

Nombre:	Sonia
Apellido:	Benítez Rivero
Otros Autores:	Yasmin El Khatib Ghzal; Carlos Marichal Hernández; Daniel Eiroa Gutiérrez; Víctor Vázquez Sánchez; Nimar Núñez Vila
E-mail:	soniabenez@yahoo.com
Hospital:	Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria
Ciudad:	Santa Cruz de Tenerife
Título:	Dolor en FID, no todo es apendicitis
Presentación:	Datos clínicos: Paciente de 49 años con cuadro de 3 días de evolución de dolor selectivo en fosa ilíaca derecha, con signos de irritación peritoneal, leucocitosis con neutrofilia y PCR elevada, con sospecha inicial de apendicitis aguda. Descripción de los hallazgos: La ecografía de abdomen mostró un segmento de íleon con engrosamiento mural y aumento de ecogenicidad de la grasa adyacente. El TC de abdomen con contraste mostró igualmente la presencia de un segmento de íleon con engrosamiento mural y aumento de densidad de la grasa mesentérica a dicho nivel, junto con la presencia de una imagen diverticular en el borde antimesentérico del íleon sugestiva de divertículo de Meckel. Tras exploración quirúrgica se confirmaron los hallazgos, evidenciando además la existencia de una invaginación intestinal con el divertículo actuando como cabeza de la misma, hallazgo no presente inicialmente en el TC realizado.
Discusión :	Diagnóstico: Diverticulitis de Meckel Reflexión docente: El divertículo de Meckel es un resto del primitivo conducto onfalomesentérico que en el embrión comunica el intestino con el saco vitelino. Es la anomalía más frecuente del tracto gastrointestinal, afectando al 2-3% de la población. Se localiza en el borde antimesentérico del íleon, aproximadamente a 40-100 cm de la válvula ileocecal. Aproximadamente un 19% de estos divertículos presentan complicaciones, siendo la más frecuente la obstrucción intestinal. Otra complicación frecuente es la diverticulitis, que, como en nuestro caso, puede presentarse con síntomas de apendicitis aguda.
Conclusión:	A pesar de que las complicaciones del divertículo de Meckel son bien conocidas, tanto clínica como radiológicamente, su diagnóstico preoperatorio es difícil de establecer. Además su presentación clínica puede ser similar a otros procesos inflamatorios abdominales, lo que complica aún más el diagnóstico. La utilización cada vez más frecuente de las técnicas de imagen (ecografía y TC) para la valoración del abdomen agudo en urgencias, puede ayudar a realizar un diagnóstico preoperatorio de esta rara entidad.
Bibliografía:	Angela D. Levy, Christine M. Hobbs. Meckel Diverticulum: Radiologic Features with Pathologic Correlation. RadioGraphics 2004; 24:565–587. Khaled M. Elsayes, Christine O. Menias, Howard J. Harvin, Isaac R. Francis. Imaging Manifestations of Meckel’s Diverticulum. AJR 2007; 189:81–88. Salvador Costa, M. Jesús Martínez, Tomás Ripollés, Fructuoso Delgado. Diverticulitis de Meckel: hallazgos en ecografía y TC. Radiología 2004;46(2):101-106.
Pie de foto:	TC abdominal con contraste en fase venosa portal, corte axial (A) y reconstrucción sagital (B): Engrosamiento mural de un segmento de íleon (flechas rojas), identificando

	<p>una imagen diverticular en la cara antimesentérica de dicho segmento (flechas blancas), asociado a aumento de densidad y estriación de la grasa mesentérica adyacente. Todos estos hallazgos en relación con divertículo de Meckel con cambios inflamatorios. (C) Fotografía intraoperatoria del mismo paciente donde se visualiza el divertículo de Meckel en el borde antimesentérico del íleon con cambios inflamatorios, evidenciando además durante el acto quirúrgico la existencia de una invaginación intestinal con el divertículo actuando como cabeza de la misma.</p>
--	--