



Invaginación intestinal secundario a divertículo de Meckel en lactante menor, a propósito de un caso

Intestinal intussusception secondary to Meckel's diverticulum in an infant, a case report

PÉREZ-PULIDO, MARÍA¹; RAMÍREZ-QUIROZ, ORIANA¹; CARRERO-PORTES, ARIANA¹;
ROMÁN, JORGE²; PERNÍA, ANDREA^{1,2}

¹Universidad de Los Andes. Táchira, Venezuela.

²Hospital Central de San Cristóbal. Táchira, Venezuela.

Autor de correspondencia

mariaperezpulido18@gmail.com

Fecha de recepción

07/10/2025

Fecha de aceptación

16/11/2025

Fecha de publicación

02/02/2026

Autores

Pérez-Pulido, María Alejandra del Valle
Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, extensión Táchira.
Abogado, Universidad Católica del Táchira.
Correo-e: mariaperezpulido18@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-1244-4342>

Ramírez Quiroz, Oriana Andreina
Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, extensión Táchira.
Abogado, Universidad Católica del Táchira.
Correo-e: orianarq99@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-6514-8965>

Carrero Portes, Ariana Milagros
Médico Cirujano, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, extensión Táchira.
Correo-e: arianacarrerop@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-8012-2695>

Román Guzman, Jorge Norberto
Médico Cirujano de la Universidad del Zulia
Cirujano Pediatra de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado
Especialista adjunto del servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Central de San Cristóbal
Correo-e: joromanguzman@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-5888-705X>

Pernia Molina, Andrea Stefania
Médico Cirujano de la Universidad Rómulo Gallegos
Residente del postgrado de Puericultura y Pediatría, de la Universidad de Los Andes, Hospital Central de San Cristóbal
Correo-e: andrea95pernia@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-0008-6750>

Citación:

Pérez-Pulido, M.; Ramírez-Quiroz, O.; Carrero-Portes, A.; Román, J.; Pernía, A. (2026). Invaginación intestinal secundario a divertículo de Meckel en lactante menor, a propósito de un caso. *GICOS*, 11(1), 164-175

DOI: <https://doi.org/10.53766/GICOS/2026.11.01.11>



RESUMEN

La invaginación intestinal, una causa común de obstrucción en lactantes de 3 a 10 meses, ocurre cuando un segmento intestinal, usualmente el íleon terminal, se introduce en otro, provocando obstrucción venosa, edema y riesgo de gangrena. Su presentación clínica típica incluye inicio súbito de dolor abdominal, vómitos biliosos y heces con moco y sangre. El diagnóstico se confirma con ecografía, radiografía o enema con bario. El tratamiento inicial es médico, mediante reducción hidrostática o neumática. Si estos métodos fallan o están contraindicados, se procede a la cirugía. Se presenta el caso de un lactante de 7 meses con vómitos que progresaron a biliosos, fiebre alta y evacuaciones rojizas con moco que cesaron. El examen físico reveló irritabilidad, distensión abdominal y ruidos hidroaéreos disminuidos. Una radiografía abdominal confirmó la obstrucción. Durante una laparotomía, se encontró una invaginación íleo-ileal con un divertículo de Meckel como punto guía, que había causado isquemia y perforación. Se realizó una resección del segmento afectado y una anastomosis término-terminal, con una evolución postoperatoria satisfactoria. Este caso es inusual, ya que la localización íleo-ileal ocurre solo en el 10% de los casos y está asociada a un divertículo de Meckel, un punto guía patológico presente en solo el 2-4% de los lactantes. Resalta la importancia de reconocer esta variante clínica poco frecuente.

Palabras clave: invaginación intestinal, divertículo de Meckel, anastomosis íleo-ileal.

ABSTRACT

Intussusception, a common cause of obstruction in infants aged 3 to 10 months, occurs when one segment of the intestine, usually the terminal ileum, slides into another, causing venous obstruction, edema, and risk of gangrene. Its typical clinical presentation includes sudden onset of abdominal pain, bilious vomiting, and stools containing mucus and blood. The diagnosis is confirmed by ultrasound, X-ray, or barium enema. Initial treatment is medical, using hydrostatic or pneumatic reduction. If these methods fail or are contraindicated, surgery is performed. We present the case of a 7-month-old infant with vomiting that progressed to bilious vomiting, high fever, and reddish stools with mucus that ceased. Physical examination revealed irritability, abdominal distension, and decreased bowel sounds. An abdominal X-ray confirmed the obstruction. During a laparotomy, an ileo-ileal intussusception was found with a Meckel's diverticulum as the guiding point, which had caused ischemia and perforation. Resection of the affected segment and end-to-end anastomosis were performed, with a satisfactory postoperative outcome. This case is unusual, as ileo-ileal localization occurs in only 10% of cases and is associated with a Meckel's diverticulum, a pathological guide point present in only 2-4% of infants. It highlights the importance of recognizing this rare clinical variant.

