**DIVERTICULITE DE MECKEL: PRINCIPAIS ACHADOS RADIOLÓGICOS**

RÔMULO FLORÊNCIO TRISTÃO SANTOS1; ISA FÉLIX ADÔRNO2; REINALDO SANTOS MORAIS NETO3; TIAGO KOJUN TIBANA4; DENISE MARIA RISSATO CAMILO5; RENATA MOTTA GRUBERT6; CAMILA KLAESENER7; WALBERTH GUTIERREZ JUNIOR8; THIAGO FRANCHI NUNES9.

1 Hospital Universitário - romulo.gd@hotmail.com; 2 Hospital Universitário - isafelixadorno@gmail.com; 3 Hospital Universitário - reinaldomorais.n@gmail.com; 4 Hospital Universitário - tiagotibana@hotmail.com; 5 Hospital Universitário - denisimaria@gmail.com; 6 Hospital Universitário - renatagrubert@hotmail.com; 7 Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal/UNIDERP - camila\_klaesener@hotmail.com; 8 Hospital Universitário - walberth.junior@ufms.com; 9 Hospital Universitário - thiagofranchinunes@gmail.com.

**INTRODUÇÃO:** O divertículo de Meckel (DM) tem prevalência de 1 a 4% na população geral. É formado por todas as camadas da parede intestinal, é um divertículo verdadeiro. Origina-se da falha na obliteração do ducto onfalomesentérico (ducto vitelino) durante o primeiro trimestre de vida fetal1. A maioria dos indivíduos são assintomáticos, sendo frequentemente diagnosticados quando ocorrem complicações. A diverticulite aguda, inflamação do divertículo, é encontrada em 13-31% dos casos que evoluem com complicação, com maior incidência na quarta e quinta décadas de vida4. A diferenciação clínica é difícil e tem como principal diagnóstico diferencial a apendicite aguda. Alguns exames, aliados as manifestações clínicas, auxiliam no diagnóstico correto, como a ultrassonografia e a tomografia computadorizada. A tomografia computadorizada pode demonstrar uma estrutura terminando em fundo cego, contendo enterólitos, coleções, em continuidade com intestino delgado, sinais de obstrução intestinal e densificação dos planos adiposos6. O tratamento definitivo é cirúrgico (diverticulectomia ou ressecção ileal com anastomose término-terminal. O acesso pode ser por videolaparoscopia ou laparotomia, com resultados igualmente satisfatórios7. **OBJETIVO**: O presente estudo tem como objetivo descrever os principais achados clínicos e radiológicos da diverticulite de Meckel. **MATERIAIS E MÉTODOS**: Relatamos o caso de uma mulher de 53 anos, apresentando dor epigástrica irradiada para o flanco direito, de início súbito há dois dias, com piora progressiva, associada a náuseas e calafrios. Negou outros sinais e sintomas. Exame físico revelou abdome doloroso à palpação em região periumbilical e flanco direito, sem sinais de peritonite. Exames laboratoriais sem alterações significativas. A tomografia computadorizada de abdome demonstrou formação diverticular, localizada na região paravertebral, na borda mesentérica do íleo médio, com sinais de inflamação adjacente, caracterizada por densificação dos planos adiposos, sem evidências de pneumoperitôneo ou obstrução intestinal. Foi submetida a laparotomia, que confirmou tratar-se de diverticulite de Meckel. **CONCLUSÃO:** Esses dados salientam a importância da suspeita diagnóstica e principalmente da familiarização frente aos exames de imagem, em pacientes com sintomatologia abdominal inespecífica.

**Palavras-chave:** divertículo de Meckel, diverticulite de Meckel, abdome agudo inflamatório, tomografia computadorizada.