

“PODÉIS LLAMARME MECKEL”

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO EN TC DEL DIVERTÍCULO DE MECKEL Y SUS COMPLICACIONES EN ADULTOS

José Carlos García-Gil García, HU La Princesa, Madrid

Marta de Dios Lascuevas, HU Bellvitge, Barcelona

Inmaculada Pinilla Fernández, HU La Paz, Madrid

Ana Verón Sánchez, HU La Princesa, Madrid

OBJETIVO DOCENTE

Establecer los hallazgos clave en TC para un diagnóstico prácticamente definitivo de **divertículo de Meckel (DM)** en **adultos**, tanto cuando se trate de un descubrimiento **incidental** como cuando se exprese en forma de alguna de sus múltiples **complicaciones**.

REVISIÓN DEL TEMA

- El DM es la **anomalía congénita gastrointestinal más frecuente**, con una prevalencia mundial del **2-3%**.
- La mayoría de los adultos se encuentran **asintomáticos**, motivo por el que en muchas ocasiones pasa desapercibido a los ojos del radiólogo. Cuando debuta clínicamente, lo hace a través de un amplio espectro de **complicaciones**, desde una leve diverticulitis aguda hasta una perforación o una hemorragia intestinal masiva.
 - a) Por un lado, analizaremos las características en TC del **DM no complicado**, detallando una lista de hallazgos imprescindibles para un diagnóstico seguro en su fase **asintomática**.
 - b) Por otro lado, sentaremos las bases para una detección precoz y fiable en TC del **DM complicado**, entidad que merece un lugar destacado en la tabla de diagnósticos diferenciales del **abdomen agudo**.
- Aspectos como la **localización**, el **tamaño**, las características de su **pared** y el aspecto de la **grasa** adyacente se tornarán imprescindibles en ambas situaciones.

ORIGEN EMBRIOLÓGICO

El **conducto onfalomesentérico** es una estructura efímera que comunica el intestino medio primitivo (futuro íleon) y el saco vitelino durante las primeras semanas de vida embrionaria y que **involuciona** posteriormente intraútero.

La **ausencia de absorción** de parte o de la totalidad del conducto onfalomesentérico da lugar a un conjunto de entidades, entre las que se encuentra el **divertículo de Meckel** (el más frecuente, 98%):

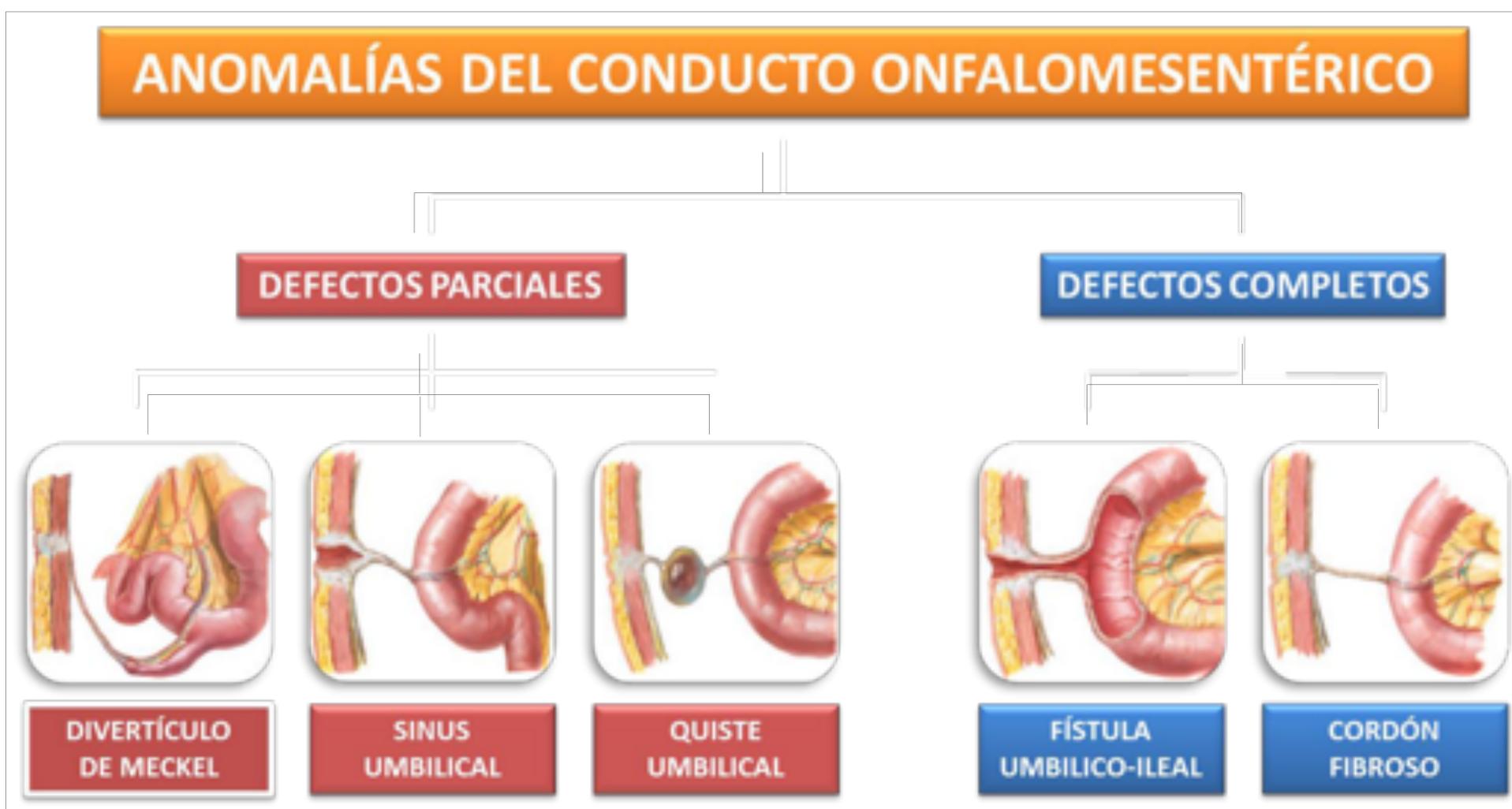


Figura 1. Anomalías del conducto onfalomesentérico. Imágenes: Trelease RB, et al. *Netter's Surgical Anatomy Review. 2nd Ed. Philadelphia: Elsevier; 2017. 17:277*

Como se puede apreciar en la **Figura 1**, el divertículo de Meckel se origina por un fallo en el cierre y regresión del **extremo ileal** del conducto onfalomesentérico. El resto del conducto puede reabsorberse completamente, quedando por tanto un divertículo **libre** sin conexión con la pared abdominal (ombligo), o bien puede obliterarse sin reabsorberse, dando lugar a un **remanente fibroso** que en el futuro puede condicionar una obstrucción intestinal, un vólvulo...

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL DIVERTÍCULO DE MECKEL

- Es un divertículo **verdadero**, es decir, está compuesto por **todas las capas** que constituyen la pared del intestino delgado (mucosa, submucosa, muscular y serosa).
- Se localiza en el **borde anti-mesentérico del íleon distal** (su ubicación desempeña un papel fundamental en el diagnóstico diferencial).
- Presenta vascularización arterial propia: la **arteria vitelino-intestinal u onfalomesentérica**, con origen en ramas ileales distales procedentes de la **arteria mesentérica superior**. La identificación de esta arteria confirma, por tanto, la presencia del divertículo de Meckel (**hallazgo patognomónico**).
- Muestra presencia de **mucosa ectópica** en **dos tercios** de los casos, siendo la más frecuente la **gástrica** (70% en algunos estudios). Menos común es la ectopia pancreática (25%) y mucho más raras la duodenal, cólica o biliar.
- Tanto la prevalencia del divertículo de Meckel como la incidencia de complicaciones es más frecuente en el **varón** que en la mujer (4:1).
- El divertículo de Meckel **sintomático/complicado** es más frecuente en la población **pediátrica**. La mayor parte de los adultos permanecen asintomáticos toda su vida.
- Asociaciones: **enfermedad de Crohn**, atresia esofágica, atresia anal, malformaciones umbilicales...

DIVERTÍCULO DE MECKEL ASINTOMÁTICO / NO COMPLICADO

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE SU DIAGNÓSTICO EN EL ADULTO?

Si hemos repetido en varias ocasiones que la mayor parte de los adultos se mantienen **asintomáticos** toda su vida, siendo habitualmente diagnosticados de forma **incidental** en cirugías realizadas por otros motivos o en autopsias, ¿qué relevancia tiene diagnosticar el divertículo de Meckel asintomático o no complicado?

Existe un argumento sólido y es que, aunque se sabe que la incidencia de complicaciones en el adulto es **baja**, alguna de ellas como la hemorragia masiva o la perforación asocian una **alta morbilidad y mortalidad**.

Detectarlo en su fase asintomática abre la posibilidad de un tratamiento quirúrgico profiláctico, asunto que hoy en día sigue generando controversia.

¿CÓMO LO DIAGNOSTICAMOS?

Como premisa, debemos tener siempre en cuenta que aunque las pruebas de imagen pueden ofrecernos un diagnóstico casi definitivo, es el estudio anatomo-patológico quien lo confirma.

A continuación, se enumeran las principales técnicas de imagen para la detección del DM asintomático. Posteriormente, en la **Figura 3**, se propone un algoritmo diagnóstico, sencillo y reproducible, para la identificación segura y precisa del DM no complicado mediante TC.

