

TECNICA GAMMAGRAFICA PARA LA DETECCION Y LOCALIZACION DE UN POSIBLE DIVERTÍCULO DE MECKEL

• FUNDAMENTO ANATOMO-FISIOLOGICO

Los divertículos pueden ser congénitos o adquiridos así como afectar al intestino delgado o grueso. Los de origen congénito son herniaciones de la totalidad de la pared intestinal, mientras que los divertículos adquiridos más frecuentes consisten en herniaciones de la mucosa a través de la muscular, generalmente en el punto de entrada de una arteria nutricia.

Los divertículos pueden encontrarse en cualquier parte del intestino pero, con la excepción del divertículo de Meckel, las localizaciones más frecuentes son el duodeno y el yeyuno. La mayoría son asintomáticos y se descubren accidentalmente durante una exploración radiológica del tubo digestivo. Sin embargo, a veces, puede producir síntomas debidos a su proximidad anatómica con otras estructuras o, lo que es más infrecuente, porque se inflamen o sangren.

El divertículo de Meckel, o persistencia del conducto onfalomesentérico, es la anomalía congénita más frecuente del tubo digestivo, encontrándose en alrededor del 2% de las autopsias en adultos.

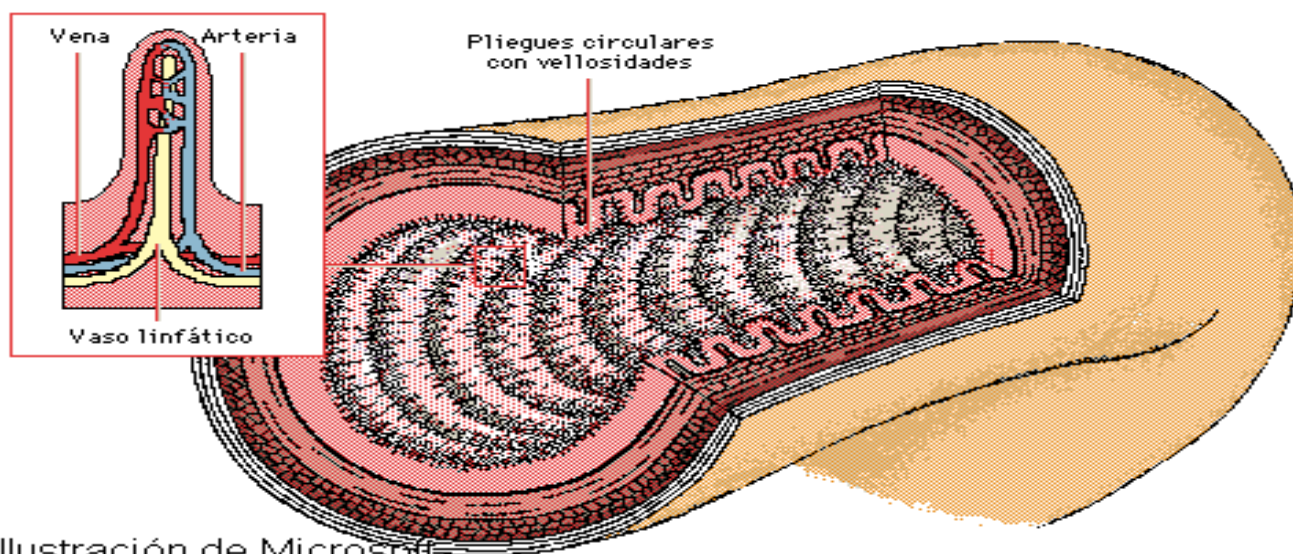


Ilustración de Microsoft

Este divertículo tiene una entrada ancha, una longitud de alrededor de 5 cm y nace en el borde antimesentérico del íleon, en general en los 100 cm más próximos a la válvula ileocecal.

Puede estar revestido interiormente de mucosa ileal (alrededor del 50 % de los casos) o contener mucosa gástrica, duodenal, pancreática o colónica.

