

Laura	Nombre:
Fernández Navarro	Apellido:
Ángela Salmerón Ruiz, Elena Moya Sánchez, Álvaro Moyano Portillo, Juan Francisco Ferrer Soriano	Otros Autores:
laurafn2617@gmail.com	E-mail:
Hospital Universitario Virgen de las Nieves	Hospital:
Granada	Ciudad:
Invaginación intestinal como presentación del divertículo de Meckel.	Título:
Paciente de 18 años, con dolor abdominal, náuseas y vómitos de dos días de evolución, última deposición hace más de 24 horas. Analítica con leucocitosis de 17450. Se aporta Rx con signos de obstrucción intestinal. Se realiza ecografía de abdomen observando dilatación de asas de delgado hasta íleon preterminal donde se observa una imagen que sugiere invaginación íleo-íleal de larga longitud. En el interior de la invaginación se evidencia hiperecogenicidad de la grasa mesentérica, mínima cantidad de líquido libre y una estructura tubular que pudiera corresponder con un divertículo de Meckel. Se completa estudio con TC abdominopélvico con contraste iv confirmando la existencia de obstrucción intestinal de delgado por invaginación intestinal, en cuyo seno se observa una estructura tubular en fondo de saco ciego, dilatada, de 2 cm de espesor máximo, que podría corresponder a divertículo de Meckel como origen de la invaginación.	Presentación:
El divertículo de Meckel es la malformación congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, contiene las tres capas de la pared intestinal, y puede contener mucosa heterotópica, gástrica o pancreática. Se origina en el borde antimesentérico del íleon distal, debido a un cierre incompleto del conducto onfalomesentérico. Puede ser difícil de diagnosticar ya que suele permanecer asintomático y se reconoce cuando se complica, pudiendo presentarse como diverticulitis, obstrucción, invaginación, perforación. El divertículo se visualiza como una estructura tubular en fondo de saco ciego que crece del borde antimesentérico del íleon a una corta distancia de la válvula ileocecal. Las pruebas de medicina nuclear juegan un papel importante en el diagnóstico siempre que exista mucosa gástrica.	Discusión :
La presencia de un divertículo de Meckel puede pasar desapercibida o bien simular otras patologías por la clínica con la que se presenta por lo que debemos prestar atención a sus hallazgos en imagen para el correcto diagnóstico.	Conclusión:
1. Citgez B, Yetkn G, Uluda M, Karakoc S, Akgun S, Karta A. A rare combination of intestinal invagination and Meckel's diverticulum in an adult: A case report. Turk J Gastroenterol 2012; 23 (1): 63-6. 2. Dinesh R Singh, Geophy G Pulickal, Zhiwen J Lo, Wilfred CG Peh. Clinics in diagnostic imaging. Singapore Med J 2015; 56(9): 523-527. 3. Omer Anwar M, Ibn Ahmed H, Al Hindi S, Al Omran Y. Meckel's diverticulum with intussusception in a 5-year-old patient with Down's syndrome. BMJ Case Rep 2014.	Bibliografía:
Fig.1A: Rx de abdomen donde se aprecia dilatación de asas de intestino delgado, niveles hidroaéreos, así como ausencia de gas distal, como signos de obstrucción intestinal. Fig.1B: Ecografía en la que se observa una imagen longitudinal de la	Pie de foto:

<p>invaginación ilieoileal, apreciándose el signo del sándwich, en cuyo interior se observa hiperecogenicidad de la grasa mesentérica y una estructura tubular compatible con divertículo de Meckel Fig.1C:TC abdomenopélvico con contraste iv en fase portal donde se confirma la presencia de una imagen tubular en el seno de la invaginación. Fig.1D:Imagen que muestra la invaginación durante la cirugía.</p>	
---	--