

INVAGINACIÓN INTESTINAL EN NIÑOS: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

AUTORES :MICHELLE JULIETA MÁRQUEZ MIRANDA
 ESCUELA DE MEDICINA, DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD.
 UNIVERSIDAD ANÁHUAC QUERÉTARO.

RESUMEN

La invaginación intestinal es una causa frecuente de obstrucción intestinal en la población pediátrica, especialmente en lactantes y niños menores de dos años. Se produce cuando un segmento del intestino se introduce dentro de otro adyacente, lo que puede generar compromiso vascular, edema, isquemia y, en casos avanzados, perforación intestinal. Clínicamente se caracteriza por dolor abdominal paroxístico, vómito y, en algunos casos, hematoquecia (evacuaciones en jalea de grosella). El diagnóstico oportuno es fundamental para evitar complicaciones graves y se basa principalmente en estudios de imagen, siendo el ultrasonido el método de elección. El tratamiento de primera línea suele ser la reducción no quirúrgica mediante enema hidrostático o neumático guiado por imagen, con altas tasas de éxito. El objetivo de esta revisión es describir los aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos de la invaginación intestinal en niños, destacando la importancia del diagnóstico y tratamiento tempranos. uniones estrechas.

Palabras clave: invaginación intestinal; obstrucción intestinal; pediatría; ultrasonido; enema terapéutico.

ABSTRACT

Intussusception is a common cause of intestinal obstruction in the pediatric population, particularly in infants and children under two years of age. It occurs when a segment of the intestine telescopes into an adjacent segment, potentially leading to vascular compromise, edema, ischemia, and, in advanced cases, intestinal perforation. Clinically, it is characterized by paroxysmal abdominal pain, vomiting, and occasionally hematochezia. Early diagnosis is essential to prevent severe complications and is primarily based on imaging studies, with ultrasound being the diagnostic modality of choice. First-line treatment usually consists of non-surgical reduction using hydrostatic or pneumatic enema under imaging guidance, with high success rates. This review aims to describe the epidemiological, pathophysiological, clinical, diagnostic, and therapeutic aspects of pediatric intussusception, emphasizing the importance of timely diagnosis and early treatment.

Keywords: intussusception; intestinal obstruction; pediatrics; ultrasound; therapeutic enema.

INTRODUCCION

La invaginación intestinal ocurre cuando una porción del tubo digestivo se introduce dentro de un segmento adyacente. Representa la causa más frecuente de obstrucción intestinal en niños entre los tres meses y los tres años de edad y constituye la urgencia abdominal más común en menores de dos años. Es poco frecuente en el periodo neonatal. Aproximadamente el 90 % de los casos son idiopáticos y solo entre el 2 % y el 8 % presentan una causa identificable. Sus complicaciones pueden ser graves e incluyen isquemia intestinal, perforación, peritonitis y choque.

Epidemiología

La invaginación intestinal ocurre principalmente en lactantes y preescolares, con un pico de incidencia entre los cuatro y los treinta y seis meses de edad. Existe un predominio en el sexo masculino, con una relación hombre-mujer aproximada de 3:1. Cerca del 60 % de los casos se presentan en menores de un año y hasta el 80 % antes de los veinticuatro meses. No obstante, alrededor del 10 % de los casos se presentan en niños mayores de cinco años, en quienes debe sospecharse una causa subyacente. A mayor edad, aumenta la probabilidad de identificar un punto guía, como divertículo de Meckel, pólipos, linfoma u otras lesiones estructurales.

Fisiopatología

La mayoría de las invaginaciones se localizan en la región ileocólica, seguidas de las cecocólicas y, con menor frecuencia, las exclusivamente ileales. El mecanismo consiste en la introducción de un segmento intestinal proximal dentro de uno distal, arrastrando el mesenterio.

Esto genera congestión venosa y linfática, edema progresivo y compromiso del flujo arterial, lo que puede evolucionar a isquemia, necrosis y sangrado intestinal. La asociación con infecciones virales y con hiperplasia linfoide se ha descrito como posible factor predisponente.