DIVERTÍCULO DE MECKEL ASINTOMÁTICO / NO COMPLICADO

PRUEBAS DE IMAGEN:

1. ESTUDIOS BARITADOS (en desuso)

Han sido ampliamente desplazados por la TC. Sin embargo, pueden ser muy útiles en casos **dudosos**, ya que la identificación de una estructura tubular con fondo de saco ciego que nace del borde anti-mesentérico del íleon distal y que presenta uno de los siguientes patrones es **patognomónico** de DM:

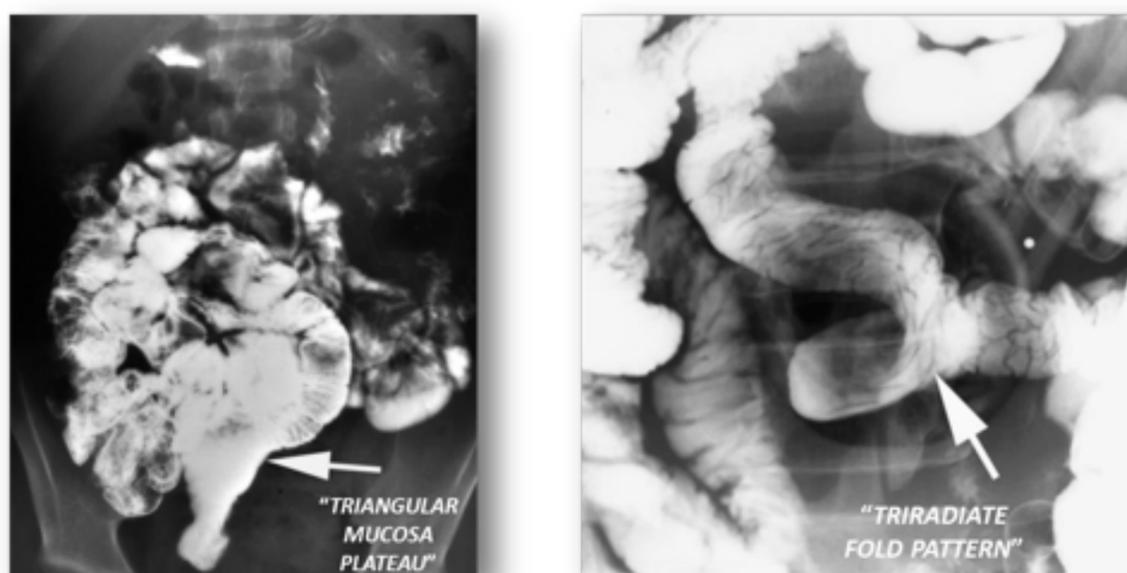


Figura 2. Patrones del DM en estudios baritados. Imágenes: RadioGraphics, 2004.

2. GAMMAGRAFÍA (con pertecnetato, Tc-99m)

Es la técnica **más sensible** para la detección de mucosa **gástrica** y, por tanto, de forma indirecta, del divertículo de Meckel.

Inconveniente: la ectopia gástrica no está presente en un tercio de los DM y su prevalencia además decrece con la edad (por eso, es una prueba especialmente útil en la población pediátrica).

DIVERTÍCULO DE MECKEL ASINTOMÁTICO / NO COMPLICADO

PRUEBAS DE IMAGEN:

3. TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (TC)

Es la modalidad **de elección** para el diagnóstico de DM asintomático por diversos motivos:

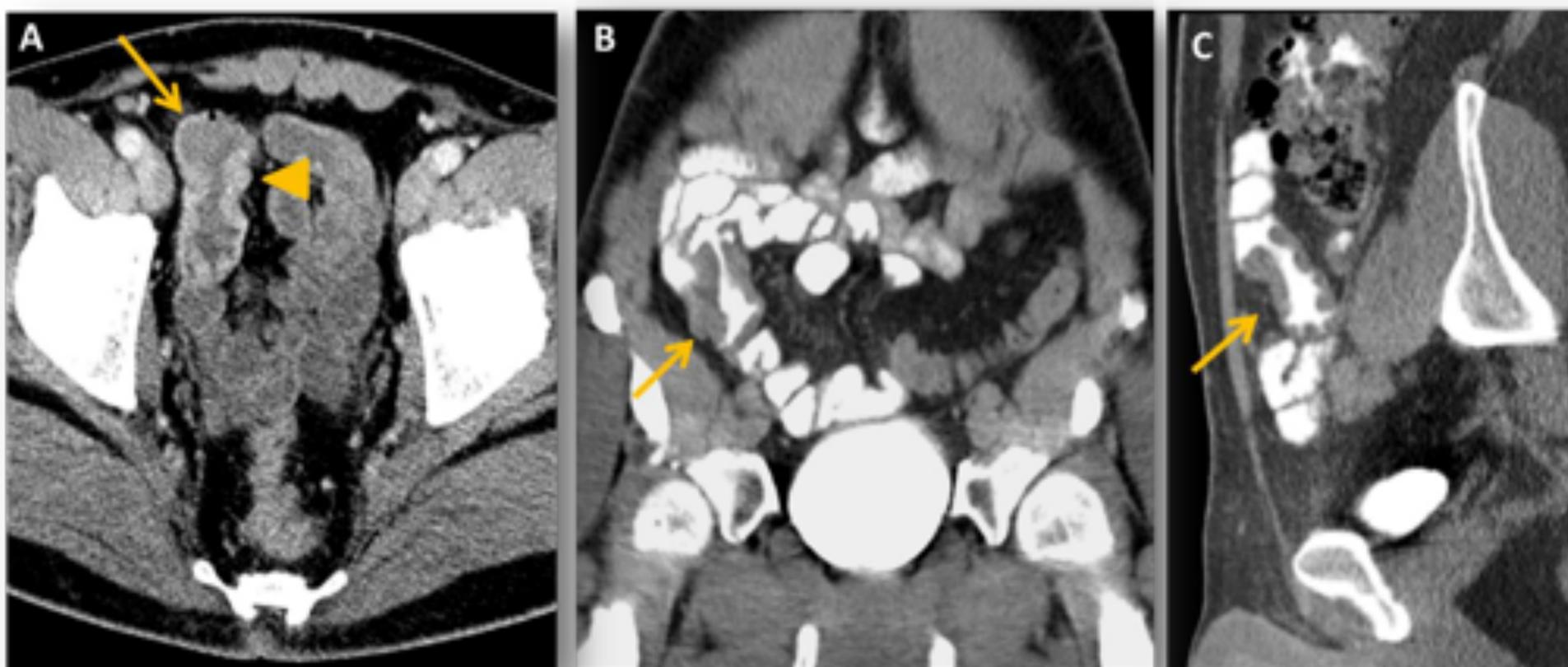
- ✓ Rapidez
- ✓ Disponibilidad y accesibilidad
- ✓ Reconstrucción multiplanar y 3D

ALGORITMO DIAGNÓSTICO

1. LOCALIZACIÓN → **Borde anti-mesentérico del íleon distal**
2. MORFOLOGÍA → **Tubular o sacular, con fondo de saco ciego**
3. TAMAÑO → **Muy variable**
(longitud media: 3 cm y diámetro medio: 1,5 cm)
4. CONTENIDO → **Similar al contenido del intestino delgado**
(líquido, menos frecuente gas y heces)
5. PARED → **Similar a la pared del intestino delgado**
(si posee mucosa ectópica, especialmente gástrica, puede mostrarse engrosada e hipercaptante)

DIVERTÍCULO DE MECKEL ASINTOMÁTICO / NO COMPLICADO

CASO 1. Varón de 34 años que hace meses presentó dos episodios autolimitados de heces sanguinolentas. Gastroscopia, cápsula endoscópica y colonoscopia sin hallazgos. Actualmente asintomático.



La **imagen A** (TC axial, con contraste intravenoso) muestra en fosa ilíaca derecha una estructura tubular de 6 cm de longitud con fondo de saco ciego (**flechas**) localizada en el borde anti-mesentérico del íleon distal. Presenta paredes engrosadas e hipercaptantes (**cabeza de flecha**), sin cambios inflamatorios asociados. Este hallazgo es compatible con **DIVERTÍCULO DE MECKEL NO COMPLICADO**.