Keywords: intussusception, Meckel's diverticulum, ileo-ileal anastomosis.

Según Rajkarnikar et al. (2023) La invaginación intestinal se define como la introducción de un segmento intestinal, con mayor frecuencia el íleon terminal, en un segmento posterior, ocasionando obstrucción del drenaje venoso, posteriormente edema de la pared intestinal, que puede progresar a obstrucción arterial hasta producir gangrena y perforación del segmento afectado (Mora et al., 2013).

La invaginación intestinal pertenece a los cuadros obstructivos de tipo mecánico en lactantes, afectando en mayor medida a lactantes menores entre 3 y 10 meses de vida, en este grupo etario, con mayor frecuencia su etiología es idiopática por hipertrofia de las placas de Peyer, mientras que en lactantes mayores suele existir algún elemento que interrumpe el peristaltismo intestinal y causa la obstrucción, el cual ha sido denominado punto guía, la forma de presentación más común es la ileocólica o ileocecal (70-75%), mientras que la íleo-ileal es un tipo de presentación infrecuente (10%) (Mora et al., 2013).

En cuanto a la incidencia de invaginación intestinal, oscila entre 34 a 78 por 100.000 niños menores de 1 año con una relación varones-hembras 3:2 (González, 2021), sin embargo, a nivel nacional en la última estadística del año 2009 en el estado Carabobo, se determinó que durante los años 1998-2005 se reportaron 159 casos, con una tasa de 47 casos por 100.000 niños, el 89% se presentó en menores de 1 año, de los cuales 71% eran varones, así como se comprobó que la forma de invaginación más frecuente fue ileocólica (27%) y la menos frecuente la presentación ileoileal (9%) (Tomat et al., 2009).

La invaginación intestinal se caracteriza por presentar un inicio súbito de la clínica, en la que se encuentra la tríada clásica de síntomas: dolor abdominal, masa palpable y evacuaciones en jalea de grosella, es decir, evacuaciones con moco y sangre, de igual forma presentan emesis inicialmente de contenido alimentario que progresa a contenido biliar y llanto intermitente, por lo general, existe el antecedente de un cuadro viral reciente, bien sea respiratorio o gastrointestinal.

Para el diagnóstico, además de la anamnesis y hallazgos al examen físico, se realiza radiografía abdominal simple, en la que si hay invaginación se evidencia la ausencia de neumatización en el marco cólico, sin embargo, en la actualidad se considera el estándar de oro, la ultrasonografía, ya que se confirma la invaginación intestinal en la que se evidencia una imagen característica conocida como “signo del tiro al blanco”, es un método que no es costoso y no emite radiación, y cuenta con alta sensibilidad y especificidad 97,9% y 97,8% respectivamente (Ruiz et al., 2020).

Se puede igualmente realizar una ecografía Doppler para comprobar la irrigación del segmento afectado, otro método diagnóstico es el colon por enema, el cual se realiza con bario y bajo control fluoroscópico, se ha considerado como opción terapéutica en invaginación intestinal de poco tiempo de evolución, ya que existe la posibilidad de reducción al momento de realizar el estudio.

Según Mora et al. (2013) el tratamiento depende de las condiciones clínicas del paciente y del tiempo de evolución, por lo que en la actualidad se divide en manejo médico y quirúrgico, el manejo médico consiste en

realizar las medidas generales como canalización de vías periféricas, colocación de sonda nasogástrica y dieta absoluta, se realizan técnicas de reducción como la reducción hidrostática con enema de bario o reducción neumática con enema de aire, estas técnicas estarán contraindicadas en cuadros con evolución mayor a 18 horas, signos de peritonitis, signos de perforación, y en pacientes mayores a 2 años por la existencia de punto guía (Ruiz et al., 2020).

En casos en que no se puedan realizar las técnicas de reducción o no hayan sido exitosas, se debe realizar el manejo quirúrgico, consiste en realizar una laparotomía abierta con incisión supraumbilical transversal derecha, se procede a la reducción manual o enterotaxia, en casos que haya necrosis, perforación o no sea posible la reducción manual se debe realizar resección del segmento afectado y posterior anastomosis termino-terminal.

