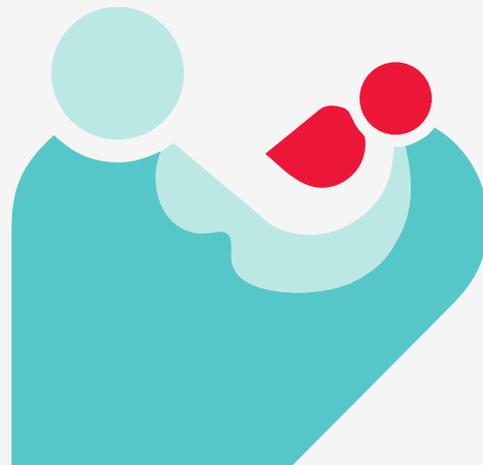


# XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA  
REUNIÓN  
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021



Minimizar  
mejorar  
**Avanzar**

# XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA  
REUNIÓN  
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021

Minimizar  
mejorar  
**Avanzar**

PÓSTER SIN DEFENSA

## Estrangulación intestinal por anomalía diverticular congénita

<sup>1</sup>Dadlani Dadlani NM, <sup>1</sup>Amiguet Biain MR, <sup>1</sup>Trujillano Lidón CL, <sup>1</sup>Escartín Madurga L, <sup>2</sup>Salcedo Arroyo P, <sup>2</sup>Escartín Villacampa R.

<sup>1</sup>Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza. <sup>2</sup>Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.

# Introducción

El abdomen agudo es una situación clínica urgente que pone en peligro la vida del paciente, exigiendo un diagnóstico rápido y acertado. La orientación diagnóstica y terapéutica dependerá de la edad del niño, teniendo en cuenta posibles cuadros obstructivos, irritativo-infecciosos, traumatismos y procesos ginecológicos agudos.

El divertículo de Meckel es la anomalía congénita gastrointestinal más frecuente, con una incidencia del 2-3%. Las bandas mesodiverticulares, a su vez, se hallan en el 3-8% de los pacientes con divertículo de Meckel, con elevado riesgo de estrangulación intestinal.

# Caso clínico

Presentamos un lactante de 10 meses que acude a urgencias por vómitos de 4-5 horas de evolución, asociando somnolencia en los últimos 30 minutos. Afebril, orexia disminuida.

**Exploración física:** TEP alterado en apariencia, palidez y postración.

Escala de Glasgow 9/15.

En un primer momento, el resto de la exploración es normal.

## Constantes:

- FC: 139lpm
- Tº: 36,6ºC
- SatO2: 100%
- TA: 96/56 mmHg



**Estabilización inicial:** Se canaliza vía periférica (con extracción de analítica sanguínea), se administra oxígeno en gafas nasales y se mantiene monitorizado. Se administra bolo de suero fisiológico inicial presentando mejoría clínica oscilante, intercalando episodios de estabilidad clínica con otros de somnolencia e hipoactividad.



**Tras estabilización inicial:** se palpa el abdomen nuevamente, impresionando de dolor a la palpación difusa sin distensión abdominal evidente.

## Analítica de sangre

- Leucocitos 17200/mm<sup>3</sup>
- Neutrofilia
- PCR normal

## Ecografía urgente

- Obstrucción mecánica del intestino delgado con signos de sufrimiento intestinal, sin poder identificar la causa clara

# Resultados y conclusiones

Se contacta con Cirugía Pediátrica y se interviene de urgencia con diagnóstico postquirúrgico de **obstrucción de intestino delgado por banda mesodiverticular.**

La causa más frecuente de abdomen agudo en el niño es la apendicitis aguda, sin embargo, existen otras causas importantes a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial. La **obstrucción intestinal por banda mesodiverticular** es una entidad poco frecuente, pero a tener en cuenta en pacientes con dolor abdominal, náuseas y vómitos, de instauración brusca y con alteración del estado general. Su tratamiento es fundamentalmente **quirúrgico** tras la estabilización inicial del mismo. La radiología permite confirmar un cuadro de obstrucción intestinal, pero rara vez, permite un diagnóstico causal de esta entidad.