



REVISTA

DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

**ESTA REVISTA ALOJA CONTRIBUCIONES
ORIGINALES DE INVESTIGACIÓN.**



e-ISSN 2661-6726
ISSN 1390-4442
Volumen 7
Edición 1
Enero - Junio
2026



revista.fcm@ug.edu.ec

Divertículo de Meckel y apendicitis aguda: coexistencia infrecuente y diagnóstico transoperatorio
Meckel's diverticulum and acute appendicitis: an uncommon coexistence and intraoperative diagnosis



Dr. Ramón Miguel Vargas Vera, Phd

Universidad Católica Santiago de Guayaquil
Universidad de Guayaquil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1922-8983>
Correo: dr.ramonvargasvera@hotmail.com
Guayaquil - Ecuador

Dra. Martha Placencia Ibadango, Phd

Universidad de Guayaquil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3967-6166>
Correo: marthitaplacencia1975@hotmail.com
Guayaquil - Ecuador

Dra. Carmen Moncayo Valecia

Universidad de Guayaquil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9959-8732>
Correo: carmen.moncayov@ug.edu.ec
Guayaquil - Ecuador

Enviado: 16 Mayo 2025
Aprobado: 15 Julio 2026

RESUMEN

Introducción: El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, aunque en la mayoría de los casos se presenta de forma asintomática. Su inflamación puede simular una apendicitis aguda y su hallazgo suele ser incidental durante procedimientos quirúrgicos por abdomen agudo.

Método: Se describe el caso clínico de una paciente adulta joven con cuadro clínico compatible con apendicitis aguda, en quien durante la cirugía se identificó un divertículo de Meckel inflamado, lo que motivó su resección junto con la apendicectomía.

Resultados: La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta a las

24 horas postoperatorias. El estudio histopatológico confirmó apendicitis aguda y diverticulitis de Meckel, sin presencia de tejido ectópico ni signos de secreción ácido-péptica.

Conclusión: La coexistencia de divertículo de Meckel y apendicitis aguda representa una asociación poco común que debe considerarse en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo. La exploración cuidadosa del íleon distal durante la apendicectomía puede permitir su detección oportuna y tratamiento adecuado.

Palabras clave

Divertículo de Meckel, apendicitis aguda, abdomen agudo, diverticulitis, anomalías congénitas.



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

ABSTRACT

Introduction: Meckel's diverticulum is the most common congenital anomaly of the gastrointestinal tract. Although frequently asymptomatic, its inflammation may mimic acute appendicitis, and it is often discovered incidentally during surgery for acute abdomen.

Method: We present the case of a young adult female with clinical signs of acute appendicitis. During surgery, an inflamed Meckel's diverticulum was identified and resected together with the appendix.

Results: The patient recovered uneventfully and was discharged 24 hours after surgery. Histopathological examination confirmed acute appendicitis and Meckel's diverticulitis, with no ectopic tissue or acid-peptic activity.

Conclusion: The coexistence of Meckel's diverticulum and acute appendicitis is

rare and should be considered in the differential diagnosis of acute abdomen.

Careful inspection of the distal ileum during appendectomy may allow for timely identification and management.

Keywords:

Meckel's diverticulum, acute appendicitis, acute abdomen, diverticulitis, congenital anomalies.

INTRODUCCIÓN

Durante el desarrollo embrionario, el intestino primitivo está conectado al saco vitelino a través del conducto onfalomesentérico. Este conducto comienza a involucionar alrededor de la quinta semana de gestación y, en condiciones normales, se oblitera por completo hacia la sexta o novena semana. La falla en este proceso puede originar diversas anomalías con-

génitas, tales como fístula onfalomesentérica, seno umbilical, quiste, bandas fibrosas o pólipos, siendo el divertículo de Meckel la forma más común de persistencia del conducto.

El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, con una prevalencia estimada entre el 1% y el 4% en la población general. Fue descrito por primera vez por Johann Meckel en 1809 como un remanente del extremo proximal del conducto onfalomesentérico. Su diagnóstico clínico continúa siendo un reto, ya que suele ser asintomático y se detecta de manera incidental durante intervenciones quirúrgicas por otras causas, o bien cuando presenta complicaciones como hemorragia digestiva, obstrucción intestinal o inflamación que puede simular un cuadro de apendicitis [1,2]

Aunque su prevalencia es similar en ambos sexos, diversos estudios han señalado una mayor probabilidad de desarrollar síntomas en pacientes masculinos. Arnold y Pellicane reportaron una frecuencia del 4% [2], mientras que Soltero y Bill describieron tasas más bajas, cercanas al 1% [3]. Además, Zarate et al. encontraron que el 75% de los casos sintomáticos correspondían al sexo masculino [7], y St-Vil y colaboradores observaron una relación de 120 hombres frente a 44 mujeres en un estudio de 164 pacientes [6].

