

Intususcepción: una causa inesperada de dolor abdominal crónico. Caso clínico

Norman Guevara , Katuska Belandria , Karolina López , Libia Alonso , Rosalía Perazzo 

Autor de Correspondencia: Norman Guevara Correo Electrónico: enriq8@gmail.com

Afiliación

Resumen

Introducción: Se presenta un caso atípico de intususcepción intestinal como causa infrecuente de dolor abdominal crónico pediátrico, resaltando la necesidad de un enfoque diagnóstico exhaustivo para prevenir complicaciones y proporcionar el manejo terapéutico oportuno.

Caso clínico: Escolar masculino de 8 años, sin antecedentes patológicos relevantes, que consulta reiteradamente por episodios de dolor abdominal, brusco, en hipogastrio y mesogastrio de moderada intensidad, tipo cólico irradiado a fosa iliaca derecha, con periodos de acalmia, concomitantes vómitos, dificultad para evacuar y distensión abdominal, requiriendo lavados rectales y enemas en múltiples ocasiones, presentando cese de sintomatología eventualmente. Los estudios paraclínicos no fueron contribuyentes; sin embargo, la ecografía abdominal reveló imagen en “diana” con capas hiperecogénicas en fosa iliaca derecha y tomografía de abdomen evidenció Intususcepción intestinal ileo-ileal con escaso líquido adyacente. La videoendoscopia digestiva alta mostró: Gastritis asociada a *Helicobacter pylori* y la colonoscopia reporto: pólipos colónicos e hiperplasia nodular linfoide. La cirugía identificó invaginación ileo-ileal a 80 cm de válvula ileocecal, con dos lesiones mamelonadas una violácea y otra amarillenta acompañado de adenopatía mesentérica única. Biopsia: Divertículo de Meckel con mucosa heterotópica. **Conclusión:** la intususcepción de presentación crónica representa un reto diagnóstico, especialmente en presencia de Divertículo de Meckel dada su sintomatología inespecífica y curso subagudo. La baja sospecha clínica puede retrasar el diagnóstico, incrementando el riesgo de complicaciones y la necesidad de intervenciones de mayor complejidad. **Palabras clave:** Intususcepción divertículo-ileal, Divertículo de Meckel, dolor abdominal crónico, mucosa heterotópica gástrica.

Intussusception: An unexpected cause of chronic abdominal pain. Clinical case.

Abstract

Introduction: We present an atypical case of intestinal intussusception as a rare cause of chronic abdominal pain in children, highlighting the need for a comprehensive diagnostic approach to prevent complications and provide timely management. **Clinical case:** 8-year-old male student, with no relevant pathological history, who repeatedly consults for episodes of abdominal pain, sudden, moderately intense, crampy abdominal pain in the hypogastrium and midgastrum radiating to the right iliac fossa, with periods of apathy, vomiting, difficulty defecating and abdominal distension. He required multiple rectal lavage and enemas, eventually relieving symptoms. Paraclinical studies were uncontributory; however, abdominal ultrasound revealed a bull's-eye image with hyperechoic layers in the right iliac fossa, and abdominal CT revealed ileo-ileal intestinal intussusception with scant adjacent fluid. Upper gastrointestinal videoendoscopy revealed *Helicobacter pylori* associated gastritis, and colonoscopy revealed colonic polyps and nodular lymphoid hyperplasia. Surgery identified an ileoileal intussusception 80 cm from the ileocecal valve, with two mamelon-shaped lesions, one purplish and the other yellowish, accompanied by a single mesenteric adenopathy. Biopsy revealed Meckel's diverticulum with heterotopic mucosa. **Conclusion:** Chronic intussusception represents a diagnostic challenge, especially in the presence of Meckel's diverticulum, given its nonspecific symptoms and subacute course. Low clinical suspicion can delay diagnosis, increase risk of complications and need for more complex interventions.

Keywords: Diverticulum-ileal intussusception, Meckel's diverticulum, chronic abdominal pain, heterotopic gastric mucosa.

