

INTUSUSCEPCIÓN SECUNDARIA A UN DIVERTÍCULO DE MECKEL*

Drs. María Elena Carazo P., Lucía Mangas Á.¹, Anna Domènech T.¹,
Beatriz Pemartín C.¹, Tania Moratalla J.¹, Juan José Vila C.¹

¹ Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.
España.

Intussusception by Meckel's diverticulum

Varón de 8 años que acude a urgencias por dolor abdominal de 24 h de evolución asociado a vómitos alimenticios.

La exploración revela dolor e irritación peritoneal en hemiabdomen derecho, donde se palpa además una masa.

Se realiza Radiografía simple de abdomen que muestra un patrón de oclusión intestinal a nivel de íleon terminal (Figura 1).

Al completar el estudio con una ecografía de abdomen (Figura 2) el paciente es diagnosticado de una invaginación intestinal ileocecocólica cuya causa parece ser un divertículo de Meckel.

Dadas las características ecográficas se desestimó el tratamiento con neumoenema.

Procedemos a la exploración quirúrgica objetivándose una invaginación intestinal ileocólica de pequeña longitud que se continúa con una invaginación ileoileal mayor. Moderada afectación isquémica intestinal. Se desinvagina manualmente evidenciando un divertículo de Meckel (DM) como cabeza de invaginación. Realizamos una resección intestinal de 15 cm de íleon terminal no viable con anastomosis término-terminal (Figura 3).

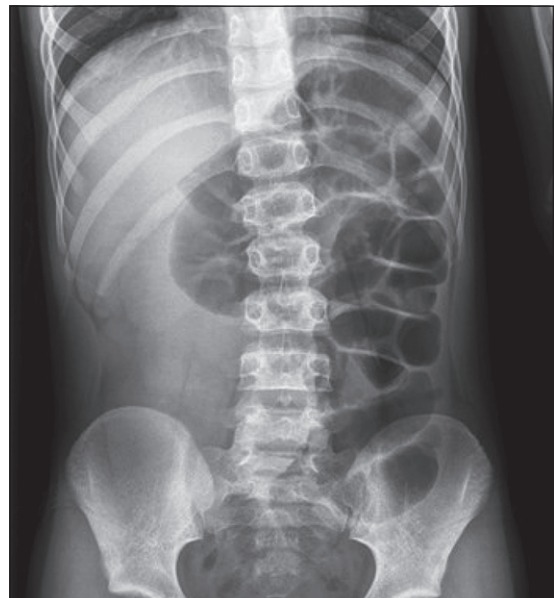


Figura 1. Radiografía AP de abdomen: Se visualiza un patrón de oclusión intestinal a nivel de íleon distal.

*Recibido el 30 de marzo de 2014 y aceptado para publicación el 29 de mayo de 2014.

Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses.

Correspondencia: Dra. María Elena Carazo P.
hellencarazo@gmail.com

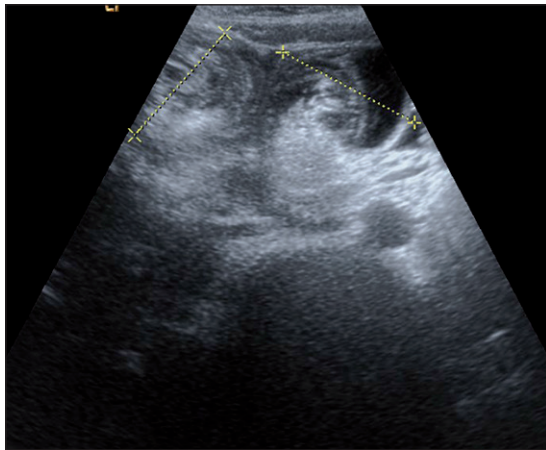


Figura 2. Imagen de ecografía abdominal: imagen de doble cabeza de invaginación intestinal en colon transverso. Edema de pared intestinal y líquido libre interasas.

El paciente evolucionó favorablemente, reanudando alimentación al quinto día y siendo dado de alta al séptimo día postoperatorio. En la actualidad, el paciente se mantiene asintomático realizando vida normal.

El DM es la malformación intestinal congénita más frecuente. Es un remanente del conducto onfalomesentérico y se describe en el 2% de la población siendo sintomático exclusivamente en el 4% de los afectados¹.

La invaginación intestinal es la causa más frecuente de obstrucción intestinal en pacientes entre 3 y 36 meses². El 75% de las mismas son idiopáticas, generalmente, en el contexto de una viriasis³. En pacientes menores a 3 meses y mayores a 5 años es preciso descartar otras patologías siendo el DM la más frecuente⁴.

Referencias

1. Sagar J, Kumar V, Shah DK. Meckel's diverticulum: a systematic review. *J R Soc Med.* 2006;99:501-5.
2. Prall RT, Bannon MP, Bharucha AE. Meckel's diverticulum causing intestinal obstruction. *Am J Gastroenterol.* 2001;96:3426-7.
3. Buettcher M, Baer G, Bonhoeffer J, Schaad UB, Heining U. Three-year surveillance of intussusception in children in Switzerland. *Pediatrics* 2007;120:473-80.
4. Navarro O, Daneman A. Intussusception Part 3: Diagnosis and management of those with an identifiable or predisposing cause and those that reduce spontaneously. *Pediatr Radiol.* 2004;34:305-12.

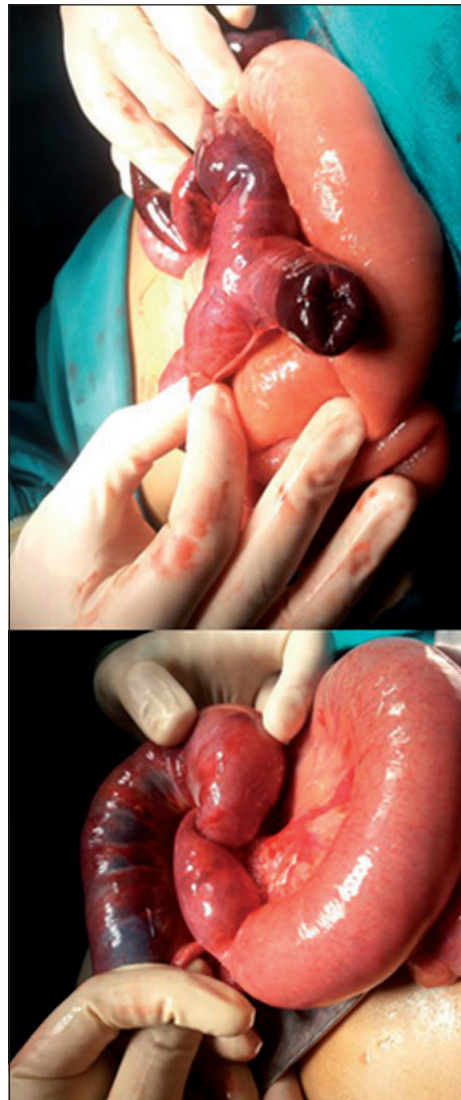


Figura 3. Hallazgos quirúrgicos. a) Invaginación ileoileal. b) Tras la reducción manual se visualiza el divertículo de Meckel.