC1592061&blobtype=pdf>
4. Ruíz-Celorio M, Higuera-de la Tijera F, Pérez-Torres E. El divertículo de Meckel. Rev Med Hosp Gen Mex [Internet]. 2014 [citado el 22 de marzo de 2022];77(2):88-92. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-el-diverticulo-meckelX018510634366094>
5. Pérez Folqués J. E., Fernández Moreno J., Vázquez Ruiz J., Civera Muñoz F. J., Mansilla Molina D., Guirao Manzano J et al . Divertículo de Meckel como causa de hemorragia digestiva baja en el adulto. Rev. Esp Enferm Dig. [Internet]. 2008 Sep [citado 2022 Mar 22]; 100( 9 ): 596-597. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-01082008000900015&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082008000900015&lng=es).
6. Valdés EF. Divertículo de Meckel en adultos. Rev Cuba Cir [Internet]. 2018 [citado el 22 de marzo de 2022];57(3). Disponible en: <http://revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/694/345>

## TABLAS Y FIGURAS



**Figuras 1 y 2.** TC abdominopélvico previo con administración de contraste intravenoso. Proyección axial. Se identifica un engrosamiento mucoso de un segmento de aproximadamente 6 cm de diámetro entra la unión de yeyuno e íleon, asociado a una imagen diverticular, con marcados cambios inflamatorios en la grasa locorregional. (Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Asistencial de Zamora).