Introducción

El divertículo de Meckel (DM) es la anomalía más común del tracto gastrointestinal, con una prevalencia estimada del 2% en la población¹⁻². Se origina por el cierre incompleto del conducto onfalomesentérico, que es un divertículo verdadero en el borde antimesentérico del íleon.³ Aunque la mayoría de los pacientes son asintomáticos, pueden presentar inflamación, hemorragia, invaginación intestinal,

obstrucción intestinal y perforación, entre otros síntomas; esto constituye un diagnóstico diferencial importante en el abdomen agudo.⁴ La prevalencia de DM varía de 0.3% a 2.9% con una proporción hombre-mujer de 1.5:1 a 4:1.⁴⁻⁵ En la mayoría de los casos, la DM es clínicamente asintomático y solo se identifica incidentalmente mediante imágenes radiográficas, endoscopia o cirugía por otra razón.⁵

El DM generalmente presenta una arquitectura normal de la pared del intestino delgado, revestida por mucosa ileal. Sin embargo, se puede encontrar revestimiento mucoso

Cómo citar este artículo: Guevara N, Belandria K, López K, Alonso L, Perazzo R. Intususcepción: una causa inesperada de dolor abdominal crónico. Caso clínico. Rev Gen. 2026;80(2): 111-116. doi:10.61155/gen.v80i2.795

ectópico del estómago en el 24,2% al 71% de las DM sintomáticas, seguido de nódulos ectópicos de tejido pancreático en hasta el 12% y, en casos raros, de mucosa colónica y duodenal.⁶ La presencia de ectopia se asocia con la DM sintomática en general y con el sangrado intestinal en particular.⁷ La DM comprende más comúnmente obstrucción intestinal, hemorragia o diverticulitis.⁸ La obstrucción se refiere a casos de compromiso mecánico por invaginación con DM como punto principal, mientras que la hemorragia intestinal ocurre secundaria a úlceras en el tejido intestinal adyacente, por secreción ácida gástrica ectópica.⁴⁻⁸

La invaginación intestinal es una emergencia abdominal común en niños, especialmente en menores de dos años. Los síntomas y signos típicos incluyen dolor abdominal intermitente, una masa abdominal palpable en el cuadrante superior derecho y heces como jalea de grosella.⁹ La etiología en los mayores de dos años, se deben considerar divertículo de Meckel, pólipos, quistes de duplicación o un tumor.^{10,11} Se reporta un caso de presentación atípica de la intususcepción intestinal por Divertículo de Meckel como una causa inusual de dolor abdominal crónico.

Presentación del caso

Escolar masculino de 8 años, sin antecedentes patológicos relevantes, presentó en un periodo de 5 meses 4 episodios de dolor abdominal, brusco, en hipogastrio y mesogastrio de moderada intensidad, tipo cólico, irradiado a fosa iliaca derecha, con periodos de acalmia, concomitantes vómitos precedidos de náuseas, dificultad para evacuar y distensión abdominal, acude en reiteradamente a consulta por lo que amerita intervenciones como lavados rectales y enemas, presentando cese de sintomatología eventualmente.

Los estudios paraclínicos no fueron contribuyentes; sin embargo, la ecografía abdominal reveló imagen en “diana” con capas hiperecogénicas en fosa iliaca derecha y tomografía de abdomen evidenció Intususcepción intestinal ileo-ileal con escaso líquido adyacente (**Figura 1 y 2**).

