

# A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO: DIVERTICULO DE MECKEL EN PACIENTE PEDIÁTRICO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN FRANCISCO XAVIER, SUCRE -BOLIVIA 2024

About A Clinical Case: Meckel's Diverticulum in a Pediatric Patient San Francisco Xavier University Hospital, Sucre -Bolivia 2025

## Autores:

- Morales Nayra Mónica Ximena
- Miranda Laime Haydee
- Médico Especialista Pediatra de planta Hospital Universitario San Francisco Xavier  
Correo Electrónico: [nayramorales.bo@gmail.com](mailto:nayramorales.bo@gmail.com)
- Médico Especialista Pediatra.  
Correo electrónico: [mirandahaydee1@gmail.com](mailto:mirandahaydee1@gmail.com)

## RESUMEN:

### PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO:

Niño de 9 años con dolor abdominal, fiebre y deposiciones sanguinolentas, asociados a anemia severa (Hb 7.1 g/dl). Los estudios imagenológicos (tomografía) revelaron un divertículo de Meckel complicado, confirmado durante cirugía laparoscópica. El tratamiento incluyó resección del divertículo, transfusión de hemoderivados y manejo antibiótico, con evolución favorable.

### DISCUSIÓN TEÓRICA:

- Epidemiología: Malformación congénita en 2-3% de la población, más frecuente en varones.
- Complicaciones: Hemorragia (30-56%), obstrucción intestinal (14-42%), diverticulitis (6-14%).
- Diagnóstico: Gammagrafía con Tecnecio-99m (gold standard para sangrado), TC en obstrucción, laparoscopia en abdomen agudo.
- Tratamiento: Resección quirúrgica

(preferiblemente laparoscópica) en casos sintomáticos; manejo conservador controlado en asintomáticos.

**CONCLUSIÓN:** El DM es una entidad subestimada pero potencialmente grave en pediatría. Su diagnóstico requiere alto índice de sospecha y uso de imágenes avanzadas. El tratamiento quirúrgico temprano —especialmente en complicaciones hemorrágicas— es curativo y reduce morbilidad. Este caso destaca la importancia de un enfoque integral (clínico, imagenológico y quirúrgico) para optimizar resultados.

**PALABRAS CLAVE:** Divertículo de Meckel, hemorragia digestiva, pediatría, laparoscopia, diagnóstico por imagen.

## ABSTRACT:

### CLINICAL CASE PRESENTATION:

A 9-year-old boy presented with abdominal pain, fever, and bloody stools associated with severe anemia (Hb 7.1 g/dL). Imaging studies (CT) revealed a complicated Meckel's diverticulum, confirmed during laparoscopic surgery. Treatment included resection of the diverticulum, blood product transfusion, and antibiotic management, with favorable outcomes.

### THEORETICAL DISCUSSION:

- Epidemiology: Congenital malformation in 2-3% of the population, more common in males.
- Complications: Hemorrhage (30-56%), intestinal obstruction (14-42%), diverticulitis (6-14%).
- Diagnosis: Technetium-99m scintigraphy (gold standard for bleeding), CT in obstruction, laparoscopy in acute abdomen.
- Treatment: Surgical resection (preferably laparoscopic) in symptomatic cases; Controversial conservative management in asymptomatic patients.

**CONCLUSION:** DM is an underestimated but potentially serious condition in pediatrics. Its diagnosis requires a high level of suspicion and the use of advanced imaging. Early surgical treatment—especially for hemorrhagic complications—is curative and reduces morbidity. This case highlights the importance of a comprehensive approach (clinical, imaging, and surgical) to optimize outcomes.

**KEYWORDS:** Meckel's diverticulum, gastrointestinal bleeding, pediatrics, laparoscopy, diagnostic imaging.

Recepción 20 de enero 2024  
Aceptación 10 de marzo 2025

## PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

El paciente, M.A.L.M., es un niño de 9 años y 7 meses, originario de Sucre, que acude al servicio de pediatría del Hospital Universitario San Francisco Xavier de Sucre en fecha 31 de octubre del 2024 tras un cuadro clínico complejo. Sus antecedentes perinatales revelan un nacimiento por cesárea programada a las 37 semanas de gestación, con un peso de 2900 gramos y un puntaje de Apgar de 8/9, indicando un parto sin complicaciones inmediatas. Durante su infancia, presentó infecciones respiratorias agudas (IRAs) y enfermedades diarreicas agudas (EDAs) comunes, sin otros antecedentes patológicos relevantes.