La recurrencia actualmente es del 10% aproximadamente, con 0-0.6% en las primeras 24 horas cuando el manejo es médico, y 0.4% cuando el manejo es quirúrgico (Ruiz et al., 2020), por otra parte, las complicaciones incluyen infección del sitio quirúrgico, riesgo de adherencias posoperatorias en un 5% de los pacientes, la mortalidad por invaginación es de alrededor de 1 %, especialmente en casos de diagnóstico y tratamiento tardíos (Tomat et al., 2009).

Se ha discutido en los casos de manejo quirúrgico la realización de apendicectomía profiláctica para evitar complicaciones futuras, esta práctica puede variar según el caso específico, considerando para su realización la gravedad de la invaginación, si hay complicaciones asociadas o factores de riesgo que predispongan al paciente, sin embargo, una apendicectomía podría aumentar el riesgo de infección y prolongar la estancia hospitalaria (Wang et al., 2019)

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso clínico de un paciente lactante menor masculino de 7 meses de edad, quien es traído por la madre por presentar de 3 días de evolución episodios eméticos en 20 oportunidades aproximadamente, de abundante cantidad, contenido gástrico que posteriormente progresa a bilioso, posterior de 2 días de evolución presenta exacerbación del cuadro clínico asociado a irritabilidad, motivo por el cual es llevado a centro de su localidad donde es ingresado para mantener en observación con hidratación parenteral y antieméticos. De 36 horas de evolución madre refiere alzas térmicas cuantificadas en 39°C las cuales ceden de manera parcial a la administración de antipiréticos, posteriormente de 12 horas presenta ausencia de evacuaciones, motivo por el cual, médico tratante indica supositorios de glicerina y en vista de evidenciar evacuaciones color rojizo con abundante moco (Figura 1) indica estudio de imagen de tipo radiografía AP de abdomen en suspensión (Figura 2) donde se evidencia niveles hidroaéreos con dilatación de asas intestinales en hemiabdomen superior y ausencia de patrón gaseoso en hemiabdomen inferior, por lo cual refieren a nuestro centro asistencial donde es valorado.



Figura 1.

Evacuaciones de color rojizo con abundante moco “jalea de grosellas”

Madre niega antecedentes de importancia, presentando carnet con esquema de vacunación completo para la edad. Al examen físico: frecuencia cardíaca 130lpm, frecuencia respiratoria 35rpm, temperatura 37,3°C; paciente luce en regular condición clínica, afebril, hidratado, eucárdico, irritable, piel con leve palidez cutaneomucosa generalizada, fontanela anterior normotensa, abdomen batracóide, ruidos hidroaéreos disminuidos en hemiabdomen superior y ausentes en hemiabdomen inferior, circunferencia abdominal de 51,5cm que impresiona dolor a la palpación profunda, no se palpan masas.

Se recibe paraclínica dada por hematología completa que reporta: leucocitos: 15.300/mm³, neutrófilos 55%, linfocitos 42%, hemoglobina 12g/dl, hematocrito 37,9% plaquetas 402.000/mm³; y PCR 4,26 mg/l (control <5.00mg/l), por lo cual se ingresa como un cuadro clínico obstructivo, se mantiene en dieta absoluta y es valorado por cirujano pediatra, quien indica preparar para quirófano.

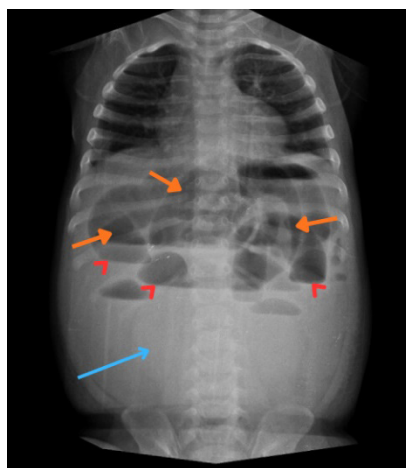


Figura 2.

Radiografía AP toracoabdominal en suspensión. Niveles hidroaéreos en hemiabdomen superior (puntas de flecha rojas), dilatación de asas intestinales (flechas naranjas), ausencia de patrón gaseoso en hemiabdomen inferior (flecha azul).

05 horas posterior a su ingreso es llevado a mesa operatoria para realizar laparotomía transversa donde de manera intraoperatoria se evidencia: 200cc de líquido cetrino en cavidad abdominal, invaginación intestinal a 60cm de válvula ileocecal con cambios isquémicos irreversibles y perforación en borde anti mesentérico, divertículo de Meckel inflamado en área de invaginación intestinal de aproximadamente 4cm de longitud,

(Figura 3A y Figura 3B) apéndice cecal retrocecal de aspecto y configuración normal, por lo cual se realiza drenaje de cavidad más resección (Figura 3C) y anastomosis termino-terminal íleo-íleal más apendicectomía profiláctica, acto quirúrgico finaliza sin complicaciones y se plantea el diagnóstico de abdomen agudo obstructivo secundario a invaginación intestinal por divertículo de Meckel.

