CASO CLÍNICO

Una presentación atípica de abdomen agudo en un lactante mayor: reporte de caso y revisión de la literatura

Atypical presentation of acute abdomen in an older infant: case report and literature review

Jorge M. Karam-Jimenez[1], Karla Sánchez-Olivera[1], Valentina Karam-Acosta[2], Alina Feldman-Unzek[2], Alfredo Domínguez-Muñoz[3] y Alejandro Ferreiro-Marín[1]*

[1]Departamento de Pediatría, Centro Médico ABC, Ciudad de México; [2]Facultad de Medicina, Universidad Anáhuac México, Huixquilucan, Estado de México; [3]Departamento de Cirugía Pediátrica, Centro Médico ABC, Ciudad de México. México

Resumen

El abdomen agudo en lactantes es un desafío diagnóstico, ya que la clínica inespecífica y el amplio espectro etiológico retrasan la identificación de patologías quirúrgicas graves. Se presenta el caso de un lactante de 1 año y 10 meses con sintomatología gastrointestinal, datos de irritación abdominal y taquicardia. Al confirmarse la ingestión de múltiples imanes y la presencia de abdomen agudo, se realizó una laparotomía exploratoria, encontrando perforación en el íleon terminal y el ciego. La ingestión de imanes es una causa con alto riesgo de perforación intestinal y sepsis. La sospecha clínica temprana es fundamental para disminuir la morbimortalidad.

Palabras clave: *Abdomen agudo. Lactante. Ingestión de imanes. Cuerpo extraño. Perforación intestinal. Sepsis abdominal.*

Abstract

Acute abdomen in infants is a diagnostic challenge, since the nonspecific clinical presentation and the broad etiological spectrum delay the identification of severe surgical pathologies. We present the case of a 1-year-10-month-old male infant with gastrointestinal symptoms, signs of abdominal irritation, and tachycardia. After confirmation of multiple magnet ingestion, an exploratory laparotomy was performed because of acute abdomen, finding perforation in the terminal ileum and cecum. Magnet ingestion is a cause with a high risk of intestinal perforation and sepsis. Early clinical suspicion is essential to reduce morbidity and mortality.

Keywords: *Acute abdomen. Infant. Magnet ingestion. Foreign body. Intestinal perforation. Abdominal sepsis.*

Correspondencia:
Karla Sánchez-Olivera
E-mail: dra.karlasaol@gmail.com

Fecha de recepción: 21-04-2026
Fecha de aceptación: 12-06-2026
DOI: 10.24875/AMH.26000022

Disponible en internet: 03-08-2026
An Med ABC. 2026;71(Supl 1):47-52
www.analesmedicosabc.com

0185-3252 / © 2026 Asociación Médica del Centro Médico ABC. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Introducción

En la edad pediátrica, el abdomen agudo constituye un síndrome clínico caracterizado por dolor abdominal de inicio súbito que puede requerir tratamiento quirúrgico urgente. Su abordaje y diagnóstico resultan complejos, especialmente en lactantes, debido a la presentación inespecífica de los síntomas y la superposición con patologías benignas y autolimitadas, como gastroenteritis, reflujo gastroesofágico o cólico del lactante[1,2].

A pesar de que la mayoría de los cuadros de dolor abdominal en la edad pediátrica no requieren tratamiento quirúrgico, es fundamental identificar de forma temprana a los pacientes con patologías potencialmente graves que precisan intervención urgente, ya que el retraso diagnóstico está asociado con un aumento en la morbimortalidad[3,4]. En este contexto, la evaluación inicial se debe enfocar en determinar la gravedad del cuadro y distinguir entre las causas médicas y quirúrgicas por medio de una adecuada correlación clínica, una exploración física dirigida y el uso racional de estudios de laboratorio y de imagen[2,3].