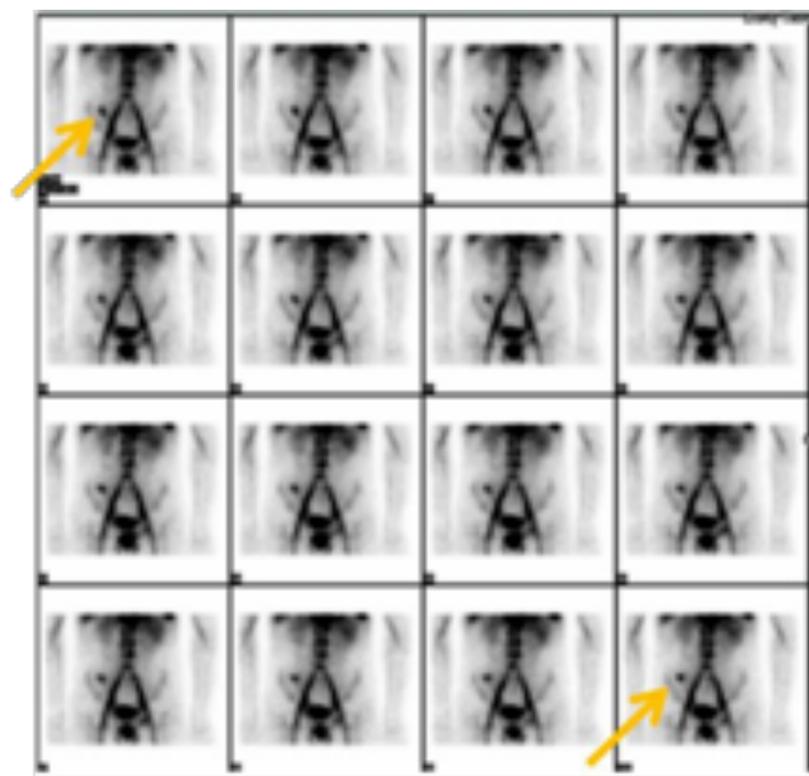
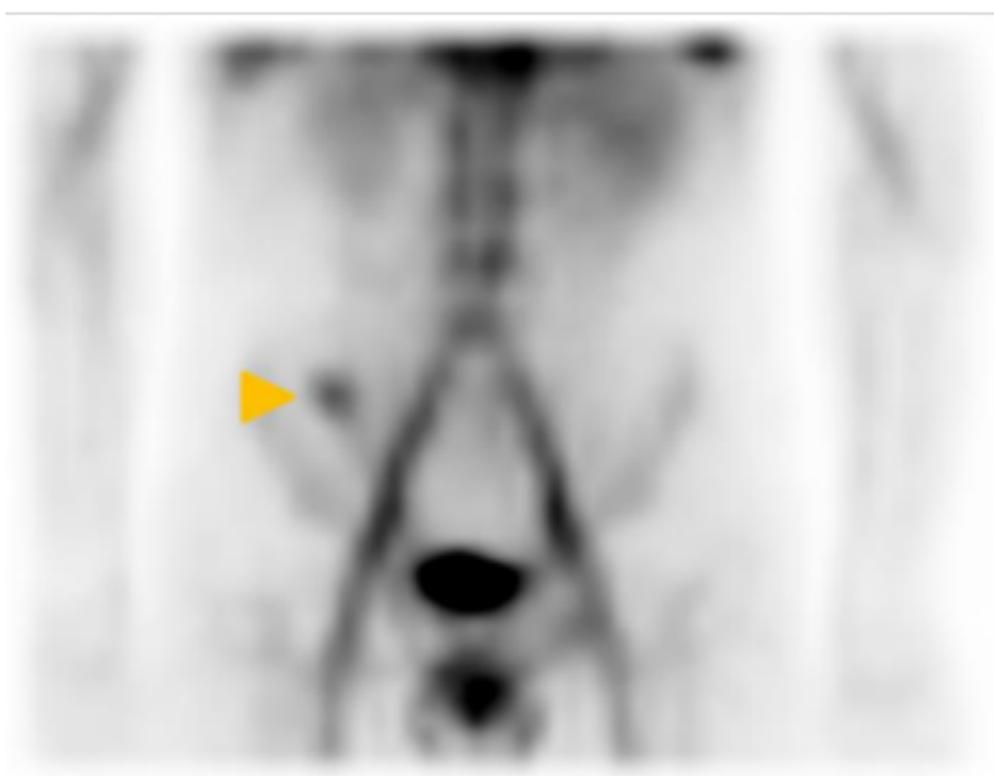
Las **imágenes B y C** (TC coronal y sagital, con contraste intravenoso y oral) nos permiten identificar el paso de contraste oral desde el íleon distal hasta el divertículo, confirmando la comunicación entre ambos.

✓ *Hoy día, el uso del **contraste oral** no es imprescindible (no **augmenta la sensibilidad**) para el diagnóstico de DM gracias a la posibilidad de realizar reconstrucciones multiplanares y 3D.*

DIVERTÍCULO DE MECKEL ASINTOMÁTICO o NO COMPLICADO

CASO 1.

Aunque el diagnóstico por TC era prácticamente definitivo, se decidió completar el estudio con una Gammagrafía:



Esta prueba demostró la presencia de un **foco de captación** en la fosa ilíaca derecha (**cabeza de flecha**) que permaneció **estático** durante todo el estudio, presentando además **correlación temporal** con la actividad gástrica (**flechas**). Este hallazgo traduce la existencia de **mucosa gástrica ectópica**.

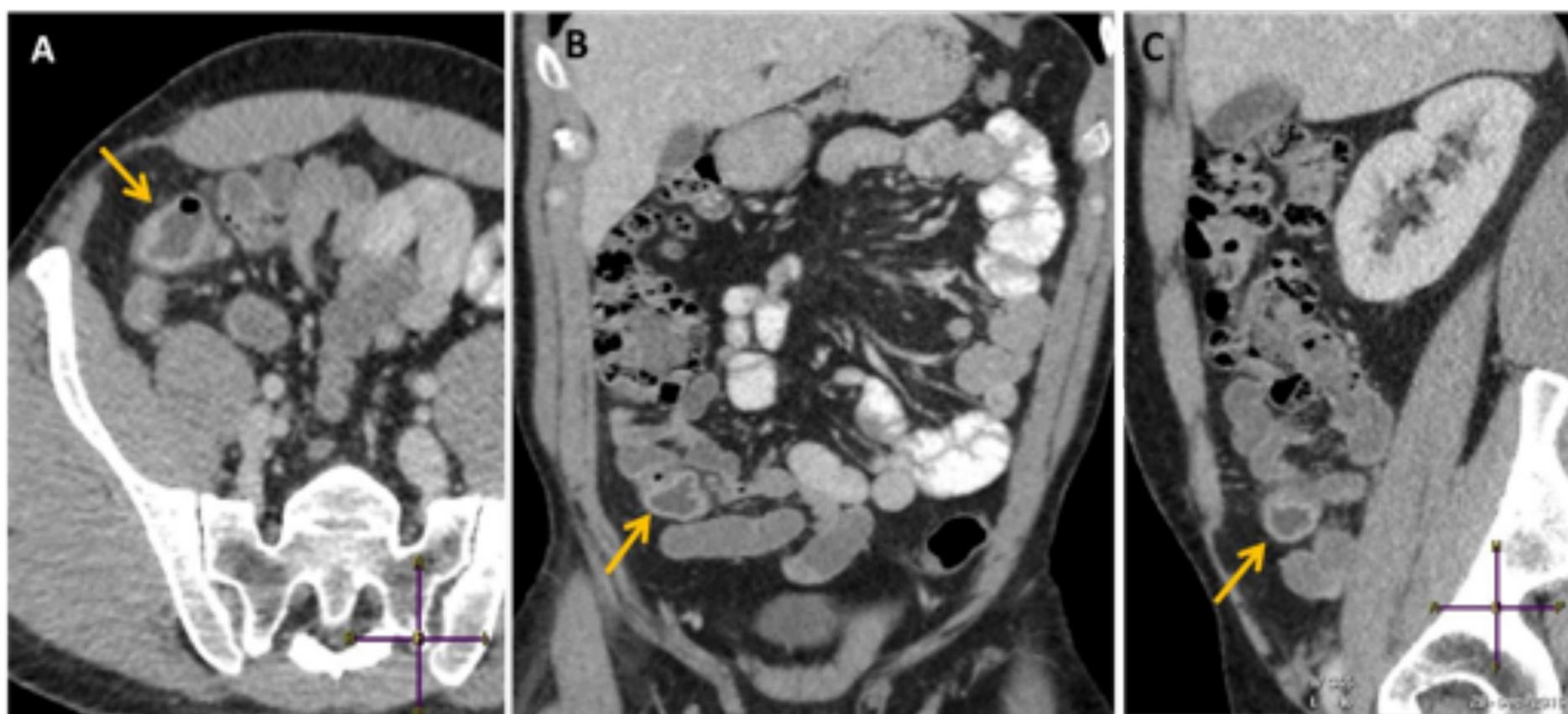
Se realizó una resección quirúrgica programada del segmento ileal.

El estudio anatómo-patológico de la pieza quirúrgica confirmó la sospecha de:

DIVERTÍCULO DE MECKEL NO COMPLICADO + ECTOPIA GÁSTRICA

DIVERTÍCULO DE MECKEL ASINTOMÁTICO / NO COMPLICADO

CASO 2. Varón de 39 años con molestias abdominales de larga evolución. Analítica de sangre sin alteraciones.



Las imágenes **A, B y C** (TC axial, coronal y sagital con contraste intravenoso) muestran en fosa ilíaca derecha una estructura sacular de 2 cm de diámetro con fondo de saco ciego (**flecha**) localizada en el borde anti-mesentérico del íleon distal, que presenta paredes engrosadas e hipercaptantes, sin cambios inflamatorios asociados. Hallazgo compatible con divertículo de Meckel no complicado.