Manifestaciones clínicas

La presentación clínica típica incluye dolor abdominal de inicio súbito, intermitente y paroxístico, acompañado de llanto inconsolable, palidez y flexión de las extremidades inferiores como respuesta antiálgica. Inicialmente, el niño puede encontrarse asintomático entre los episodios de dolor; sin embargo, conforme progresa el cuadro, los intervalos se acortan y el dolor se intensifica. El vómito suele aparecer de manera temprana y puede volverse biliar. En etapas avanzadas, el paciente puede presentar letargo, signos de choque y datos de irritación peritoneal. Menos del 30 % presenta la tríada clásica de dolor abdominal, masa palpable en forma de salchicha y evacuaciones sanguinolentas.

Diagnóstico

Tras la anamnesis y exploración física, la radiografía simple de abdomen permite descartar perforación intestinal. El ultrasonido es el método diagnóstico de elección, con sensibilidad y especificidad cercanas al 100 %. Los hallazgos característicos incluyen el signo de la diana en corte transversal y el signo del pseudoriñón o sándwich en corte longitudinal. La tomografía computarizada se reserva para casos seleccionados, principalmente cuando se sospecha una causa subyacente o el diagnóstico no es claro con otros métodos.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial incluye gastroenteritis, apendicitis, divertículo de Meckel, vólvulo intestinal, colitis infecciosa, torsión ovárica, sepsis y trastornos metabólicos, dependiendo de la forma de presentación clínica.

Tratamiento

El tratamiento debe iniciarse de manera inmediata tras confirmar el diagnóstico. En pacientes hemodinámicamente estables y sin datos de perforación, el tratamiento de primera línea es la reducción no quirúrgica mediante enema hidrostático o neumático guiado por imagen, con tasas de éxito cercanas al 85 %. Las complicaciones son poco frecuentes, aunque la perforación intestinal puede presentarse en un pequeño porcentaje. El tratamiento quirúrgico se reserva para casos complicados, falla del tratamiento conservador o recurrencias múltiples.

Pronóstico

El pronóstico depende en gran medida del tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el tratamiento. La recurrencia ocurre aproximadamente en el 10 % de los pacientes, principalmente en las primeras 48 horas. Las recurrencias aisladas suelen manejarse nuevamente con reducción por enema, mientras que los casos recurrentes requieren una evaluación exhaustiva de causas subyacentes.

CONCLUSIONES

La invaginación intestinal es una urgencia pediátrica frecuente con potencial de complicaciones graves si no se diagnostica y trata de manera oportuna. El reconocimiento temprano de los signos clínicos y el uso adecuado de métodos de imagen, particularmente el ultrasonido, permiten un manejo eficaz y reducen la necesidad de intervención quirúrgica. El tratamiento temprano mejora significativamente el pronóstico y disminuye la morbimortalidad en la población pediátrica.

REFERENCIAS

1. Kliegman RM, St Geme JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC. Nelson Tratado de Pediatría. 21a ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.
2. Salazar J. Intussusception in children. In: UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2024 [cited 2026 Feb 21]. Available from: <https://www.uptodate.com>
3. Jain S, Haydel MJ. Child Intussusception. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cited 2026 Feb 21]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/>
4. Li Y, Zhou Q, Liu C, et al. Epidemiology, clinical characteristics, and treatment of children with acute intussusception. BMC Pediatr. 2023;23(1):1-9.
5. Vergara-Macías CR, Zambrano-Mendoza JJ. Invaginación intestinal: aspectos clínicos en pacientes pediátricos. Dominio Cienc. 2020;6(2):240-256.
6. Alonso-Allende TMC, et al. Hydrostatic enema outcome in patients with long history of ileocolic intussusception. Rev Esp Enferm Dig. 2019;32(4):190-194.
7. Álvarez Fernández DMC, et al. Reducción hidrostática guiada por ecografía en la invaginación ileocólica pediátrica. Seram. 2022;1(1).