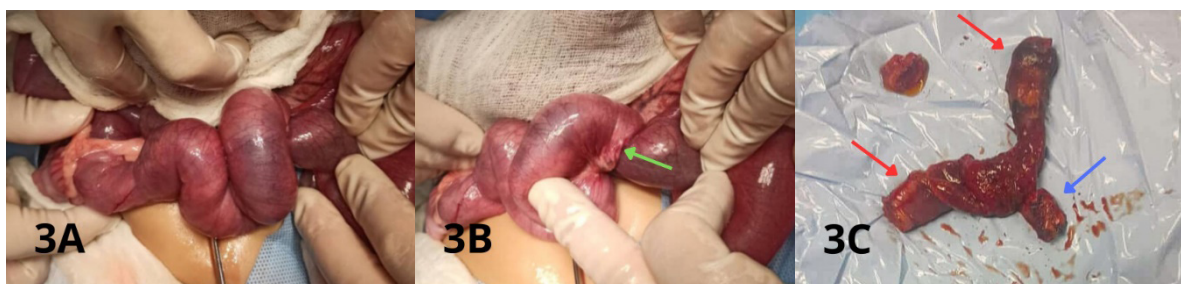


Figura 3.

Imágenes transoperatorias: 3A: Segmento intestinal íleo-íleal invaginado. 3B: Área de invaginación en íleon (flecha verde). 3C: Segmento intestinal invaginado con cambios isquémicos irreversibles (flechas rojas), divertículo de Meckel (flecha azul).

Se mantiene en recuperación en el área de pabellón, y 3 horas posteriores a la cirugía es trasladado a la unidad de cuidados especiales pediátricos (UCEP) en dieta absoluta con indicación de sonda nasogástrica, antibioticoterapia dada por Metronidazol (30mg/kg/día), amikacina (15mg/kg/día), cuantificación de pérdidas a través de sonda nasogástrica para indicar reposición 1:1ml y en vigilancia de perímetro abdominal. Durante las primeras 24 horas se evidencia gasto por sonda nasogástrica de 37,5ml/h.

Luego de 36 horas se evidencian evacuaciones con abundante moco en 2 oportunidades, al examen físico circunferencia abdominal de 52cm, con ruidos hidroaéreos presentes en todos los cuadrantes abdominales e impresiona dolor a la palpación, cirujano pediatra indica mantener en dieta absoluta hasta cumplir 5 días postoperatorio; 4 días después de la cirugía se evidencia disminución de circunferencia abdominal a 51 cm, así como disminución progresiva de gasto a través de sonda nasogástrica.

Al cumplir 5 de postoperatorio presenta circunferencia abdominal de 50cm, en vista de evidenciar reanudación del patrón evacuatorio, así como disminución del gasto a través de sonda nasogástrica (9.5ml/h) se retira sonda nasogástrica y se indica inicio de dieta líquida con 2cc de agua, se omite administración de amikacina por cumplimiento 5 días con la misma, se recibe paraclínica que reporta sodio en 133.4mEq/l por lo cual se asocia diagnóstico de hiponatremia leve y se indica restricción hídrica de 80%. Al evidenciar tolerancia adecuada de vía oral, se indica iniciar lactancia materna con inyectadora.

Luego de 6 días de la cirugía en vista de evolución clínica se omite antibioticoterapia con metronidazol, y se indica iniciar lactancia materna a libre demanda directo al seno. 7 días posteriores a la cirugía es valorado y en vista de que se evidencia evolución clínica satisfactoria, ausencia de alzas térmicas, presencia de patrón evacuatorio y tolerancia adecuada a la vía oral, se indica alta médica con control por consulta externa de cirugía pediátrica en 7 días, al cual acude traído por la madre, es valorado con evolución clínica satisfactoria y se retiran los puntos de sutura. En vista de la relevancia clínica del presente caso se obtiene consentimiento

informado por escrito, firmado por los representantes del lactante menor para publicación del caso e imágenes.