Figura 1. Ecografía abdominal

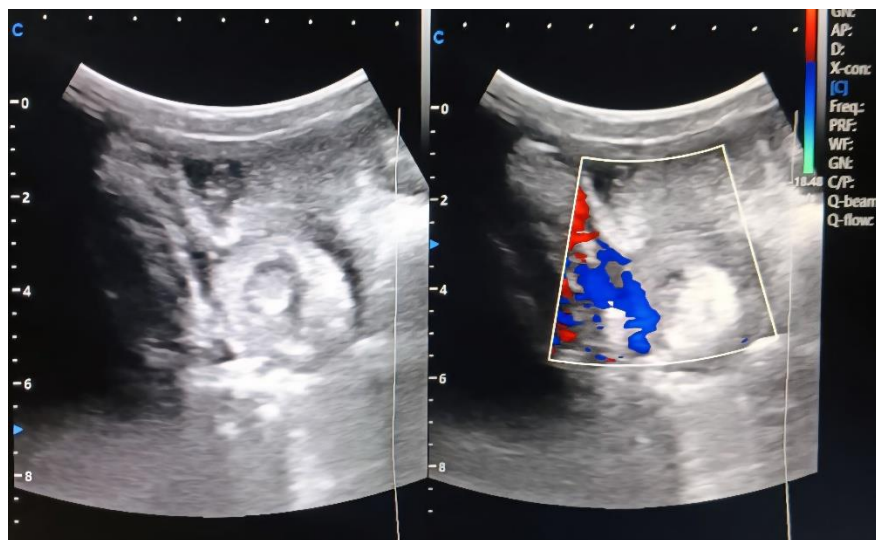
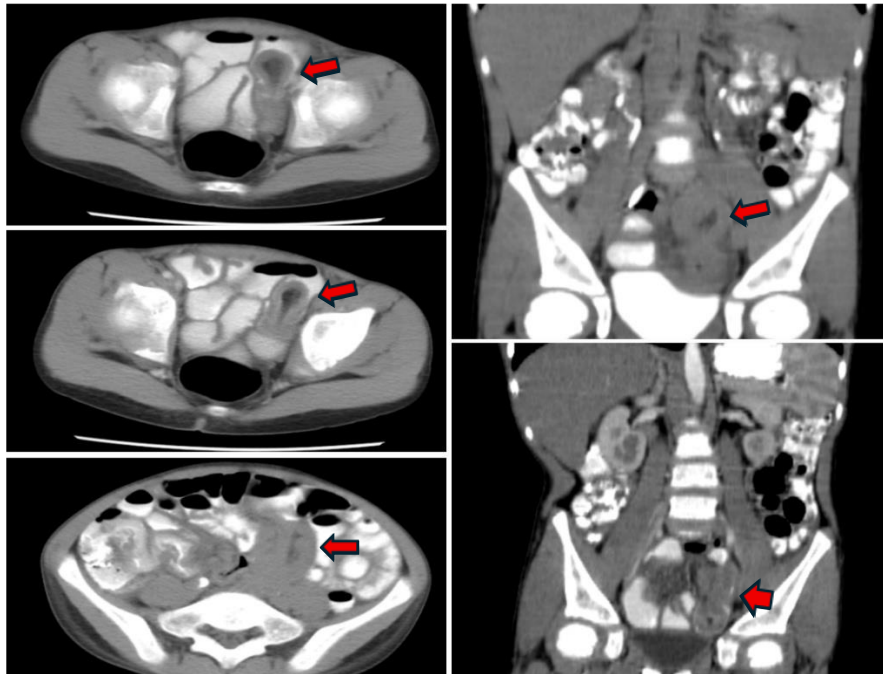


Figura 2. Tomografía abdominal contrastada corte simples y coroneles



La Videoendoscopia digestiva alta: gastropatía nodular moderada. Biopsia de mucosa gástrica reportó: Gastritis crónica moderada activa por *Helicobacter pylori*.

Colonoscopia: pólipos colónicos descendente e hiperplasia nodular linfoide (**Figura 3 y 4**).

