

Solución del caso: Abdomen agudo pediátrico

Solución del caso: Abdomen agudo pediátrico

Acta Gastroenterológica Latinoamericana, vol. 52, núm. 1, 2022

Sociedad Argentina de Gastroenterología, Argentina

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199371057016>

Esta obra de Revista Acta Gastroenterológica Latinoamericana está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

Esta obra de Revista Acta Gastroenterológica Latinoamericana está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

Solución del caso: Abdomen agudo pediátrico

Viene de la página 57



Figuras 5

Resección de fragmento de asa intestinal de aproximadamente 10 cm.

Acta Gastroenterológica
Latinoamericana, vol. 52, núm. 1, 2022

Sociedad Argentina de Gastroenterología,
Argentina

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199371057016>

Diagnóstico

Invaginación intestinal que compromete el íleon terminal, secundaria a divertículo de Meckel.

Se define la invaginación intestinal como una alteración caracterizada por la introducción de una porción de intestino en sí mismo y en sentido distal.¹ Asimismo, esta patología se clasifica, según su ubicación, en íleo-cólica, íleo-íleo-cólica, colo-cólica e invaginación del intestino delgado (yeyuno-yeyunal e íleo-ileal), siendo con mayor frecuencia ileocólicas.

En el 90% de los casos, su etiología es idiopática o primaria. Se ha propuesto que la hiperplasia de nódulos linfáticos intestinales secundaria a gastroenteritis o infecciones respiratorias agudas actuaría como cabeza de invaginación. En los casos secundarios, el divertículo de Meckel es el hallazgo más frecuente, siendo esta la etiología de nuestro caso. Se origina debido a la persistencia del conducto onfalomesentérico o vitelino, como un saco o estructura tubular ciega en el borde antimesentérico del íleon distal. Otras etiologías posibles son los pólipos intestinales y el linfoma, especialmente en niños mayores.²

Su sintomatología puede ser inespecífica, siendo la triada clásica el dolor abdominal agudo (de tipo cólico), las heces en gelatina de grosella o hematoquecia y una masa abdominal palpable, presentes en menos del 50% de los niños con invaginación intestinal. Finalmente, algunos casos en los que el diagnóstico se retrasa por su clínica inespecífica, se manifiestan como un *shock* de origen desconocido.³

Los signos de obstrucción intestinal, como las asas dilatadas y los niveles hidroaéreos, son evidentes y pueden obtenerse el sitio de la obstrucción. La ecografía se plantea como un método de diagnóstico útil, que aporta la visualización de los signos clásicos, como lo son en "diana" en una vista transversal y de "seudoriñón" en una vista longitudinal. Actualmente, el método radiológico más sensible para el diagnóstico es la tomografía computarizada de abdomen, que puede evidenciar, de manera característica, una imagen en diana o un tumor homogéneo en forma de salchicha.⁵

El manejo de esta entidad radica en la reducción radiológica de la invaginación intestinal, ya sea con aire o enema de solución salina, con éxito en más del 80% de los pacientes, por lo que se considera la opción de elección, reservándose la intervención quirúrgica en caso de fracaso de la reducción radiográfica y presencia de signos de perforación, peritonitis, *shock*/sepsis, neumoperitoneo o bien de una lesión patológica.⁴

Referencias

1. Jiménez JH, Felipe, Blv. Gilberto Escoboza Privada de Montebello. Invaginación intestinal en pediatría. Revista Mexicana de Cirugía Pediátrica. 2005(12);4.
2. Apezteguía L, Dall'Orso P, García L, Piñeiro S, Giachetto G. Invaginación intestinal. Aspectos epidemiológicos y clínicos. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Archivos de Pediatría del Uruguay. 2014;85(2).
3. del-Pozo G, Albillos JC, Tejedor D, Calero R, Rasero M, de-la-Calle U, López-Pacheco U. Intussusception in Children: Current Concepts in Diagnosis and Enema Reduction. Radiographics. 1999;19:299-319.
4. Delgado Monge A. Intususcepción: diagnóstico y manejo en niños y adultos. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2016(LXXIII);620:555-9.
5. Alvayay Quilodrán P, Schiappacasse Faúndes G, Labra Weitzler A, de la Barra Escobar C. Invaginaciones intestinales en adultos: la visión del radiólogo. Acta Gastroenterol Latinoam. 2015;45:323-32.

Notas

Consentimiento para la publicación. Para la confección de este manuscrito, se utilizaron datos anonimizados que no han distorsionado su significado científico.

Propiedad intelectual. Los autores declaran que los datos y las figuras presentes en el manuscrito son originales y fueron realizados en sus instituciones pertenecientes.

Cite este artículo como: Serpa A A, Orozco M E, Chiaradia P C y col.. Abdomen agudo pediátrico. Acta Gastroenterol Latinoam. 2022;52(1):106-107. <https://doi.org/10.52787/agl.v52i1.148>