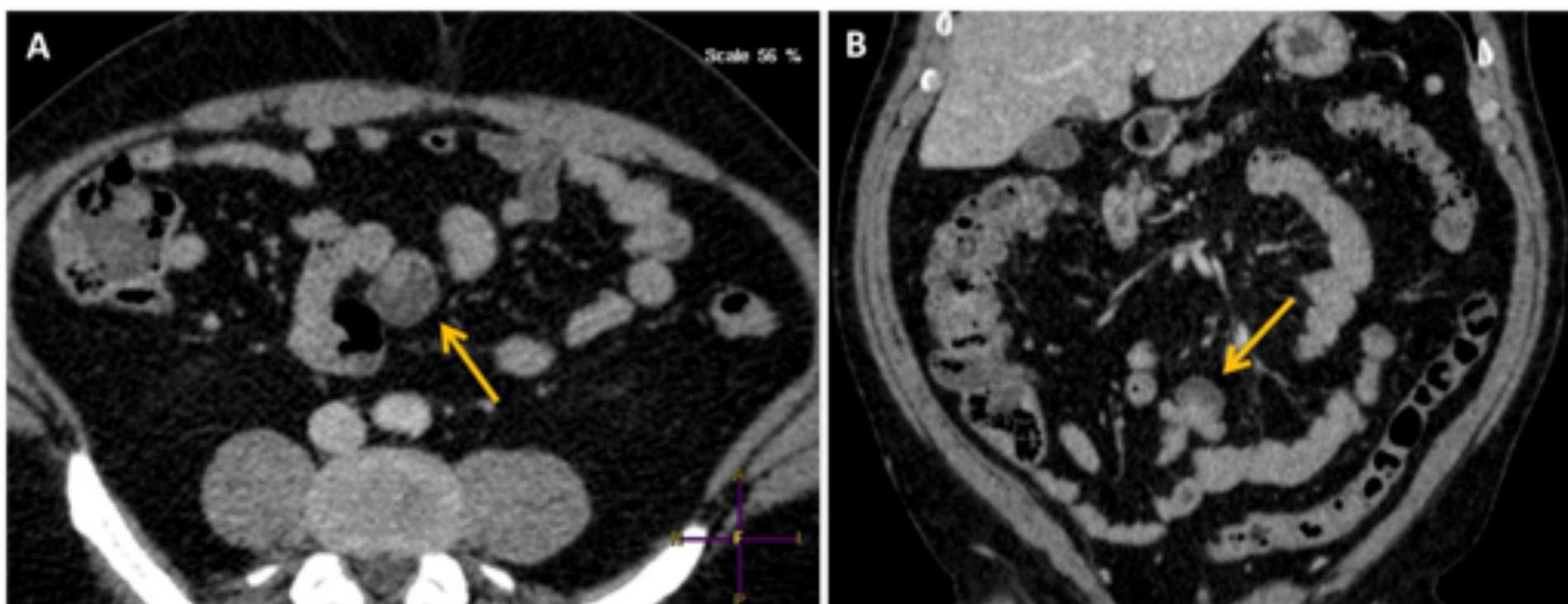
Se realizó una diverticulectomía programada.

El estudio anatómo-patológico de la pieza quirúrgica confirmó el diagnóstico de:

**DIVERTÍCULO DE MECKEL NO COMPLICADO
CON ECTOPIA PANCREÁTICA**

DIVERTÍCULO DE MECKEL ASINTOMÁTICO / NO COMPLICADO

CASO 3. Varón de 45 años asintomático. Se realiza TC de abdomen para estudio de lesión hepática objetivada en ecografía (angioma).



En las **imágenes A y B** (TC axial y coronal, con contraste intravenoso) se observa una lesión redondeada de 1,5 cm de diámetro (**flecha**) localizada en hipogastrio y dependiente de un asa de íleon distal.

Este hallazgo incidental terminó siendo un **DIVERTÍCULO DE MECKEL NO COMPLICADO**, pero como puede apreciarse no se trata de una imagen tan sugestiva como la de los Casos 1 y 2. Esta lesión no presenta morfología tubular, es difícil ubicarla en el borde anti-mesentérico del íleon distal y no muestra engrosamiento ni realce de sus paredes.

En estos casos, debemos incluir al DM en una larga lista de **diagnósticos diferenciales**: divertículo ileal, quiste mesentérico (quiste linfático simple, linfangioma, quiste entérico, quiste de duplicación, quiste mesotelial...), absceso, metástasis peritoneal...

DIVERTÍCULO DE MECKEL COMPLICADO

Aunque el DM complicado representa sólo un pequeño porcentaje de las urgencias abdominales en adultos, es una entidad que merece un lugar destacado en el diagnóstico diferencial de **abdomen agudo** por su potencial morbimortalidad.

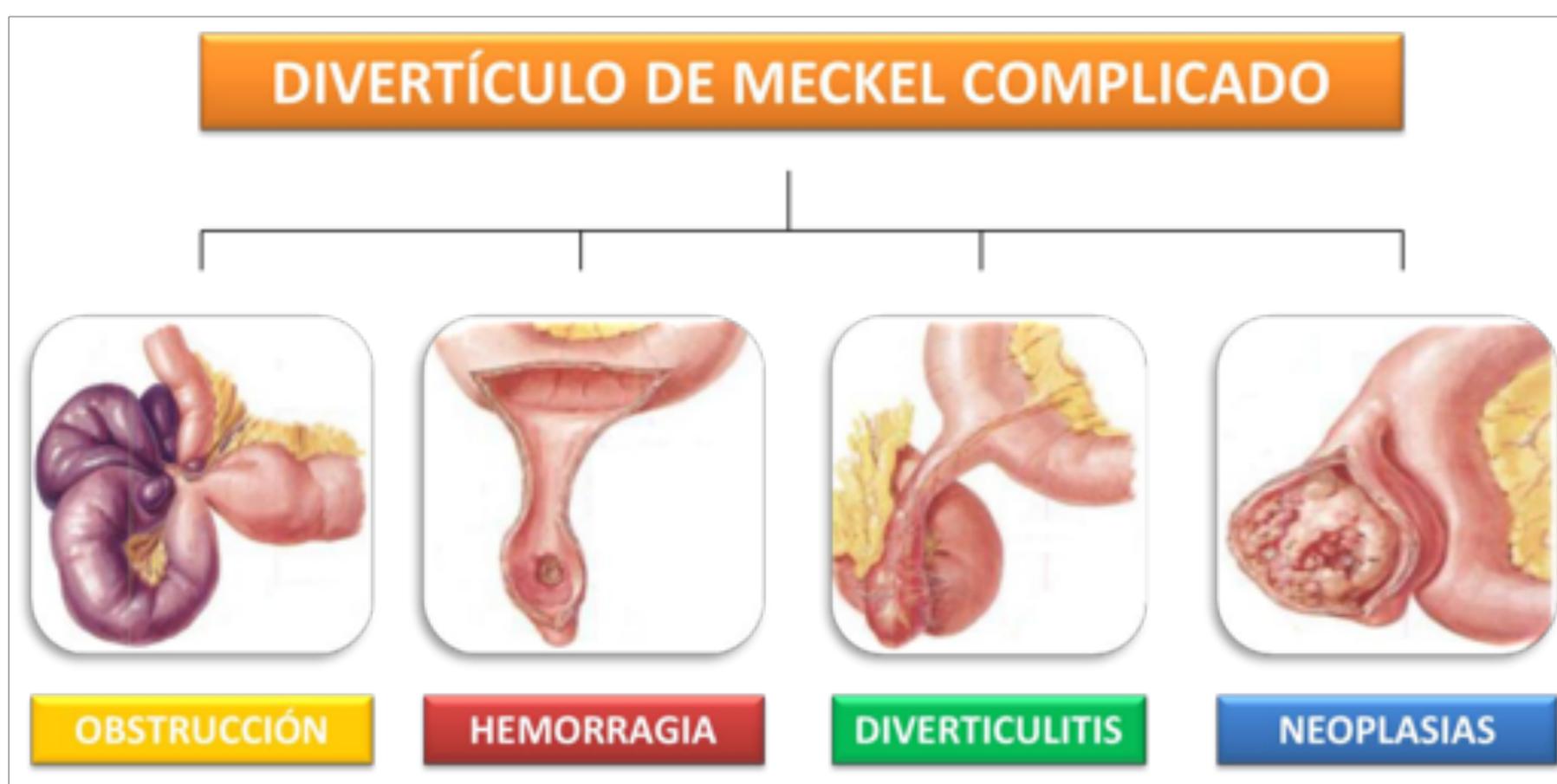


Figura 4. Complicaciones más frecuentes del divertículo de Meckel.

Referencia: Floch MH, et al. *Netter Gastroenterología*. Barcelona: Masson; 2006. p.321

Para alcanzar el diagnóstico de DM complicado, es necesario el cumplimiento de las siguientes premisas:

1. Se trata de un **DIAGNÓSTICO DE EXCLUSIÓN**. Los signos y síntomas del DM complicado (dolor abdominal, distensión, náuseas, vómitos, heces sanguinolentas...) son inespecíficos, pudiendo aparecer en múltiples patologías abdominales agudas, siendo la mayoría de ellas más frecuentes que el propio DM complicado. Por ello, todas ellas deben ser excluidas en primer lugar. Para facilitar este proceso, hemos creado las siguientes tablas de diagnóstico diferencial (**Figura 5**):

DIVERTÍCULO DE MECKEL COMPLICADO

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DM COMPLICADO



OBSTRUCCIÓN

Invaginación (lipoma, pólipo...), adhesiones (postquirúrgicos), bezoar, vólvulo de ciego, enfermedad de Crohn, isquemia intestinal, enteritis rádica...