### Motivo de Consulta y Enfermedad Actual

El cuadro comenzó dos días antes de su ingreso, caracterizado por cefalea intensa y fiebre alta (38-39°C), que sus padres intentaron manejar con automedicación (metamizol y paracetamol), sin éxito. Al persistir los síntomas, consultaron a un pediatra privado, quien identificó dolor abdominal y deposiciones líquidas con sangre en abundancia. El niño recibió tratamiento con penicilina y dexametasona intramuscular, pero no mostró mejoría. Un segundo pediatra le prescribió domperidona, ibuprofeno y probióticos, además de solicitar análisis de laboratorio.

La noche previa a su ingreso, el paciente experimentó un episodio de pérdida de conciencia de 10 segundos, lo que motivó su derivación urgente al hospital. Los resultados iniciales de laboratorio mostraron:

- Anemia: Hematocrito (Hto) 32%, hemoglobina (Hb) 10.2 g/dl.
- Leucocitosis: GB 9,630 mm<sup>3</sup> con neutrofilia (86%).
- PCR elevada: 12.8 mg/dl (indicador de inflamación/infección).
- Moco fecal: Leucocitos en "campo lleno", sugiriendo infección o inflamación intestinal

### Examen Físico y Hallazgos.-

Al ingreso, el paciente se encontraba en estado general regular, con facies descompuesta, mucosas

pálidas y secas, y llenado capilar prolongado (>2 segundos), signos de deshidratación y posible shock hipovolémico.

### Presentaba:

- Signos vitales: TA 90/50 mmHg, FC 125 lpm, FR 24 rpm, SO<sub>2</sub> 93%.
- Abdomen: Plano, blando, con ruidos hidroaéreos hiperactivos, pero no doloroso a la palpación.

### Diagnósticos Presuntivos.-

- Disentería: Por las deposiciones sanguinolentas y leucocitos en heces.
- Invaginación intestinal: Por el dolor abdominal y sangrado, aunque la ecografía inicial fue normal.

### Estudios Complementarios.-

Laboratorios posteriores: Revelaron anemia severa (Hto 22%, Hb 7.1 g/dl) y elevación de dímero D (0.29 mg) y procalcitonina (0.67 mg/ml), sugiriendo infección y posible isquemia.

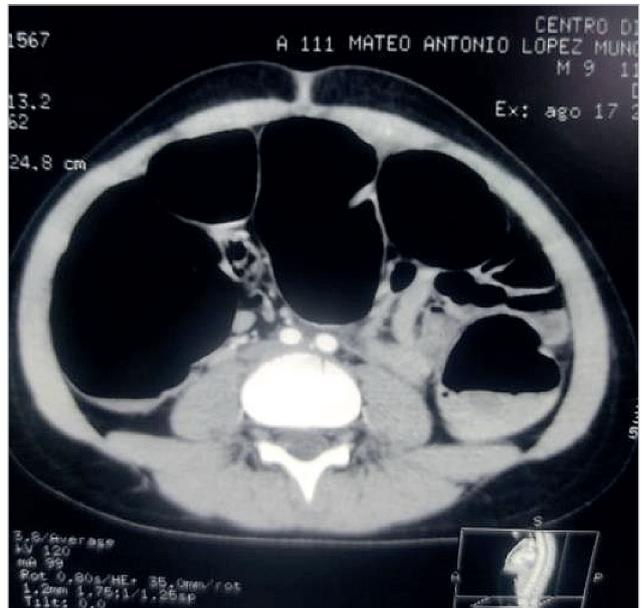
### Imágenes:



**Imagen N° 1:** Ecografía Abdominal: se muestra parámetros de asas intestinales distendidas



**Imagen N° 2:** Radiografía de abdomen: Mala distribución de aire e “imagen en pila de monedas”, típica de sangrado intestinal.