Figura 3. Hallazgos videoendoscopia digestiva alta

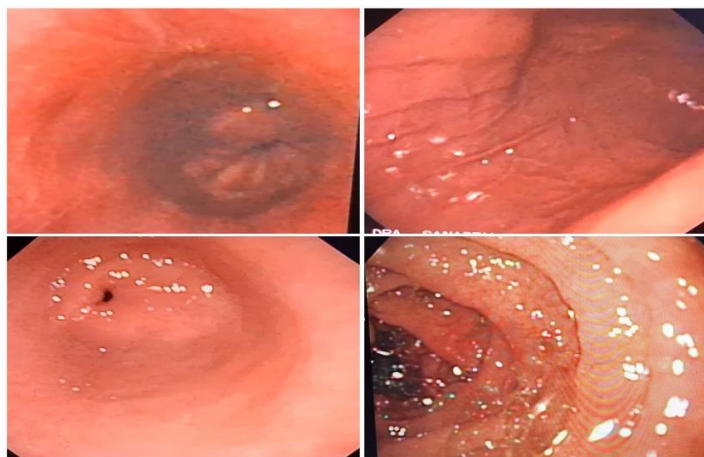
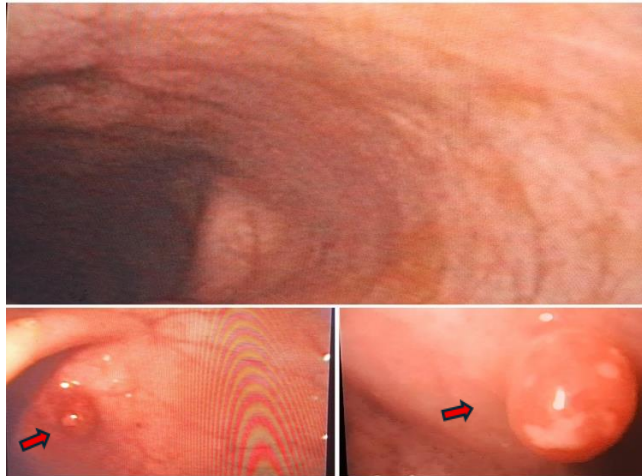
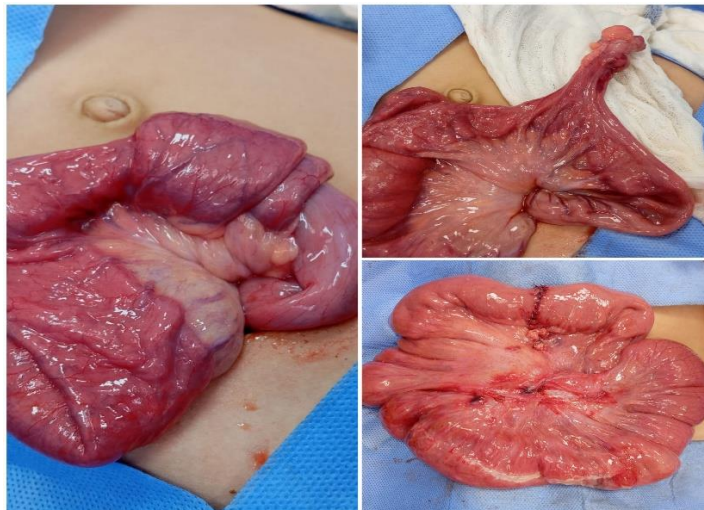


Figura 4. Hallazgos videocolonoscopia

Se observan pólipos (colónicos) descendente e hiperplasia nodular linfoide.

Presenta episodio nocturno de dolor abdominal y vómitos en 3 oportunidades y realizan intervención Quirúrgica: con resección asistida por laparoscopia del intestino delgado afectado; reportando invaginación íleo-ileal a 80 cm de

válvula ileocecal, con dos lesiones de aspecto mamelonadas una violácea y otra amarillenta acompañado de adenopatía mesentérica única. Biopsia: concluye Divertículo de Meckel con mucosa heterotópica (**Figura 5**).

Figura 5. Hallazgos intraoperatorios

Se observan signos de isquemia (IS) y edema en la invaginación intestinal íleo-ileal causada por el divertículo de Meckel.

Discusión

La invaginación puede clasificarse según la presencia o ausencia de un punto de guía. Las formas sin punto de guía suelen ser transitorios y autolimitadas, generalmente asintomáticas o de hallazgo incidental y rara vez presentan obstrucción intestinal. Por el contrario, cuando existe un punto de guía, la invaginación tiende a ser persistente o recurrente y se asocia con obstrucción intestinal, siendo causada por lesiones orgánicas como: divertículo de Meckel, linfomas, pólipos, duplicaciones y tumores de la pared intestinal, entre otros.¹² En estos casos, como el aquí presentado, los pacientes experimentan episodios recurrentes de invaginación intestinal, debido a la presencia de una lesión patológica subyacente como lo es el DM.