Aunque es raro que produzca síntomas después de los 5 años, este tipo de divertículo puede dar lugar a hemorragias, inflamación y obstrucción en niños y adolescentes.

Las hemorragias ocurren casi exclusivamente antes de los 10 años y son consecuencia a ulceraciones pépticas de la mucosa ileal adyacente a un divertículo de Meckel revestido de mucosa gástrica.

El diagnóstico puede establecerse con una gammagrafía abdominal con Tc99m que es captado por la mucosa gástrica ectópica del divertículo. No son raros los falsos positivos y negativos con esta técnica (gran parte debidos a la vejiga), por lo que deben valorarse cuidadosamente las demás características clínicas y analíticas

antes de recomendar la intervención quirúrgica.

En niños mayores y adultos jóvenes, la inflamación del divertículo puede simular una apendicitis aguda. Si el divertículo sufre una invaginación en la luz intestinal o se torsiona sobre el resto fibroso del conducto onfalomesentérico que se extiende desde el mismo a la pared abdominal, puede provocar una obstrucción mecánica del intestino.

El tratamiento de cualquier trastorno es la extirpación quirúrgica del divertículo.

- **TÉCNICA**

- **INDICACIONES:**

Detección y localización del divertículo de Meckel.

- **RADIOFÁRMACOS:** Pertecnetato–Tc99m

2.1.Dosis:

–niños=30–100:Ci/kg

–adultos=5–10 mCi

2.2. Forma de administración: I.V.

- **PREPARACIÓN DEL PACIENTE:**

–Ayuno durante 4–6 horas previas a la realización del estudio.

–NO utilizar perclorato en el pretratamiento.

–NO realizar estudios baritados hasta 3–4 días posteriores a gammagrafia.

–Miccionar antes del estudio, durante el mismo si es posible y al finalizarlo.

–Premedicación: útil en el caso de falsos negativos o de exploraciones dudosas.

Pentagastrina = 6:gr/kg S.C. 5–15 minutos antes del estudio.

Cimetidina = 20 mg /kg V.O. 2 días antes del estudio.

Glucagón = 50 :gr/kg I.V. 10 minutos antes del estudio.

- **INSTRUMENTACIÓN:**

–**Colimador:** baja energía y media resolución.

–**Ventana:** 20% centrada en 140 Kev.

–**Modo:** dinámico y estático.

–**Matriz:** 64x64(dinámico) y 128x128(estático).

–**Zoom:** 1 en dinámico y 1.3 en estáticas.

- **ADQUISICIÓN:**

Colocamos al paciente en decúbito supino centrando el colimador en la zona abdominal, al ser posicionamiento ciego utilizaremos como referencia el apéndice xifoides y la sínfisis del pubis.

La proyección es anterior, pero apartir de los 30 min, bajo prescripción facultativa se pueden realizar oblicuas o lateral derecha.

La primera fase del estudio consiste en una adquisición dinámica, se pincha bajo cámara, tomando 1 imagen x sg durante 60 sg(en este servicio la duración se alarga a 64sg para aprovechar la totalidad de la pantalla del ordenador).

La segunda fase se compone de adquisiciones estáticas cada 5–10min de unas 500–1000Kc hasta llegar a la hora de duración.

Es importante que el paciente orine durante la prueba para impedir que la vejiga pueda artefactarnos el estudio y provocar falsos positivos o negativos.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Para considerar positivo a un divertículo de Meckel debemos ver el acúmulo en la zona ileocecal simultáneamente a la aparición del estómago(al ser mucosa gástrica de la misma naturaleza es lógico que capten la actividad en momentos mas o menos similares), además de contrastar con las otras pruebas realizadas al paciente.

PRÁCTICAS: Carlos Ros Marqués

Divertículo de Meckel

Tejido muscular

Mucosa gástrica que produce hemorragias en el tramo del intestino próximo al divertículo de Meckel