Las complicaciones asociadas al divertículo de Meckel incluyen sangrado gastrointestinal —relacionado con la presencia de mucosa gástrica ectópica—, obstrucción intestinal por bridas, invaginación o vólvulo, y en algunos casos, inflamación diverticular que simula una apendicitis [1,4,5].

El objetivo de este reporte es presentar un caso clínico poco frecuente de divertículo de Meckel inflamado, iden-



identificado durante una apendicectomía en una paciente joven, destacando la importancia de considerar esta entidad dentro del diagnóstico diferencial del abdomen agudo.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 26 años de edad que acudió al servicio de urgencias por dolor abdominal, fiebre, vómitos e hiporexia de 24 horas de evolución. El dolor inició en fosa ilíaca derecha y región umbilical, de tipo cólico y moderada intensidad, con vómitos biliosos posteriores.

A la exploración física se encontraba con facies álgida, palidez de tegumentos, abdomen distendido, doloroso a la palpación profunda, más acentuado en fosa ilíaca derecha y mesogastrio. Signos de Blumberg, McBurney y del psoas positivo. Tacto vaginal sin masas, anexos libres, Douglas libre. Laboratorio: hemoglobina 14.5 g/dL, leucocitos 9700/mm³ con 63% segmentados, VSG 7 mm/h, tiempos de coagulación normales.

Ecografía: apéndice elongado de 3 mm de diámetro.

Radiografía simple: niveles hidroaéreos, distensión de asas, ausencia de aire libre subdiafragmático.

Se realizó diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda y se programó apendicectomía por incisión de Rocky Davis. Durante la intervención se encontró apéndice cecal hiperémico con fecalitos. A 45 cm de la válvula ileocecal se halló un divertículo de 6 cm, congestivo, adherido al mesoileon. Se realizó resección del mismo. (Fig 1) Informe anatomopatológico: apéndice de 10 x 1 cm con material fecal en su

luz y severa inflamación aguda transmural. Divertículo ileal de 4.5 x 3 cm con necrosis, hemorragia y peritonitis localizada, sin tejido ectópico ni actividad ácido-péptica. (Fig 2)



Fig. 1: La imagen muestra una porción de intestino delgado expuesta quirúrgicamente, con una protrusión sacular en su borde antimesentérico, compatible con un divertículo de Meckel. Este presenta signos macroscópicos de inflamación aguda: Hiperemia intensa de la mucosa circundante, Edema de la pared intestinal, Engrosamiento y enrojecimiento del divertículo, con aspecto eritematoso y brillante y Ausencia de necrosis evidente, aunque se observa una ligera alteración de mucosa dentro del divertículo.

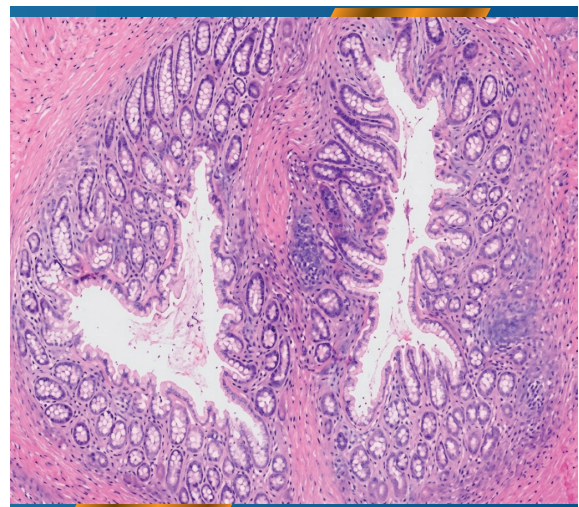


Fig. 2: Mucosa intestinal: Se observa epitelio columnar con vellosidades intestinales y criptas bien definidas, similares a las del

intestino delgado, lo que concuerda con el origen ileal del divertículo, Luz del divertículo: Está ocupada por material inflamatorio y detritos celulares, Infiltrado inflamatorio agudo: Hay presencia intensa de polimorfonucleares (neutrófilos) en la submucosa y la muscular propia, signo característico de un proceso inflamatorio agudo, Edema y congestión vascular: Evidentes en la submucosa y Ausencia de necrosis transmural, aunque podría observarse si el proceso inflamatorio progresa.