El DM, es la anomalía gastrointestinal congénita más común; tiene una prevalencia de aproximadamente el 2% de la población mundial, con predominio del sexo masculino.¹³ Una revisión sistemática en Alemania de Fiegel H. et al.¹¹ ha revelado que la prevalencia de los DM varía entre el 0.3% y el 2.9% en la población general, según lo determinado por ocho estudios. Más de la mitad de los casos ocurren antes de los cuatro años; Sin embargo, la edad clásica de presentación de una DM sintomática es de 2,5 años, con mayor probabilidad de presentar complicaciones graves 4-25% como sangrado, obstrucción intestinal y perforación.¹² Según Huang et al. en su estudio informó que el 17% de los divertículos de Meckel se presentaron como invaginación intestinal y la hematoquecia fue la clínica más frecuente.¹¹ Si embargo en este caso la presentación clínica fue de dolor abdominal y vómitos como se refiere la literatura en pacientes adultos.

Fiegel H. et al, en su estudio hace referencia que el diagnóstico del divertículo de Meckel es muy difícil para las modalidades de imagen comunes, como la radiografía simple, los estudios con bario y las tomografías computarizadas, que rara vez ilustran un hallazgo.¹¹⁻¹⁴ A su vez Kuru S. et al. comenta en su investigación que la ecografía, no suficientemente específica, puede revelar el signo de la "diana", un divertículo tubular edematizado con líquido en una región alejada del ciego, invaginación, engrosamiento segmentario de las paredes intestinales. En divertículo de Meckel sangrante se realiza mediante la gammagrafía con tecnecio-99m.¹⁴

En el presente caso, el paciente contó con estudios realizados donde en ecografía abdominal se evidencia imagen Diana en 1 oportunidad con la presencia de dolor abdominal. Al igual que en tomografía abdominal reporta la intuspección ileo-ileal. En vista de que paciente presentaba clínica dolor abdominal crónico concomitante episodios de vómitos, al persistir se le realiza videoendoscopia alta con hallazgos de gastritis crónica con actividad por *Helicobacter Pylori*, como hallazgo incidental y Colonoscopia que reporto pólipos colónicos. Pero no relacionado con estudios de

imagen y llama la atención clínica atípica sin sangrado que predomina en edad adulta.

La laparoscopia es la mejor herramienta de diagnóstico para el diagnóstico definitivo, especialmente en casos dudosos y la laparotomía quirúrgica o la asistencia laparoscópica con resección es un tratamiento definitivo.¹¹⁻¹⁴ Posteriormente el paciente presenta persistencia de cuadro clínico y dificultad para evacuar acudió en múltiples oportunidades a centro médico e indicaban irrigaciones rectales y aplicaciones de enemas por lo que impresiona haber generado desinvaginación eventual. Un su último episodio se decide realizar intervención quirúrgica lo que permite concluir diagnóstico de intuspección intestinal por divertículo de Meckel.

La mucosa gástrica heterotópica se origina a partir de la transposición o migración invasiva de tejido gástrico, mutación y displasia de la mucosa intestinal.¹⁵ Zorn J. et al,¹⁶ refiere en su investigación que hasta ahora ha habido informes esporádicos de invaginación intestinal causada por el divertículo de Meckel invertido con mucosa gástrica tópica. Tal como se presenta en el presente caso en el reporte histopatológico se evidencia la presencia de mucosa gástrica heterotópica en el divertículo de Meckel del paciente. Sin embargo, la mucosa gástrica heterotópica en el divertículo de Meckel está asociado con frecuencia con úlceras intestinales y la presentación clínica de hematoquecia indolora; que hace este caso inusual por sintomatología atípica.

El siguiente caso concluye, que el dolor abdominal secundario a la intususcepción intestinal con Divertículo de Meckel. Representa un reto diagnóstico en la edad escolar, dada su presentación clínica inespecífica y la posibilidad de episodios recurrentes. El alto índice de sospecha clínica y el uso adecuado de herramientas diagnósticas son fundamentales para evitar complicaciones y orientar un manejo oportuno y efectivo. La identificación precoz del punto de guía con el Divertículo de Meckel permite instaurar el tratamiento definitivo y mejorar el pronóstico del paciente.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Fuente de financiamiento

Esta investigación no contó con apoyo financiero de ninguna entidad pública, comercial o sin fines de lucro.

Este es un artículo de acceso abierto.

