

Images in Surgery

PNEUMOPERITONEUM AND FECALOID PERITONITIS SECONDARY TO MECKEL'S DIVERTICAL PERFORATION

NEUMOPERITONEO Y PERITONITIS FECALOIDEA SECUNDARIO A PERFORACIÓN DE DIVERTICULO DE MECKEL

Ester Ferrer-Inaebnit^{1*}, Laura Fernández-Vega¹, Álvaro García-Granero García-Fuster¹, Maria Alfonso-Garcia¹, Xavier Gonzalez-Argente¹.

¹ Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Son Espases. Ctra. de Valldemossa 79, Illes Balears, Palma de Mallorca, 07010. España.

***Corresponding Author:**

Ester Ferrer Inaebnit

Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Son Espases. Ctra. de Valldemossa 79, Illes Balears, Palma de Mallorca, 07010. España.

E-mail: esterinaebnit@gmail.com

Received: : 11 January 2021, Approved: 11 November 2021, Published: February 2022

El divertículo de Meckel esta presente en un 0.3-2.9% de la población,³ con mayor prevalencia en hombres y edad inferior a 40 años (1, 2). Se produce por la involución incompleta del conducto onfalomesérico. Entre el 10-20% de los casos, presentan tejido ectópico, principalmente mucosa gástrica o tejido pancreático (1, 3). Generalmente el divertículo de Meckel permanece silente, pero en el 4-6% de los casos puede producir complicaciones: oclusión, diverticulitis, hemorragia digestiva, ulceración o peritonitis por perforación, que obligan a su resección (1-3).

Varón de 20 años, sin antecedentes de interés. Presenta dolor abdominal de 24h de evolución, afebril y hemodinámicamente estable, en la exploración física destaca irritación peritoneal difusa. En la analítica destacan 14000/uL leucocitos y proteína C-reactiva de 14,96 mg/dL. En radiografía de abdomen se observa neumoperitoneo. La tomografía computerizada informa de neumoperitoneo y líquido libre secundarios a la perforación de víscera hueca, de probable origen gastroduodenal (Figura 1).

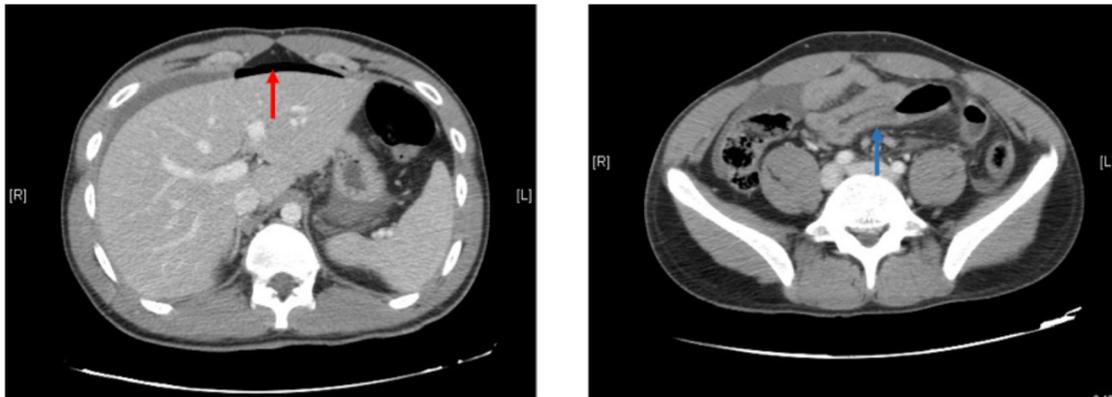


Figura 1. Tomografía computerizada en la que se observa moderada cantidad de líquido libre peritoneal y neumoperitoneo perigástrico (flecha roja). Engrosamiento del peritoneo parietal y engrosamiento generalizado de la pared de las asas intestinales (flecha azul).

Se decide intervención quirúrgica urgente. En el abordaje laparoscópico inicial se identifica peritonitis difusa de aspecto bilio-entérica. Al no ser posible la identificación de la perforación

se convierte a cirugía abierta. Se evidencia peritonitis fecaloidea secundaria a divertículo de Meckel inflamado con perforación de 1 cm en su vértice (Figura 2).