HEMORRAGIA

Diverticulosis ileal/cólica, enfermedad de Crohn, isquemia intestinal, celiacía, neoplasias malignas (adenocarcinoma, linfoma, carcinoide)...



DIVERTICULITIS

Apendicitis aguda, diverticulitis ileal/cólica, enfermedad de Crohn, ileitis infecciosa, neoplasias perforadas, enfermedad inflamatoria pélvica...

Figura 5. Tabla de diagnóstico diferencial de abdomen agudo. Conjunto de patologías abdominales agudas que deben ser inicialmente descartadas para poder establecer el diagnóstico de DM complicado (diagnóstico de exclusión).

2. **TENER SIEMPRE EN MENTE AL DIVERTÍCULO DE MECKEL.** “Sólo podemos encontrar aquello que buscamos”.
3. **LOCALIZAR EL DIVERTÍCULO DE MECKEL.** Aunque suene obvio, no es ni mucho menos una tarea sencilla. Debemos tener cuidado para no confundir un DM con un divertículo ileal/cecal, ya que las complicaciones y los hallazgos en TC son similares en ambos casos. Algunos datos, como la trabeculación de la grasa peridiverticular o la presencia de líquido libre adyacente, pueden darnos pistas.

DIVERTÍCULO DE MECKEL COMPLICADO

- OBSTRUCCIÓN -

LA OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO
ES LA COMPLICACIÓN MÁS FRECUENTE EN ADULTOS

Existen múltiples mecanismos por los que un divertículo de Meckel puede producir una obstrucción de intestino delgado:

1. INVERSIÓN - INVAGINACIÓN.

El DM puede invertirse y producir obstrucción por sí mismo debido al efecto de masa sobre la luz ileal, o bien puede funcionar como el punto-guía de una invaginación íleo-ileal.

2. VOLVULACIÓN.

Frecuentemente secundaria a la persistencia de un cordón fibroso congénito entre el DM y el ombligo, o bien a adherencias.

3. HERNIACIÓN.

Interna (secundaria a una banda mesodiverticular) o externa (también conocida como *hernia de Littré*).

4. DIVERTICULITIS.

Especialmente cuando asocia un absceso.

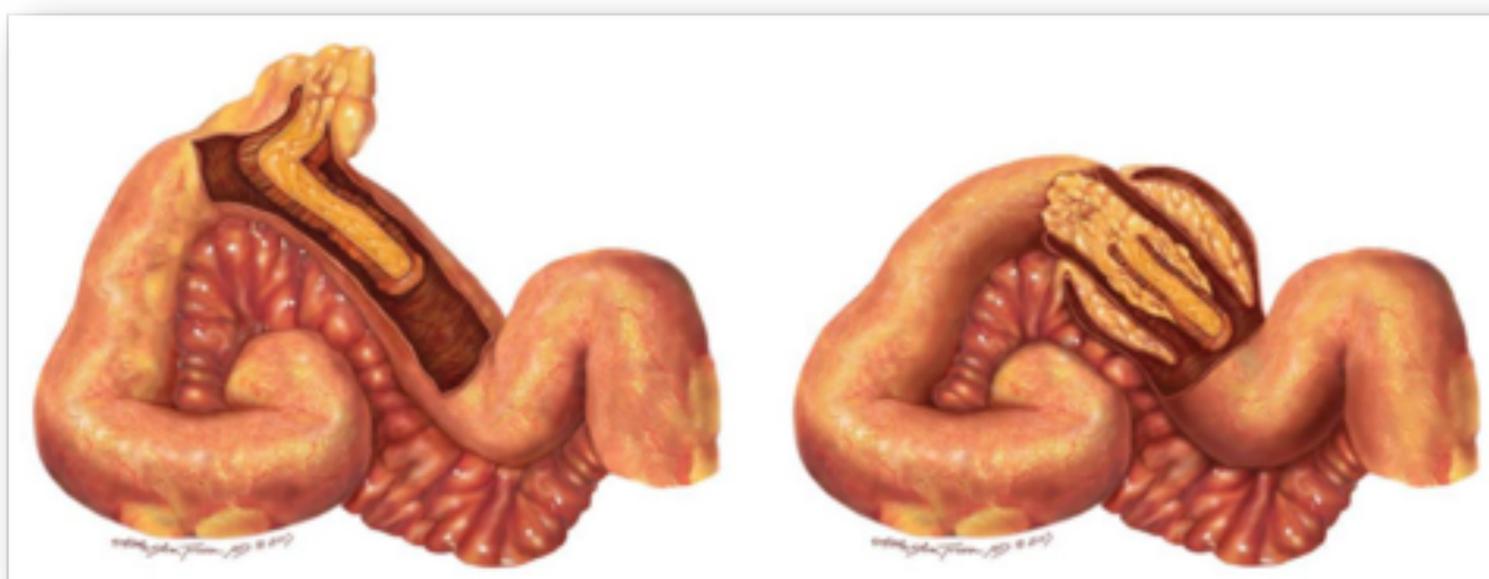
5. CAUSAS POCO FRECUENTES.

Cuerpos extraños, neoplasias, parásitos...