Fecha de recepción: 27/11/2025
Fecha de revisión: 09/01/2026
Fecha de aprobación: 12/02/2026

Referencias

1. Sagar J, Kumar V, Shah DK. Meckel's diverticulum: a systematic review. *J R Soc Med.* 2006;99(10):501-505. doi:10.1258/jrsm.99.10.501. Erratum in: *J R Soc Med.* 2007;100(2):69.
2. Elsayes KM, Menias CO, Harvin HJ, Francis IR. Imaging manifestations of Meckel's diverticulum. *AJR Am J Roentgenol.* 2007;189(1):81-88. doi:10.2214/AJR.06.1257.
3. Schaedlich DS, Borges PCM, Lacombe A, Moron RA. Intestinal intussusception of Meckel's diverticulum: a case report and literature review of the last five years. *Einstein (Sao Paulo).* 2023 Feb 10;21:eRC0173. doi:10.31744/einstein_journal/2023RC0173.
4. Hansen CC, Søreide K. Systematic review of epidemiology, presentation, and management of Meckel's diverticulum in the 21st century. *Medicine (Baltimore).* 2018;97:e12154. doi:10.1097/MD.00000000000012154.
5. Menezes M, Tareen F, Saeed A, Khan N, Puri P. Symptomatic Meckel's diverticulum in children: a 16-year review. *Pediatr Surg Int.* 2008;24:575-577.
6. Nissen M, Sander V, Rogge P, Alrefai M, Tröbs RB. Meckel's diverticulum in children: a monocentric experience and mini-review of literature. *Children (Basel).* 2022;9(1):35. doi:10.3390/children9010035.
7. Chen Q, Gao Z, Zhang L, Zhang Y, Pan T, Cai D, et al. Multifaceted behavior of Meckel's diverticulum in children. *J Pediatr Surg.* 2018;53:676-681.
8. Parvanescu A, Bruzzi M, Voron T, Tilly C, Zinzindohoué F, Chevallier JM, et al. Divertículo de Meckel complicado. *Medicine (Baltimore).* 2018;97:e12457. doi:10.1097/MD.00000000000012457.
9. Wang TY, Su YT, Ko PJ, Chen YL, Shih HH, Tsai CC. Chronic nocturnal abdominal pain as the presentation of inverted Meckel diverticulum: a case report. *Children (Basel).* 2022;9(1):69. doi:10.3390/children9010069.
10. Loukas M, Pellerin M, Kimball Z, de la Garza-Jordan J, Tubbs RS, Jordan R. Intussusception: an anatomical perspective with review of the literature. *Clin Anat.* 2011;24:552-561.
11. Fiegel H, Gfroerer S, Rolle U. Systematic review shows that pathological lead points are important and frequent in intussusception and are not limited to infants. *Acta Paediatr.* 2016 Nov;105(11):1275-1279. doi:10.1111/apa.13567.
12. Hutchinson S, Awadalla A, Pereira N. Recurrent intussusception in the setting of Meckel's diverticulum in an infant. *Cureus.* 2023 Jun 12;15(6):e40325. doi:10.7759/cureus.40325.
13. Craine S, Agarwal S, Al-Hamid Z. Intussusception of Meckel's diverticulum: a case report. *Cureus.* 2024;16(12):e76513. doi:10.7759/cureus.76513.
14. Kuru S, Kismet K. Meckel's diverticulum: clinical features, diagnosis and management. *Rev Esp Enferm Dig.* 2018 Nov;110(11):726-732. doi:10.17235/reed.2018.562 8/2018
15. Yamauchi N, Ito T, Matsuoka H, Chohnno T, Hasegawa H, Kakeji Y, et al. Intussusception caused by a small intestinal lipoma with ectopic gastric mucosa containing gastric cystica profunda component cells within the inverted Meckel's diverticulum: a case report. *Surg Case Rep.* 2020;6(1):286. doi:10.1186/s40792-020-01061-y
16. Zorn J, Zhang S, Brandt J, Keckeisen G. Small bowel obstruction precipitated by intussusception of Meckel's diverticulum. *SAGE Open Med Case Rep.* 2022;10:2050313X211072663. doi:10.1177/2050313X211072663