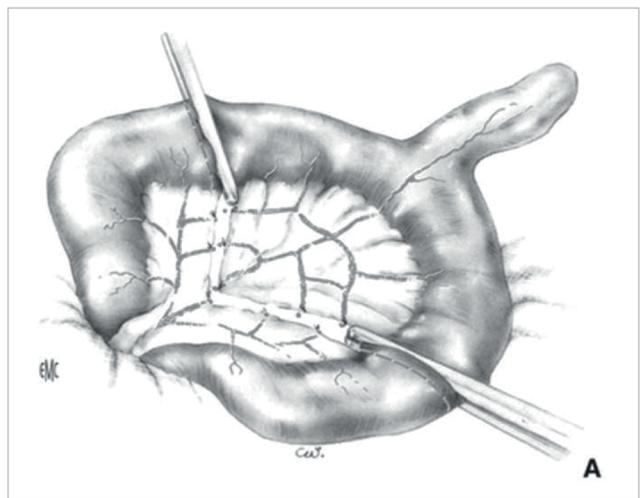


### Confirmación Diagnóstica y Tratamiento.-

El diagnóstico definitivo fue divertículo de Meckel complicado con hemorragia digestiva y anemia severa. En el segundo día de hospitalización, el paciente fue llevado a cirugía exploratoria por laparoscopia, donde se identificó y resecó el divertículo, realizándose una enteroanastomosis.



**Imagen N° 3:** Tomografía abdominal: Mostró una estructura diverticular con realce periférico, compatible con divertículo de Meckel.



### Evolución Postoperatoria:

- Recibió transfusiones de plaquetas y glóbulos rojos por las deposiciones hemorrágicas recurrentes.
- Presentó un pico febril (38.9°C) postoperatorio, manejado con antibióticos.

- Permaneció NPO (sin vía oral) hasta el quinto día, con posterior tolerancia oral adecuada.
- La mejoría fue notable: sin sangrado, fiebre o inestabilidad hemodinámica. Fue dado de alta al octavo día.

**Reflexiones Clínicas** Este caso destaca:

- Complejidad del diagnóstico: El divertículo de Meckel puede simular otras patologías (ej. invaginación). La tomografía fue clave.
- Importancia de la intervención quirúrgica temprana: Evitó complicaciones como perforación o shock séptico.
- Manejo multidisciplinario: Combinó pediatría, cirugía y hematología (por la anemia).

## DISCUSION TEORICA

### Introducción.-

El divertículo de Meckel (DM) es la malformación congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, presente en aproximadamente 2-3% de la población general (1) (5). Se origina por la persistencia del conducto onfalomesentérico, que normalmente involuciona entre la 5ª y 9ª semana de gestación (1) (2). Aunque la mayoría de los casos son asintomáticos (95%), las complicaciones suelen manifestarse en niños menores de 2 años, siendo la hemorragia digestiva la presentación más común. (2) (6)

Este documento compila la epidemiología, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento del DM en pediatría, basado en la literatura médica actual.

### Epidemiología y Fisiopatología

#### Incidencia y Características Anatómicas

- Prevalencia: 2-3% en la población, con mayor incidencia en varones (2:1) (1) (6).
- Localización: Suele ubicarse en el borde antimesentérico del ileon, a 60 cm de la válvula ileocecal, con un tamaño promedio de 2-5 cm (1) (5).
- Tejido ectópico: 50-80% de los DM contienen mucosa heterotópica, principalmente gástrica (60-85%) o pancreática (5-16%), lo que explica su potencial ulcerogénico (1) (2).

### Complicaciones en Pediatría:

- El DM puede complicarse en 4-5% de los casos, con manifestaciones que varían según la edad (6):
- Hemorragia digestiva (30-56%): Principalmente en niños <2 años, debido a ulceraciones por mucosa gástrica ectópica (2).
- Obstrucción intestinal (14-42%): Causada por invaginación, bridas fibrosas o hernia de Littré (2) (5).
- Diverticulitis (6-14%): Simula apendicitis aguda, con riesgo de perforación (2) (5).
- Otras complicaciones: Incluyen perforación, neoplasias (0.5-4.9%) y fístulas (6).

### Diagnóstico.-

El diagnóstico del DM es un desafío clínico debido a su presentación inespecífica. Las herramientas diagnósticas incluyen:

#### Estudios de Imagen

- Gammagrafía con Tecnecio-99m (Scintigrafía):
  - Método de elección en niños con hemorragia digestiva, ya que detecta mucosa gástrica ectópica (sensibilidad: 75-90%) (1) (2).
  - Limitaciones: Puede dar falsos negativos si no hay tejido gástrico (2).
- Tomografía Computarizada (TC) o Angio-TC:
  - Útil en casos de obstrucción o diverticulitis, mostrando engrosamiento de la pared o signos de inflamación (2) (2).
- Ecografía Abdominal:
  - Puede identificar invaginación intestinal o masas asociadas al DM, pero su sensibilidad es baja (2).
- Cápsula Endoscópica:
  - Alternativa en sangrado oculto, mostrando imágenes de “doble lumen” o úlceras adyacentes (4).