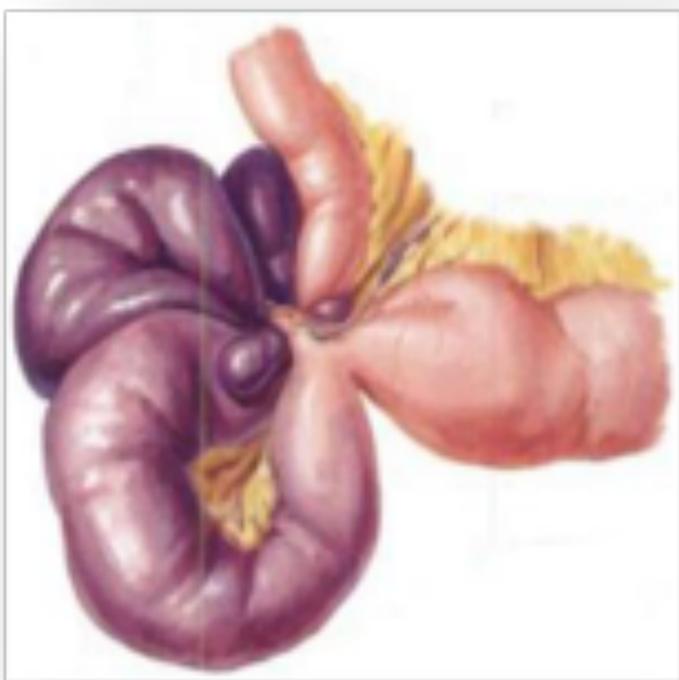
DIVERTÍCULO DE MECKEL COMPLICADO

- OBSTRUCCIÓN -

1. INVERSIÓN - INVAGINACIÓN



2. VOLVULACIÓN



3. HERNIACIÓN

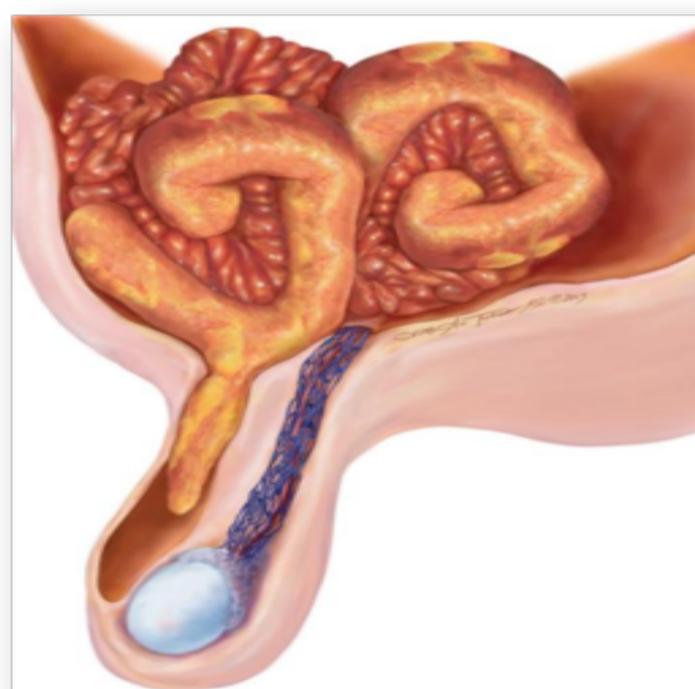
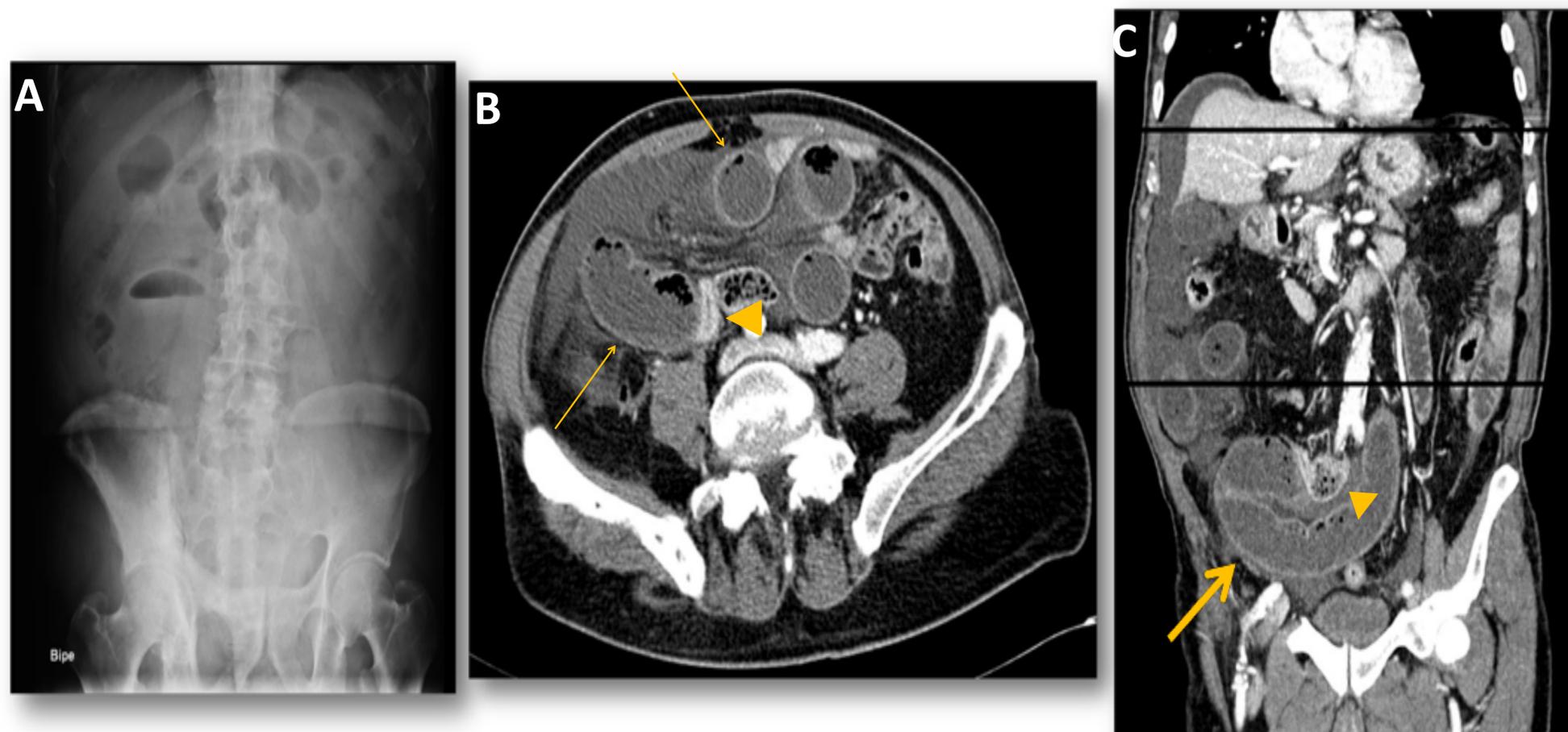


Figura 6. Mecanismos más frecuentes de obstrucción intestinal liderada por el DM.
Referencias: Imágenes 1 y 3 desde Radiographics, 2004. Imagen 2 desde Floch MH, et al. Netter Gastroenterología. Barcelona: Masson; 2006. p.321

Aunque la **TC** es la prueba de imagen **de elección** en el diagnóstico de obstrucción intestinal y en la identificación de la causa obstructiva, demostrar que el divertículo de Meckel es el responsable último de dicha obstrucción hoy día sigue siendo un gran desafío para el radiólogo.

DIVERTÍCULO DE MECKEL COMPLICADO - OBSTRUCCIÓN -

CASO 4. Varón de 76 años dolor en FID y leucocitosis.



En la **imagen A** (Rx abdomen en bipedestación), se observan signos de obstrucción de intestino delgado.

Las **imágenes B y C** (TC axial y coronal-oblicuo, con contraste intravenoso) confirman la dilatación de asas de intestino delgado, que muestran un realce mural disminuido (**flechas**) y moderada cantidad de líquido libre adyacente, en relación con sufrimiento.

En línea media se identifica una estructura tubular con fondo de saco ciego (**cabezas de flecha**) que emerge del borde anti-mesentérico del íleon distal. El segmento de íleon inmediatamente proximal a dicha estructura presenta patrón en miga de pan ("*signo de las heces en intestino delgado*"), lo que traduce enlentecimiento del tránsito.

Se realizó una resección de íleon urgente, confirmándose intraoperatoriamente que la causa de la obstrucción era:

DIVERTÍCULO DE MECKEL - BANDA FIBROSA MESODIVERTICULAR

DIVERTÍCULO DE MECKEL COMPLICADO

- HEMORRAGIA -

LA HEMORRAGIA ES LA SEGUNDA COMPLICACIÓN MÁS FRECUENTE EN ADULTOS

PATOGENÉISIS:

ECTOPIA GÁSTRICA (¿H. pylori?) → ÚLCERA PÉPTICA → HEMORRAGIA

Las secreciones de la mucosa ectópica producen cambios inflamatorios en las paredes del divertículo, ya que éstas no poseen mecanismos de defensa. Con el tiempo la inflamación crónica dará lugar a una úlcera péptica, que presenta un alto riesgo de sangrado e incluso de perforación.

ESCENARIOS CLÍNICOS:

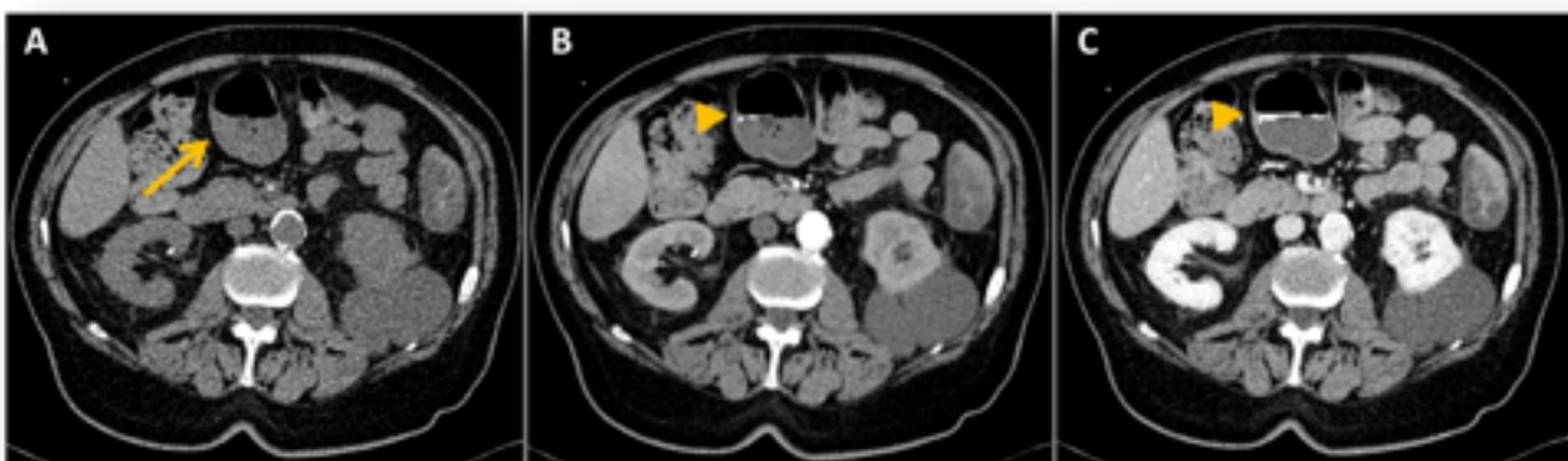
- a) **Sangrado crónico:** anemia ferropénica ± test positivo de sangre oculta en heces.
- b) **Hemorragia masiva:** a menudo indolora e intermitente.

PRUEBAS DE IMAGEN:

- I. **ANGIO-TC:** la más rápida y accesible, la que mejor caracteriza el sangrado (localización, focos activos y anatomía vascular) y la que permite descartar patología abdominal concomitante/no sospechada.
- II. **ANGIOGRAFÍA (gold standard):** diagnóstico patognomónico de DM (identificando la arteria onfalo-mesentérica) y posibilidad de tratamiento (embolización) en el mismo acto. **Invasiva/cruenta**
- III. **GAMMAGRAFÍA (hematíes marcados):** ↑ S. **Lenta, poco disponible y ↓E**

DIVERTÍCULO DE MECKEL COMPLICADO - HEMORRAGIA -

CASO 5. Mujer de 43 años con hemorragia intestinal masiva.



Las **imágenes A, B y C** (TC axial en fases basal, arterial y venosa) muestran en la línea media del mesogastrio una estructura sacular con fondo de saco ciego (**flecha**), dependiente del íleon distal y sin cambios inflamatorios asociados.

En fase arterial se identifica un foco intraluminal de extravasación de contraste intravenoso (B) que progresa posteriormente en la fase venosa (C).

Estos hallazgos son compatibles con:

**DIVERTÍCULO DE MECKEL
+
SANGRADO ARTERIAL ACTIVO
INTRADIVERTICULAR**

DIVERTÍCULO DE MECKEL COMPLICADO

- DIVERTICULITIS -

ETIOPATOGENIA:

- a) **Causas FUNCIONALES:** sustancias secretadas por la mucosa ectópica.
- b) **Causas MECÁNICAS (poco frecuentes):** enterolitos, neoplasias, cuerpos extraños, parásitos...