DISCUSIÓN

Según Rajkarnikar et al. (2023) la invaginación intestinal, representa una patología aguda grave pediátrica, que se enmarca dentro de un cuadro obstructivo de tipo mecánico, secundario a la introducción de un segmento intestinal principalmente el íleo terminal, al inmediatamente posterior, la cual progresa por el movimiento de la onda peristáltica fisiológica, que se ve interrumpida por la presencia de un determinado “punto guía”, conllevando a la alteración del tránsito intestinal, generando obstrucción del drenaje venoso, edema de pared intestinal, que puede progresar a obstrucción arterial y finalmente gangrena de la pared intestinal proximal y perforación. (Mora et al., 2013)

Con etiología variable según grupo etario, describiéndose como forma idiopática en el 75%, producto de hipertrofia de las placas de Peyer, donde el paciente cursa con antecedente de cuadro viral reciente, cuadro frecuente en lactante menor entre los 3 a 10 meses; asimismo, se presenta con forma fija en solo el 2-8%, cuando existe una causa obstructiva real anatómica denominada “punto guía” donde el más frecuente es el Divertículo de Meckel, especialmente en niños mayores de 2 años y adultos (Hernández et al., 2024), con una distribución anatómica en orden de frecuencia dada por: presentación íleo-cecal 70-75%; íleo-ileal 10% y cólico-cólica 3-5%, que se expresa en lactantes mayores de 1 año (Mora et al., 2013).

En consecuencia, el presente caso posee un hallazgo clínico particular respecto a la bibliografía referenciada, debido a la ausencia de enfermedad viral reciente como antecedente, así como la edad de lactante menor de 7 meses, asociado ello a punto guía dado por Divertículo de Meckel, saliendo de las estadísticas más frecuentes, para la invaginación intestinal en dicho grupo etario, así como la ubicación íleo-ileal de la obstrucción, sitio anatómico de aparición infrecuente.

No obstante, el divertículo de Meckel, corresponde al remanente del conducto onfalomesentérico, con localización generalmente en el íleon distal a aproximadamente 60cm de la válvula ileocecal, que a pesar de ser la malformación gastrointestinal más frecuente, con una incidencia de un 2-4% de la población, siendo 2 veces más prevalente en sexo masculino, su presentación clínica es asintomática en el 95,2% siendo diagnosticado de manera accidental, mientras que la forma sintomática dependerá del tipo de complicación del divertículo, manifestándose, según diferentes series, alrededor de los 2 años de edad, como hemorragia digestiva (30%-56%), obstrucción intestinal (14%-42%), diverticulitis (6%-14%) e invaginación intestinal (2-4%) (Urrutia et al., 2021).

Asimismo, existe concordancia con la prevalencia según sexo, al ser el paciente del presente caso, masculino, sin embargo, es de destacar que las presentaciones clínicas sintomáticas son infrecuentes en la población que posee la malformación gastrointestinal y solo el 2-4% corresponde a un cuadro de invaginación intestinal, asociado a ello se exagera la particularidad del caso al encontrarse en un grupo etario no prevalente para la existencia de intususcepción en su forma fija, por punto guía patológico, que además se manifestó

sintomáticamente, descubriendo al Divertículo de Meckel como la causa propia y no un hallazgo incidental.

En consecuencia, la invaginación intestinal se presenta típicamente entre los 6 y los 36 meses de edad y es la causa más común de obstrucción intestinal en este grupo de edad, alrededor del 60% de los niños con invaginación intestinal son menores de un año y del 80 al 90% son menores de dos años. Aproximadamente el 10% de los casos ocurren en niños mayores de cinco años, del 3 al 4% en los mayores de 10 años y el 1% en bebés menores de 3 meses (Hernández et al., 2024); es decir que, asociado a la edad de lactante menor de 7 meses, en el contexto de un abdomen agudo quirúrgico de tipo obstructivo, la primera causa en la que se debió pensar fue la invaginación intestinal, independiente de la particularidad de los hallazgos, que hacen diferente esta presentación, siendo acertada la conducta diagnóstica que se llevó a cabo.

Sin embargo, en cuanto a su incidencia, oscila entre 34 a 78 por 100.000 niños menores de 1 año con una relación varones-hembras 3:2 (González, 2021), correspondiente con el paciente de sexo masculino, sin embargo, a nivel nacional la última estadística del año 2009 en el estado Carabobo, se determinó que durante los años 1998-2005 se reportaron 159 casos, con una tasa de 47 casos por 100.000 niños, el 89% se presentó en menores de 1 año, de los cuales 71% eran varones, así como se comprobó que la forma de invaginación más frecuente fue ileocólica (27%) y la menos frecuente la presentación íleo-ileal (9%) (Tomat et al., 2009). Es decir, a pesar de ser la causa más frecuente de obstrucción intestinal en la edad de lactante, su presentación no es común, así como la presentación íleo-ileal rara vez identificada, como ocurrió en el paciente del presente caso.