DISCUSIÓN

El conducto onfalomesentérico constituye una conexión embrionaria entre el saco vitelino y el intestino medio. Normalmente, este conducto se oblitera entre la quinta y la novena semana de gestación. La persistencia parcial o completa de este conducto puede dar lugar a diversas anomalías congénitas, incluyendo el divertículo de Meckel, quistes, senos, fistulas, bandas fibrosas y pólipos. El divertículo de Meckel es la anomalía más común, representando una persistencia del segmento proximal del conducto onfalomesentérico [1].

La frecuencia estimada del divertículo de Meckel en la población general varía entre el 1% y el 4%, siendo más frecuente en el sexo masculino. Estudios como los de Arnold y Pellicane han reportado una prevalencia de hasta 4% [2], mientras que otros, como los de Soltero y Bill en Perú, informan una frecuencia cercana al 1% [3]. Esta puede deberse a factores geográficos, demográficos o metodológicos.

Diversos autores coinciden en que los hombres tienen mayor riesgo de presentar complicaciones, aunque la causa de esta predisposición aún no se ha determinado con claridad. Por ejemplo, Kuru et al. reportaron que el 75% de los casos sintomáticos correspon-

dían al sexo masculino [4]. St-Vil y colaboradores, en un estudio de 164 casos, encontraron una proporción de 120 hombres frente a 44 mujeres [5].

El diagnóstico clínico del divertículo de Meckel es complejo y muchas veces se establece de forma incidental durante una laparotomía por otra causa. Las manifestaciones clínicas incluyen dolor abdominal, hemorragia gastrointestinal, obstrucción intestinal o inflamación, la cual puede simular una apendicitis [6-8]. La hemorragia suele estar relacionada con mucosa gástrica ectópica, mientras que la obstrucción puede deberse a bridas, invaginación o vólvulo.

En el presente caso se observó una presentación infrecuente: la coexistencia de un cuadro de apendicitis aguda con una diverticulitis de Meckel. Esta asociación es rara y plantea desafíos diagnósticos y terapéuticos. Durante la cirugía se identificó un divertículo inflamado a 45 cm de la válvula ileocecal, lo que motivó su resección junto con el apéndice cecal. En la anatomía patológica, se confirmó la presencia de inflamación aguda y crónica, trombosis vascular y necrosis, sin evidencia de tejido ectópico ni signos de secreción ácido-péptica. Este hallazgo coincide con lo descrito por otros autores, como Álvarez y col., quienes reportaron mucosa gástrica ectópica en el 37% de los casos revisados [9], aunque este componente no se identificó en nuestro paciente.

En la literatura se ha documentado la existencia de divertículos ileales no meckelianos, los cuales son extremadamente raros, especialmente en niños y adolescentes. Se han descrito casos de duplicaciones intestinales y de doble divertículo de Meckel, aunque estas entidades son difíciles de explicar embriológicamente, ya que no se

diagnóstico diferencial es la duplicación intestinal, que suele presentarse en el borde mesentérico, a diferencia del divertículo de Meckel que aparece en el borde antimesentérico. Algunos reportes históricos han descrito duplicaciones diverticulares sin fundamento embriológico claro [8].

Además, deben considerarse otras anomalías del ombligo como el onfalocele, quistes, senos y fistulas del conducto onfalomesentérico o del uraco, así como el granuloma umbilical. Estas pueden manifestarse con síntomas similares, especialmente en neonatos y lactantes.

En nuestro caso, el dolor abdominal localizado en mesogastrio y fosa ilíaca derecha fue el síntoma principal. La ausencia de sangrado gastrointestinal puede haber retrasado la sospecha de un divertículo de Meckel, y su hallazgo fue incidental durante el acto quirúrgico por apendicitis.

No se evidenció neoplasia asociada, a diferencia de lo reportado por Morcillo et al., quienes documentaron dos casos de neoplasia en divertículos de Meckel [12]. El manejo postoperatorio fue exitoso, con evolución clínica favorable y egreso hospitalario a las 24 horas, lo cual destaca la importancia de una intervención oportuna.

En conclusión, el divertículo de Meckel sigue siendo una entidad con manifestaciones clínicas inespecíficas, cuyo diagnóstico suele hacerse en el intraoperatorio. La coexistencia con apendicitis, aunque rara, debe considerarse en el abordaje del abdomen agudo, especialmente cuando los hallazgos quirúrgicos no explican completamente el cuadro clínico. La laparoscopia puede constituir una herramienta diagnóstica y terapéutica valiosa en estos escenarios [13].