ALGORITMO DIAGNÓSTICO EN TC:

1. Demostrar un **APÉNDICE CECAL NORMAL**

- Clínicamente, la **apendicitis aguda** puede ser completamente indistinguible de una diverticulitis de Meckel, por lo que representa el principal diagnóstico diferencial.

2. Identificar el **DIVERTÍCULO DE MECKEL + SIGNOS INFLAMATORIOS**

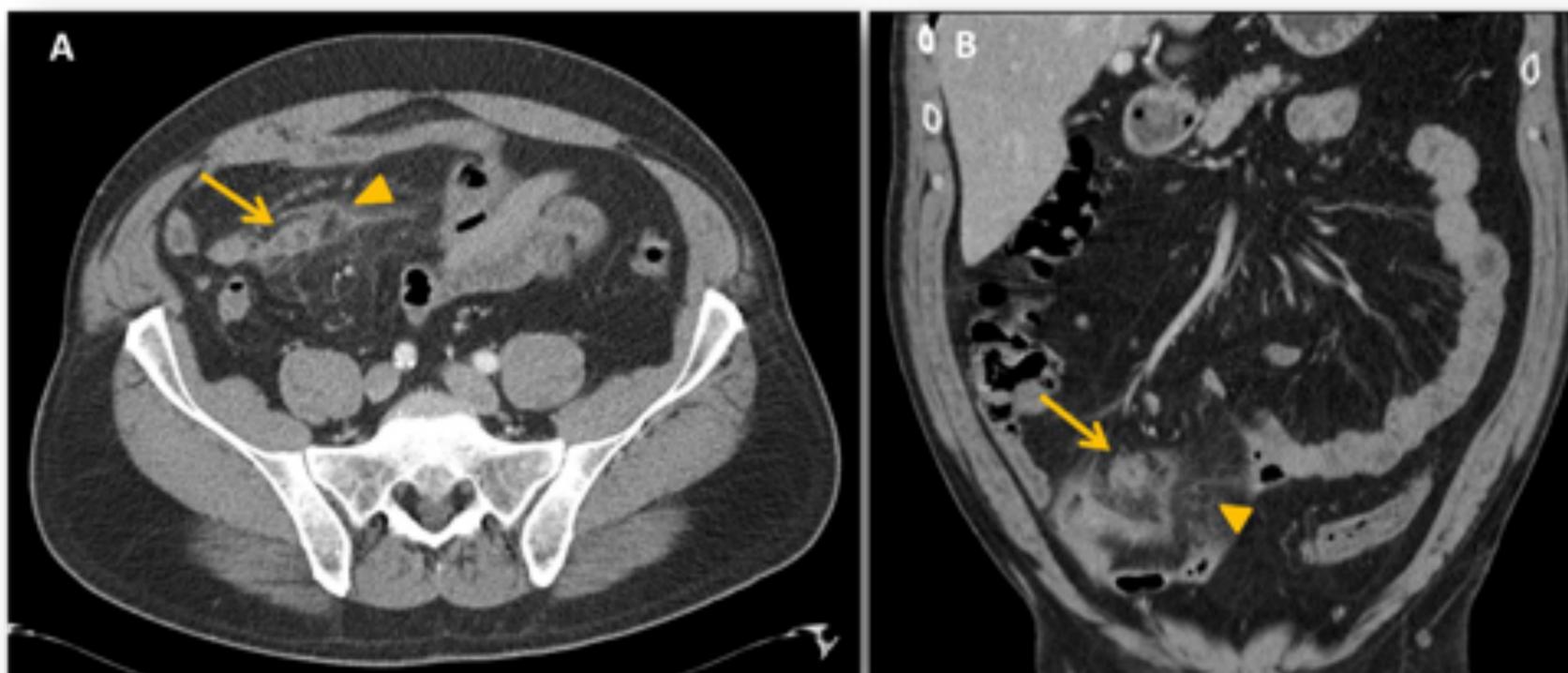
- Primero y como siempre, localizar en el borde anti-mesentérico del íleon distal una estructura tubular/sacular con fondo de saco ciego.
- Segundo, demostrar la presencia de **signos inflamatorios:**

Paredes engrosadas e hipercaptantes
Trabeculación de la grasa peridiverticular
Láminas de líquido libre ± colección/absceso
Gas extraluminal (¡descartar siempre perforación!)
Enterolitos (raros)

LOS HALLAZGOS EN TC DE LA DIVERTICULITIS DE MECKEL SON **IDÉNTICOS**
A UNA DIVERTICULITIS EN **CUALQUIER OTRA LOCALIZACIÓN**,
POR LO QUE DEBEMOS REALIZAR UNA BÚSQUEDA ANATÓMICA EXHAUSTIVA

DIVERTÍCULO DE MECKEL COMPLICADO - DIVERTICULITIS -

CASO 6. Varón de 47 años con dolor en FID y leucocitosis. Sospecha de apendicitis aguda.



Las **imágenes A y B** (TC axial y coronal, con contraste intravenoso) muestran en fosa ilíaca derecha una estructura sacular con fondo de saco ciego (**flechas**), con paredes ligeramente engrosadas e hipercaptantes, que depende del borde anti-mesentérico del íleon distal. Asocia trabeculación de la grasa adyacente (**cabezas de flecha**).

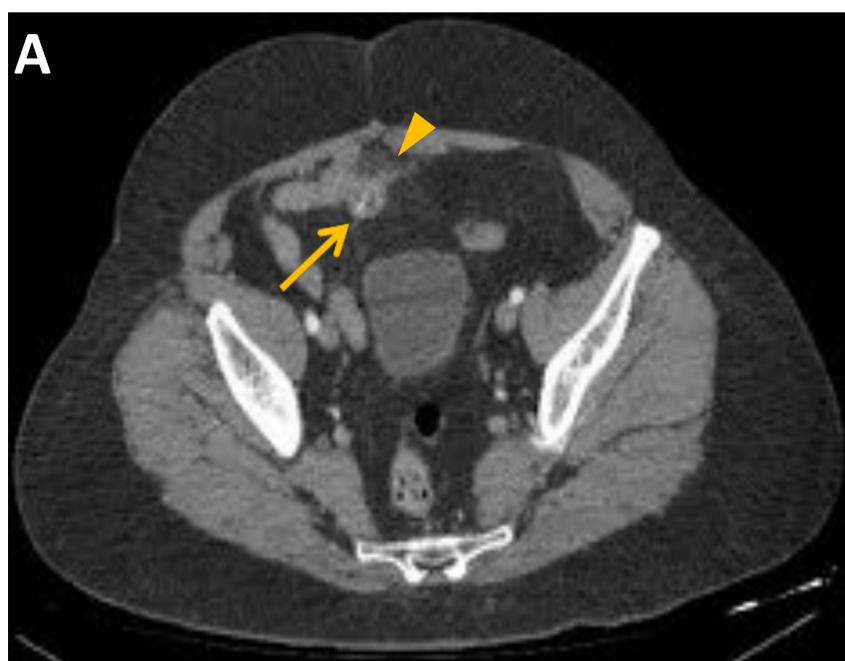
Se administró tratamiento antibiótico y, tras su finalización, se realizó una diverticulectomía programada.

Estos hallazgos son compatibles con:

**DIVERTICULITIS DE MECKEL
CON
ECTOPIA PANCREÁTICA**
(diagnóstico histológico)

DIVERTÍCULO DE MECKEL COMPLICADO - DIVERTICULITIS -

CASO 7. Mujer de 51 años con dolor en hipogastrio y leucocitosis. Sospecha de apendicitis aguda.



En las **imágenes A y B** (TC axial y sagital, con contraste intravenoso) se observa de nuevo una estructura sacular con fondo de saco ciego (**flechas**), con paredes engrosadas e hipercaptantes. En su interior se identifica una imagen lineal hiperdensa. Asocia leve trabeculación de la grasa adyacente (**cabezas de flecha**).