Ahora bien, desde el punto de vista de su presentación clínica, la invaginación intestinal se caracteriza por presentar un inicio súbito, caracterizado por presentar emesis inicialmente de contenido alimentario que progresan a emesis de contenido biliar y llanto intermitente, en correspondencia, con el cuadro clínico presentado, dado por vómitos en 20 oportunidades de inicial contenido gástrico, que progresaron a contenido bilioso, como primera manifestación clínica, asociado a ello presentó alzas térmicas cuantificadas en 39°C y de 12 horas de evolución previo a su ingreso, ausencia de evacuaciones, con último episodio, dado por evacuaciones con abundante moco y sangre, positivo para el signo semiológico de “jalea de Grosella”.

Al examen físico se evidencia como un paciente irritable, con cierto grado de deshidratación, en el contexto de una distensión abdominal, tomando como referencia valor normal de circunferencia abdominal estimado en lactante menor de 6 meses o más entre 45-50cm, con ruidos hidroaéreos disminuidos o ausentes, dolor abdominal, masa palpable “en forma de salchicha” y al tacto rectal guante impregnado con moco y sangre denominado “heces en jalea de grosella” que se corresponde con La tríada clínica clásica de Ombredanne que se encuentra en 7.5 a 40% de los casos (Hernández et al., 2024).

En correspondencia con los hallazgos al examen físico descritos por la literatura, se enmarca al lactante menor de 7 meses, quien al momento de su ingreso se encontraba irritado, con leve palidez cutáneo mucosa y abdomen de forma batracóide, con una circunferencia abdominal de 51,5cm, es decir, distendido, que a la auscultación presenta ruidos hidroaéreos disminuidos en hemiabdomen superior y ausentes en hemiabdomen

inferior, que impresiona dolor a la palpación profunda, sin embargo, no se identificaron masas palpables, destacando que debido a la variable frecuencia con la que aparece la tríada clásica de Ombredanne, la ausencia de uno de sus parámetros, no fue excluyente para el diagnóstico.

Adicional a la anamnesis y hallazgos al examen físico, se realiza radiografía abdominal de pie o en suspensión, con una sensibilidad de entre el 29-50% (Hernández et al., 2024), en la que si hay invaginación se evidencia la ausencia de neumatización en el marco cólico, en concordancia con los hallazgos evidenciados en la radiografía AP de abdomen en suspensión, que fue realizada en el paciente con evidencia de niveles hidroaéreos en hemiabdomen superior y ausencia del patrón neumónico en hemiabdomen inferior.

Sin embargo, en la actualidad se considera el estándar de oro la ultrasonografía, ya que se confirma la invaginación intestinal en la que se evidencia una imagen característica conocida como “signo del tiro al blanco” que consiste en dos anillos de baja ecogenicidad separados por un anillo hiperecoico y “signo de pseudoriñón” en corte longitudinal, que se observa como capas hiperecoicas e hipoecoicas superpuestas, es un método que no es costoso y no emite radiación, y cuenta con alta sensibilidad y especificidad 97,9% y 97,8% respectivamente (Ruiz et al., 2020).

Aunque este estudio no fue realizado para confirmar hallazgos, la ecografía Doppler es de utilidad para comprobar la irrigación del segmento afectado, el colon por enema, el cual se realiza con bario y bajo control fluoroscópico, se ha considerado como opción diagnóstica y terapéutica en invaginación intestinal de poco tiempo de evolución, ya que existe la posibilidad de reducción al momento de realizar el estudio, procedimiento que puede repetirse hasta tres veces con espacio de 30 minutos (Piovet et al., 2023). No obstante, según hallazgos paraclínicos dados por hematología completa dentro de valores normales para su edad, y proteína C reactiva negativa, se descarta un cuadro infeccioso y se ingresa bajo el contexto de obstrucción.

La conducta terapéutica depende de las condiciones clínicas del paciente y del tiempo de evolución, por lo que en la actualidad se divide en manejo médico y quirúrgico, el manejo médico consiste en realizar las medidas generales como canalización de vías periféricas, colocación de sonda nasogástrica y dieta absoluta, realizándose de primera línea la reducción no quirúrgica con enema neumático o hidrostático bajo control fluoroscópico o ecográfico (Delgado et al., 2022), sin embargo, están contraindicadas en cuadros con evolución mayor a 18 horas, signos de peritonitis, signos de perforación, y según Mora et al. (2013) en pacientes mayores a 2 años por la existencia de sospecha preoperatoria de punto guía patológico (Delgado et al., 2022).