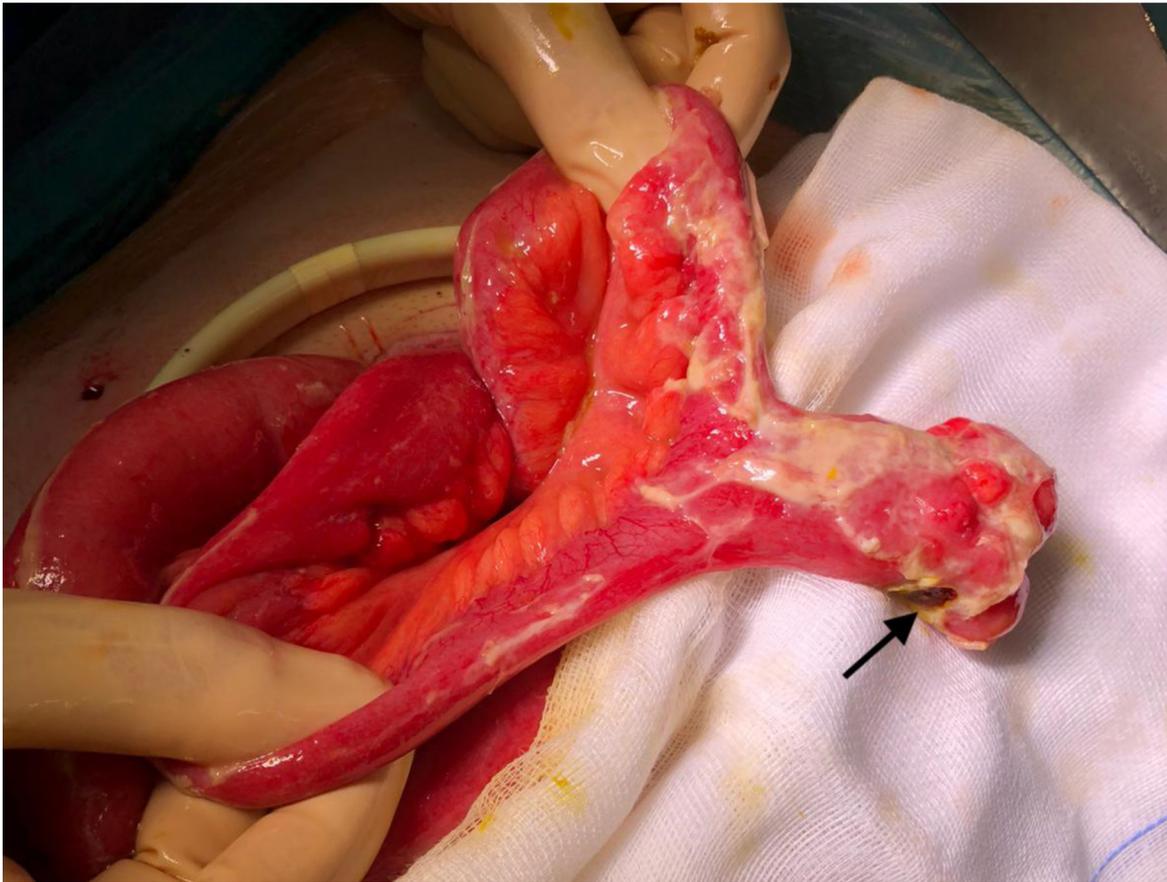


Figura 2. Imagen intraoperatoria del divertículo de Meckel en el borde antimesentérico del asa intestinal, observándose perforación de 1cm en el vértice del divertículo (flecha negra).

Se realiza resección de 10 cm de segmento de íleon que incluye el divertículo y confección de anastomosis termino-terminal manual. El informe anatomopatológico fue de diverticulitis perforada de Meckel con metaplasia gástrica. El paciente fue dado de alta al 7º día postoperatorio, sin complicaciones perioperatorias.

El desafío más significativo, es su diagnóstico preoperatorio, ya que los hallazgos radiológicos y clínicos pueden parecerse a otros trastornos abdominales agudos (2, 3).

Declaraciones de los autores

- Los Autores declaran que no existe ningún conflicto de interés
- El paciente proporcionó el consentimiento informado por escrito para la publicación de la información y las imágenes del paciente.

Referencias

1. Hansen CC, Søreide K. Systematic review of epidemiology, presentation, and management of Meckel's diverticulum in the 21st century. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Aug;97(35).
2. Kuru S, Kismet K. Meckel's diverticulum: clinical features, diagnosis and management. *Rev Esp Enferm Dig*. 2018 Nov;110(11):726-732.
3. Blouhos K, Boulas KA, Tsalis K, Baretas N, Paraskeva A, Kariotis I, Keskinis C, Hatzigeorgiadis A. Meckel's Diverticulum in Adults: Surgical Concerns. *Front Surg*. 2018 Sep 3;5:55.