



CARTA AL DIRECTOR

Diverticulitis de Meckel perforada en un adulto como causa atípica de dolor abdominal



Perforated Meckel's diverticulitis in an adult as an atypical cause of abdominal pain

Sr. Director:

El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, sin embargo su prevalencia es tan solo del 2%. Se trata de un divertículo verdadero formado por todas las capas de intestino delgado resultado de la obliteración incompleta del conducto vitelino¹⁻³.

Presentamos un caso de un varón de 34 años con antecedente de esofagitis eosinofílica que acude a urgencias por dolor abdominal en hipogastrio y fosa iliaca derecha de 9 h de evolución acompañado de náuseas y vómitos, y sin alteración del ritmo deposicional ni fiebre. En la exploración física presentaba dolor a la palpación en dicha zona con descompresión positiva. En urgencias se realiza analítica destacando leucocitosis de 14.800, neutrofilia de 12.400 y una PCR de 23. Se solicita una ecografía abdominal objetivándose inflamación y líquido libre en zona ileal. Se completa estudio con TC abdominal con diagnóstico de ileítis, descartándose enfermedad apendicular. Se solicitan, además, serologías de *Yersinia* y *Anisakis* siendo ambas negativas. Y finalmente se realiza colonoscopia con ileoscopia sin objetivarse enfermedad en colon ni en los últimos 15 cm de íleon terminal. Tras antibioterapia empírica la evolución fue buena con disminución del dolor abdominal y descenso de los reactantes de fase aguda por lo que se decide alta hospitalaria y seguimiento ambulatorio de cara a valorar completar estudio de ileítis con cápsula endoscópica o enteroscopia.

Sin embargo, 6 h más tarde vuelve a urgencias por dolor abdominal difuso de intensidad creciente, así como distensión abdominal. Analíticamente leucocitosis con neutrofilia y elevación de la PCR. Se realiza radiografía de tórax visualizándose neumoperitoneo. En la TC abdominal (fig. 1) presenta neumoperitoneo de predominio en hipogastrio-fosa iliaca derecha en íntima relación con asas intestinales ileales que presentan cambios inflamatorios, encontrándose apelmazadas, así como afectación de la grasa local regional. Además, se identifica imagen diverticular con intenso realce

y engrosamiento mural en relación con asa de íleon distal compatible con diverticulitis aguda de Meckel perforada. El paciente fue intervenido de forma urgente, confirmándose el hallazgo de divertículo de Meckel con signos inflamatorios a nivel local, así como peritonitis secundaria y realizándose una resección del mismo. Cinco días después el paciente recibió el alta. Los resultados anatomopatológicos objetivaron una formación diverticular con mucosa de aspecto gástrico, así como un área de perforación en la misma no objetivándose claramente en la biopsia inflamación diverticular sino peritonitis aguda purulenta circundante.

El divertículo de Meckel se localiza con mayor frecuencia en el íleon a unos 100 cm de la válvula ileocecal. En la mayoría de los casos es asintomático, sobre todo en adultos, siendo un hallazgo incidental en las pruebas de imagen. Su tasa de complicaciones oscila en torno al 2%, siendo en orden de mayor a menor frecuencia, la hemorragia, la obstrucción intestinal, la diverticulitis, la intususcepción y las neoplasias¹.

La diverticulitis aguda consiste en la inflamación diverticular generalmente secundaria a su obstrucción por un cuerpo extraño (apendicolito, neoplasia...) o a presencia mucosa ectópica gástrica. La perforación espontánea es una complicación infrecuente y simula una apendicitis aguda, aunque el dolor suele localizarse a nivel periumbilical en lugar de en fosa iliaca derecha^{1,4}. Su detección preoperatoria constituye un verdadero reto debido a la inespecificidad clínica, analítica y a la dificultad para su identificación radio-



Figura 1 Divertículo perforado; corte coronal. En la imagen podemos objetivar un divertículo con signos inflamatorios y perforación a nivel de íleon preterminal en una TC abdominal.

lógica, por lo que muchos de los casos se diagnostican en el curso de una laparotomía¹. En nuestro caso, tanto la imagen radiológica como los hallazgos quirúrgicos fueron compatibles con una diverticulitis perforada. Sin embargo, en la anatomía patológica únicamente objetivó la presencia del divertículo sin datos en su pared de inflamación, perforado y con presencia de peritonitis secundaria. Por ello, es posible que dicha imagen radiológica fuese realmente una afectación inflamatoria por contigüidad debido a la peritonitis. Por último, No queda claro el papel que la colonoscopia previa pueda haber tenido en la perforación de nuestro paciente.

Bibliografía

1. Farah RH, Avala P, Khaiz D, Bensardi F, Elhattabi K, Lefriyekh R, et al. Spontaneous perforation of Meckel's diverticulum: A case report and review of literature. *Pan Afr Med J.* 2015;20:319.
2. Colvin R.W., Al-Katib S., Ebersole J. Perforated Meckel's Diverticulitis. *J Gastrointest Surg.* 2017;21:2126-8.
3. Diop A., Thiam O., Guèye M.L., Seck M., Touré A.O., Cissé M., et al. Complicated Meckel diverticula: About 15 cases [Article in French]. *Pan Afr Med J.* 2018;29:81.
4. Liu KT, Wu YH. Spontaneous perforation of Meckel diverticulum: A case report. *Medicine (Baltimore).* 2017;96:e9506.

Lucía Zabalza San Martín*, Saoia Rubio Iturria, Miren Vicuña Arregui y Cristina Rodríguez Gutiérrez

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lucia.zabalza.sanmartin@navarra.es
(L. Zabalza San Martín).