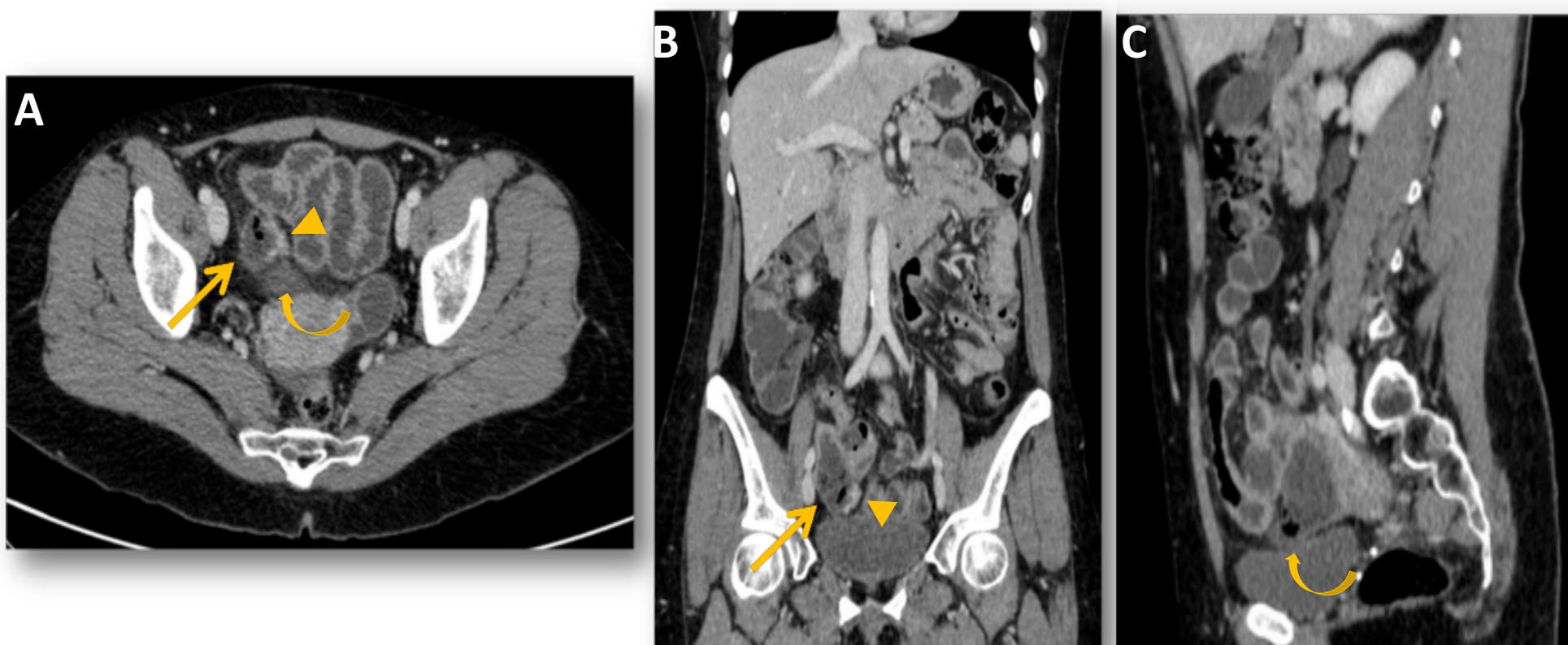
Debido al alto riesgo de perforación, se decidió llevar a cabo una diverticulectomía urgente.

Estos hallazgos son compatibles con:

**DIVERTICULITIS DE MECKEL
secundaria a
ESPINA DE PESCADO**

DIVERTÍCULO DE MECKEL COMPLICADO - DIVERTICULITIS -

CASO 8. Mujer de 53 años con dolor en FID, fiebre y leucocitosis.



En las **imágenes A, B y C** (TC axial, coronal y sagital, con contraste intravenoso) se observa en FID una estructura tubular con fondo de saco ciego (**flechas rectas**), que emerge del íleon distal y que muestra un engrosamiento y realce de su pared medial (**cabezas de flecha**). Se objetiva moderada trabeculación de la grasa circundante, una pequeña cantidad de líquido libre y burbujas de gas extraluminales (**flechas curvas**).

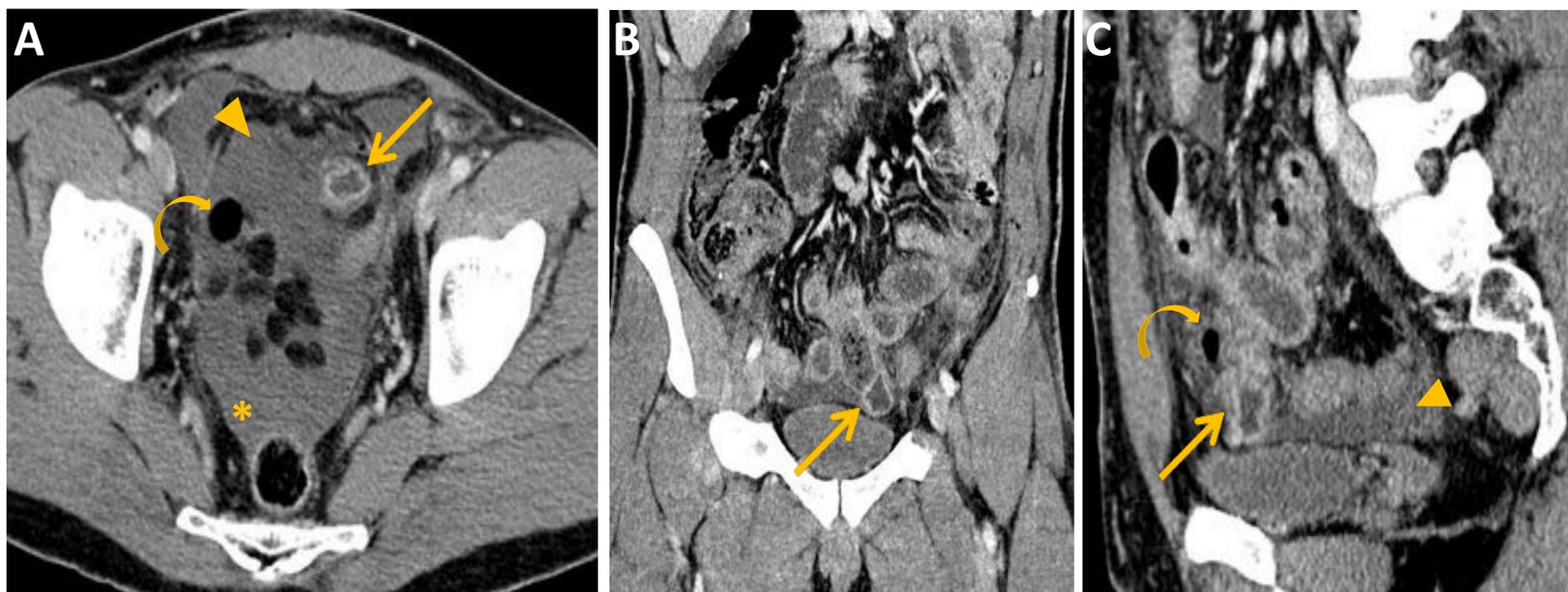
Se realizó una diverticulectomía urgente.

Estos hallazgos son compatibles con:

**DIVERTICULITIS DE MECKEL PERFORADA
+ ECTOPIA PANCREÁTICA**
(en pared medial; -diagnóstico histológico-)

DIVERTÍCULO DE MECKEL COMPLICADO - DIVERTICULITIS -

CASO 9. Varón de 29 años con dolor abdominal difuso, signos de irritación peritoneal, fiebre y leucocitosis.



Las **imágenes A, B y C** (TC axial, coronal y sagital, con contraste intravenoso) muestran en hipogastrio una estructura sacular con fondo de saco ciego (**flechas rectas**) dependiente del borde anti-mesentérico del íleon distal. Presenta unas paredes engrosadas e hipercaptantes. Se identifica moderada cantidad de líquido libre (**cabezas de flecha**), burbujas de gas extraluminales (**flechas curvas**) y leve realce del peritoneo (**A, asterisco**).

Se llevó a cabo una diverticulectomía urgente.

Estos hallazgos son compatibles con:

DIVERTICULITIS DE MECKEL PERFORADA

+

PERITONITIS AGUDA

DIVERTÍCULO DE MECKEL COMPLICADO

- NEOPLASIAS -

- La incidencia de tumores en el seno de un divertículo de Meckel es **muy baja**. Además, suele tratarse de lesiones **únicas, pequeñas y asintomáticas**. Todo ello implica que se infradiagnostiquen frecuentemente en las pruebas de imagen.
- El diagnóstico suele ser **incidental** (cirugía o autopsia).
- La neoplasia más frecuente es el **tumor carcinoide**, que muestra características similares respecto a localizaciones más típicas. Más raros son el GIST o el adenocarcinoma.

CONCLUSIONES

- Tanto en el divertículo de Meckel asintomático como en el complicado, la prueba de imagen de elección es la **TC**. Ambos casos suponen un reto diagnóstico para el radiólogo, pero su detección es factible si se lleva a cabo una evaluación sistemática y exhaustiva de la anatomía intestinal.
- El diagnóstico radiológico del divertículo de Meckel **no complicado** abre la posibilidad a un tratamiento quirúrgico profiláctico que impide futuras complicaciones con alta morbimortalidad.
- La detección precoz y precisa del divertículo de Meckel **complicado** permitirá iniciar rápidamente la terapia más adecuada, mejorando el pronóstico del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Levy A, Hobbs C. Meckel diverticulum: Radiologic features with pathologic correlation. From de Archives of the AFIP. RadioGraphics, 2004;24:565–587. DOI:10.1148/rg.242035187.
2. Hansen CC, Søreide K. Systematic review of epidemiology, presentation, and management of Meckel's diverticulum in the 21st century. Medicine, 2018;97:35(e12154). DOI:10.1097/MD.00000000000012154.
3. Chatterjee A, et al. Reminiscing on Remnants: Imaging of Meckel diverticulum and its complications in adults. AJR, 2017;209:W287–W296. DOI:10.2214/AJR.17.18088.
4. Kotha VK, et al. Radiologist's perspective for the Meckel's diverticulum and its complications. Br J Radiol, 2014;87:20130743. DOI:10.1259/bjr.20130743.
5. Platon A, et al. Computed tomography of complicated Meckel's diverticulum in adults: a pictorial review. ESR - Insights Imaging, 2010;1:53–61. DOI:10.1007/s13244-010-0017-8.
6. Rodrigues Sousa I, et al. Meckel's diverticulum and its complications. ECR, 2014. DOI:10.1594/ecr2014/C-0746.
7. Afonso Centeno AM, et al. Divertículo de Meckel: formas de presentación clínica y hallazgos por imagen. SERAM, 2014. DOI:10.1594/seram2014/S-0950.