En consecuencia, en casos de contraindicación o que esta no haya sido exitosa, después de tres intentos (Piovet et al., 2023), se debe realizar el manejo quirúrgico, que consiste en realizar, una laparotomía abierta con incisión supraumbilical transversal derecha, donde se debe valorar la viabilidad del intestino afectado y la identificación de posible punto guía patológico, en cuyo caso se procede a la reducción manual o enterotaxia, si la invaginación intestinal es no complicada.

Según Mora et al. (2013) en casos que haya necrosis, perforación, existencia de divertículo o no sea posible la reducción manual se debe realizar resección del segmento afectado y posterior anastomosis término-terminal

(Delgado et al., 2022), el paciente presentaba para el momento de su atención intrahospitalaria más de 18 horas de evolución, motivo por el cual se realiza manejo quirúrgico inmediato donde se evidencia 200cc de líquido cetrino en cavidad abdominal, se confirma la invaginación intestinal con la particularidad que se encontraba en un sitio anatómico poco frecuente a 60cm de la válvula ileocecal, con cambios isquémicos irreversibles así como perforación en borde antimesentérico, con evidencia de punto guía dado por divertículo de Meckel de aproximadamente 4cm de longitud, de tal manera que se aplica la conducta terapéutica última dada por resección del segmento afectado y anastomosis termino-terminal íleo-ileal.

Asimismo, el manejo postoperatorio es variable de acuerdo a la técnica aplicada, en caso de reducción manual se basa en observación, manejo de electrolitos e inicio de vía oral luego de 24 horas con egreso a las 48 horas, mientras que en resección intestinal con anastomosis termino-terminal, el paciente debe permanecer hospitalizado con manejo de electrolitos e hidratación, con inicio de vía oral a los 5 días posteriores, para asegurar el restablecimiento de la continuidad intestinal. (Mora et al., 2013).

En cuyo caso el paciente se manejó en concordancia con la literatura, con sonda nasogástrica, dieta absoluta, vigilancia de perímetro abdominal y patrón evacuatorio, con evolución clínica satisfactoria de la anastomosis dado por disminución de gasto progresivo a través de la sonda nasogástrica, con evacuaciones desde las 36 horas postoperatorias, disminución del perímetro abdominal y reaparición de ruidos hidroaéreos en todos los cuadrantes del abdomen, con asociación de antibiótico dado por Metronidazol y amikacina para cobertura de infecciones por anaerobios y gramnegativos, propios de la flora gastrointestinal, en vista de que se evidenció perforación de la pared intestinal. Una vez cumplidos los 5 días de hospitalización, con mejoría clínica evidente, se retira sonda nasogástrica y se inicia dieta vía oral, se omite antibioterapia y se da alta médica.

No obstante, la recurrencia actualmente es del 10% aproximadamente, con 0-0.6% en las primeras 24 horas cuando el manejo es médico, y 0.4% cuando el manejo es quirúrgico (Ruiz et al., 2020). Por otra parte, las complicaciones incluyen infección del sitio quirúrgico, riesgo de adherencias postoperatorias en un 5% de los pacientes, la mortalidad por invaginación es de alrededor de 1%, especialmente en casos de diagnóstico y tratamiento tardíos (4), sin embargo, en el caso clínico presente, se resolvió de forma satisfactoria el cuadro, sin presencia hasta la actualidad de complicaciones asociadas.

Ahora bien, en cuanto a la apendicectomía profiláctica, la cual fue realizada en el paciente, aunque hay opiniones controversiales, al día de hoy se ha publicado un solo estudio que no la recomienda, alegando que aumenta la estancia hospitalaria y costes económicos asociados, sin embargo, según estudio publicado por la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica en el año 2022 (Delgado et al., 2022), con una muestra total de 110, donde se compararon resultados de dos grupos, el primero con 77 pacientes a quienes se les realizó apendicectomía profiláctica y el segundo con 24 a quienes no se les realizó.

En conclusión, la realización de la misma no se tradujo en un aumento de la estancia hospitalaria, las complicaciones postoperatorias ni el índice de recidiva, las cuales son propias de la técnica quirúrgica implementada según hallazgos intraoperatorios (Delgado et al., 2022), hallazgos evidenciados en el lactante

menor, ya que su estancia hospitalaria fue la estimada según la literatura para paciente a quien se le realiza una anastomosis término-terminal, independientemente de la realización de la apendicectomía profiláctica, en consecuencia, sin riesgos asociados.