CONCLUSIONES

El divertículo de Meckel es una anomalía congénita frecuente, aunque rara vez se diagnostica clínicamente. Su presentación con apendicitis aguda, como en este caso, representa una condición poco habitual y clínicamente desafiante.

El diagnóstico suele hacerse en forma incidental durante laparotomías por otras causas. Ante cuadros de abdomen agudo en adultos jóvenes, se recomienda considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial.

La laparotomía y la resección quirúrgica siguen siendo el tratamiento de elección cuando se presentan complicaciones. La histopatología es clave para confirmar el diagnóstico. La evolución postoperatoria puede ser satisfactoria con un manejo médico adecuado.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS:

No se mencionan datos de filiación de paciente ni lugar del evento.

CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores no refieren ningún conflicto de interés en esta obra.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yahchouchy EK, Marano AF, Etienne JC, Fingerhut AL. Meckel's diverticulum. *J Am Coll Surg.* 2001;192(5):658-62. [https://doi.org/10.1016/S1072-7515\(01\)00722-5](https://doi.org/10.1016/S1072-7515(01)00722-5)
2. Arnold JF, Pellicane JV. Meckel's diverticulum: a ten-year experience. *Am Surg.* 1997;63(4):354-5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9124758>
3. Soltero MJ, Bill AH. The natural history of Meckel's diverticulum and its relation to incidental removal. *Am J Surg.* 1976;132(2):168-73. [https://doi.org/10.1016/0002-9610\(76\)90043-x](https://doi.org/10.1016/0002-9610(76)90043-x)
4. Park JJ, Wolff BG, Tollefson MK, Walsh EE, Larson DR. Meckel diverticulum: the Mayo Clinic experience with 1476 patients (1950-2002). *Ann Surg.* 2005;241(3):529-33. <https://doi.org/10.1097/01.sla.0000154270.14308.5f>
5. Sagar J, Kumar V, Shah DK. Meckel's diverticulum: a systematic review. *J R Soc Med.* 2006;99(10):501-5. <https://doi.org/10.1258/jrsm.99.10.501>
6. Kuru S, Kismet K. Meckel's diverticulum: clinical features, diagnosis and management. *Rev Esp Enferm Dig.* 2018 Nov;110(11):726-732. doi: <https://doi.org/10.17235/reed.2018.5628/2018>. PMID: 30032625.
7. St-Vil D, Brandt ML, Panic S, Bensoussan AL, Blanchard H. Meckel's diverticulum in children: a 20-year review. *J Pediatr Surg.* 1991 Nov;26(11):1289-92. [https://doi.org/10.1016/0022-3468\(91\)90601-o](https://doi.org/10.1016/0022-3468(91)90601-o). PMID: 1812259.
8. Brown RL, Azizkhan RG. Gastrointestinal bleeding in infants and children: Meckel's diverticulum and intestinal duplication. *Semin Pediatr Surg.* 1999 Nov;8(4):202-9. [https://doi.org/10.1016/s1055-8586\(99\)70027-2](https://doi.org/10.1016/s1055-8586(99)70027-2). PMID: 10573430.
9. Álvarez L, Avendaño A, Romero B, Herrera M. Mucosa heterotópica gástrica en divertículo de Meckel. *Rev Chil Cir.* 2020;72(4):278-83. <https://doi.org/10.4067/S0718-40262020000400278>
10. Morcillo A, Hernández JM, Pérez JA. Neoplasias asociadas al divertículo de Meckel. *Rev Esp Enferm Dig.* 2008;100(12):748-52. <https://doi.org/10.4321/S1130-01082008001200008>
11. SCIRP: "Chomel, J. (1710) Report of a Case of Duodenal Diverticulum Containing Gallstones. *Histoire de l'Académie Royale des Sciences*, 1710, 48– 50." link.springer.com+10scirp.org+10
12. Le Nguyen TT, Nguyen VT, Tong HD. Preoperative diagnosis of Meckel diverticulitis with and without perforation in adult: Two case reports. *Int J Surg Case Rep.* 2024 Dec;125:110487. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2024.110487>.
13. Epub 2024 Oct 22. PMID: 39461135; PMCID: PMC11544376.
14. Zani A, Eaton S, Rees CM, Pierro A. Incidentally detected Meckel diverticulum: to resect or not to resect? *Ann Surg.* 2008;247(2):276-81. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31815aa5>

Diseño y Diagramación Editorial

Carlos Pizarro Samaniego, MSc.



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.