## Hallazgos de Laboratorio

- Anemia ferropénica: En casos de sangrado crónico.
- Leucocitosis: Si hay diverticulitis o perforación.

## Diagnóstico Intraoperatorio

- En casos de abdomen agudo, el DM suele diagnosticarse durante laparoscopia o laparotomía exploratoria (2) (2).

## Tratamiento

El manejo del DM depende de su presentación clínica:

### Tratamiento Quirúrgico

#### Indicaciones:

- DM sintomático (hemorragia, obstrucción, diverticulitis).
- Hallazgo incidental en cirugía, especialmente si contiene tejido ectópico o mide >2 cm (3) (5).

#### Técnicas Quirúrgicas:

- Resección segmentaria con anastomosis: Método preferido, ya que elimina el tejido ectópico y reduce el riesgo de recurrencia (3) (2).
- Diverticulectomía simple: En casos seleccionados sin tejido ectópico (3). o Laparoscopia: Cada vez más utilizada por su menor morbilidad (2).

### Manejo Conservador

- DM asintomático: En algunos casos puede no requerir cirugía, pero existe debate sobre el riesgo de complicaciones futuras (4.2% a lo largo de la vida)

## CONCLUSIONES

El caso clínico presentado ilustra la complejidad diagnóstica y terapéutica del divertículo de Meckel (DM) en pediatría. A pesar de su baja incidencia de complicaciones (4-5%), cuando estas ocurren —como en este paciente con hemorragia digestiva masiva y anemia severa— requieren un manejo urgente y multidisciplinario.

## Diagnóstico:

- La tomografía abdominal fue clave para identificar el DM, respaldada por hallazgos de laboratorio (anemia, leucocitosis) y clínicos (deposiciones sanguinolentas). o La gammagrafía con Tecnecio-99m, aunque no se realizó en este caso, sigue siendo el estándar para detectar mucosa gástrica ectópica en niños con sangrado.

## Tratamiento:

- La resección laparoscópica con enteroanastomosis demostró ser efectiva, resolviendo la hemorragia y previniendo recurrencias.
- El soporte transfusional y el manejo de la anemia fueron esenciales para la estabilización prequirúrgica.

## Reflexión final:

- Este caso refuerza la necesidad de incluir el DM en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal y sangrado digestivo en niños, incluso sin antecedentes previos.
- La intervención quirúrgica temprana evita complicaciones graves como perforación o shock hipovolémico.

## BIBLIOGRAFIA

1. Ruíz-Celorio M, La Tijera F HD, Pérez-Torres E. El divertículo de Meckel [Internet]. Revista Médica del Hospital General de México. 2014 [citado 5 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-revistamedica-del-hospital-general-325-articulo-eldiverticulo-meckel-X0185106314366094>
2. Urrutia Soto Hugo, Donoso Carrasco Carolina, Carvajal Flores Oscar. Divertículo de Meckel sintomático en pediatría. Andes pediatr. 2021 Feb [citado 2025 Mayo 05]; 92( 1 ): 104-109.
3. Piñero A, Castellanos G, Rodríguez JM, Parrilla P, Martínez E, Canteras M. Complicaciones, diagnóstico y tratamiento del divertículo de Meckel. Cirugía Española [Internet]. 1 de enero de 2001;70(6):286-90. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugiaespanola-36-articulo-complicacionesdiagnostico-tratamiento-del-diverticulo-S0009739X0171901X>

4. Latorre G, Gomez J, Arnold J. Diagnóstico de divertículo de Meckel mediante cápsula endoscópica – Gastroenterología
5. Latinoamericana [Internet]. gastrolat.org. 2021 [citado 5 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://gastrolat.org/gastrolat2021001-04/>
6. Ruiz Xiao D. Divertículo de Meckel, un enfoque general en niños y adultos [Internet]. Revista Electrónica de Portales Medicos.com. 2024 [citado 5 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.revistaportalesmedicos.com/revis-tamedica/diverticulo-de-meckel-un-enfoquegeneral-en-ninos-y-adultos/>
7. Martínez E. ¿Qué problemas puede dar el divertículo de Meckel? [Internet]. Blogs MAPFRE. 2022 [citado 5 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.salud.mapfre.es/saludfamiliar/ninos/enfermedades-delnino/diverticulo-de-meckel/>