CONCLUSIÓN

Este caso de invaginación intestinal en un lactante de 7 meses destaca por su presentación clínica atípica y su manejo exitoso. La invaginación intestinal es una causa común de obstrucción intestinal en pediatría, especialmente en niños menores de un año, con una incidencia significativa y predominancia en varones. El paciente, presentando vómitos biliosos, fiebre y evacuaciones con sangre y moco, exhibió síntomas clásicos, aunque la localización ileo-ileal y la ausencia de antecedentes virales fueron inusuales.

El diagnóstico se apoyó en la historia clínica y radiografías abdominales, confirmando la obstrucción. La intervención quirúrgica inmediata fue necesaria debido a la evolución prolongada y los signos de obstrucción severa, revelando un divertículo de Meckel como punto guía y cambios isquémicos con perforación. La resección del segmento afectado y la anastomosis término-terminal, junto con el manejo postoperatorio adecuado, resultaron en una recuperación satisfactoria. La inclusión de antibióticos para prevenir infecciones y la vigilancia estrecha fueron claves. Este caso enfatiza la importancia de considerar la invaginación intestinal en el diagnóstico diferencial de abdomen agudo en lactantes y la necesidad de un enfoque flexible y basado en la evidencia clínica.

Además, la resolución quirúrgica oportuna y el manejo postoperatorio riguroso, incluyendo la administración de dieta absoluta y vigilancia de la función intestinal, fueron determinantes para el éxito terapéutico. La controversia sobre la apendicectomía profiláctica no influyó negativamente en el tiempo de hospitalización ni en la recuperación del paciente, conforme a la literatura reciente. En resumen, este caso subraya la variabilidad clínica de la invaginación intestinal y la importancia de un manejo integral, enfatizando la detección temprana y la intervención adecuada para mejorar los resultados y reducir las complicaciones, siendo esencial la observación detallada y la utilización de técnicas diagnósticas y terapéuticas basadas en la mejor evidencia disponible.

REFERENCIAS

- Delgado, C., García, A., Delgado, B., Muñoz, A., Ferrero, M., Camps, J., López, M., & Martínez, L. (2022). Apendicectomía incidental en el tratamiento quirúrgico de la intususcepción ileocólica en niños. ¿Es segura? *Cirugía Pediátrica*, 35(4), 165–171. https://secipe.org/coldata/upload/revista/2022_35-4ESP_165.pdf
- González, S. (2021). Guías de Práctica Clínica en Cirugía Pediátrica. *Revista Cubana de Pediatría*, 93(2). <https://revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/1504>
- Hernández, L., Granados, S., & Villamizar, J. (2024). Intususcepción secundaria a divertículo de Meckel. Reporte de caso. *Pediatría*, 57(1), e510. https://www.researchgate.net/publication/382159366_Intususcepcion_secundaria_a_diverticulo_de_Meckel_reporte_de_casoSecondary_Intususception_due_to_Meckel's_Diverticulum_Case_Report
- Mora, C. (Ed.). (2013). *Actualizaciones Pediátricas* (1st ed.). Venezuela.

- Piovet, Y., & Aguilar, D. (2023). Intussusception in a COVID-19 patient successfully treated by enema reduction. *British Journal of Medicine*, 12(1), 5–8. <https://bjomed.org/index.php/bjm/article/view/28>
- Rajkarnikar, R., Singh, S., Joshi, M. P., & Kayastha, A. (2023). Intussusception among children admitted in a Department of Pediatric Surgery of a tertiary care centre: A descriptive cross-sectional study. *JNMA Journal of the Nepal Medical Association*, 61(258), 150–153. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37203986/>
- Ruiz, V., Acosta, S., Echeverría, M. y Salas, E. (2020). Diagnóstico y manejo de invaginación intestinal en población pediátrica. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*, 4(4), 66-74. <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/179>
- Tomat, M., Salinas, B., de Materan, M., Gonzalez, R. y Pérez-Schael, I. (2009). Invaginación intestinal en pacientes pediátricos en el estado Carabobo. *Salus*, 13(2), 16–20. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375939008005>
- Urrutia, H., Donoso, C. y Carvajal, O. (2021). Divertículo de Meckel sintomático en pediatría. *Andes Pediátrica*, 92(1), 104–109. <https://andespediatrica.cl/index.php/rchped/article/view/2470>
- Wang, A., Prieto, J. M., Ward, E., Bickler, S., Henry, M., Kling, K., Thangarajah, H. & Romeo, I. (2019). Operative treatment for intussusception: Should an incidental appendectomy be performed? *Journal of Pediatric Surgery*, 54(3), 495–499. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2018.06.014>