Hay un amplio espectro etiológico del abdomen agudo en lactantes que varía según la edad, destacando causas como el divertículo de Meckel complicado, la malrotación intestinal o vólvulo, la hernia inguinal incarcerada, la invaginación intestinal y la apendicitis aguda, que pueden manifestarse con síntomas poco específicos como vómito, fiebre, irritabilidad o distensión abdominal[1,2,5]. Identificar signos de alarma, como el vómito biliar, la distensión progresiva, la ausencia de peristalsis o datos de irritación peritoneal, es clave para sospechar una etiología quirúrgica y guiar el manejo oportuno[3].

Dentro de este abordaje diferencial, la ingesta de cuerpos extraños se debe considerar como una causa potencial de abdomen agudo en lactantes. Este es un motivo frecuente de consulta en la población pediátrica, con mayor incidencia en menores de 4 años, de los cuales la mayoría se resuelven de forma espontánea; sin embargo, un pequeño porcentaje requieren una intervención endoscópica o quirúrgica[6].

En las últimas décadas se ha observado un aumento en la ingesta de imanes por la disponibilidad de dispositivos con imanes de alta potencia en el entorno doméstico. A diferencia de otros cuerpos extraños, los imanes, especialmente los compuestos de neodimio-hierro-boro, pueden generar fuerzas de atracción a través de distintas asas intestinales cuando se ingieren dos o más o se combinan con otros objetos de metal, lo que produce una compresión sostenida de la pared intestinal[7]. Esta presión intensa puede generar una serie de complicaciones que ponen en riesgo la vida del paciente, incluyendo isquemia, necrosis, perforación, formación de fístulas, obstrucción intestinal, vólvulos e incluso peritonitis; por ello, se recomienda la intervención temprana[7].

El reconocimiento de esta condición es desafiante, ya que los pacientes generalmente se presentan asintomáticos o con manifestaciones inespecíficas en etapas iniciales, lo que retrasa el diagnóstico y aumenta la tasa de complicaciones. Por este motivo, ante un lactante con un cuadro de abdomen agudo de etiología no definida, la sospecha de ingestión de cuerpos extraños, en especial imanes, debe formar parte del enfoque diagnóstico[8].

Presentamos el caso de un lactante de 1 año y 10 meses que acudió con náusea y vómito, evacuaciones diarreicas, fiebre cuantificada de 38 °C, dolor abdominal e intolerancia a la vía oral, quien evolucionó con datos de abdomen agudo secundarios a la ingestión múltiple de imanes y requirió intervención quirúrgica urgente, en la cual se encontró perforación en el íleon distal y el ciego. Se resalta la importancia del abordaje sistemático el abdomen agudo en lactantes y el reconocimiento temprano de afecciones potencialmente fatales.

Caso clínico

Varón de 1 año y 10 meses, previamente sano, que acudió a urgencias por presentar dolor abdominal y vómito de 4 días de evolución. Su padecimiento inició 4 días antes con un vómito de contenido gastroalimentario por la noche y posteriormente dos vómitos más y dos evacuaciones disminuidas en consistencia. Por este motivo, acudió al siguiente día a su médico tratante, quien le dio un diagnóstico de probable gastroenteritis. Se inició manejo con cefixima, ondansetrón y *Bacillus clausii*. Sin embargo, tras el manejo médico indicado el paciente persistió con vómito de contenido gastroalimentario, agudización del dolor abdominal e intolerancia a la vía oral, motivo por el cual acudió a urgencias.

En la exploración física, sus signos vitales al ingreso a urgencias se encontraban alterados a expensas de taquicardia con una frecuencia cardiaca de 165 l.p.m., e hipertenso con presión arterial de 123/95 mmHg, asociado a dolor y a respuesta inflamatoria sistémica, con frecuencia respiratoria de 24 r.p.m., temperatura de 36.8 °C y saturación de oxígeno del 92%. El paciente se encontraba somnoliento y con las mucosas deshidratadas. La exploración física no presentó

alteraciones, excepto en la zona abdominal, donde se observó un abdomen distendido y en la auscultación se reportó peristalsis ausente. A la palpación, el abdomen fue poco depresible, con dolor a la palpación superficial y profunda, así como hiperbaralgesia y signo de rebote generalizado. A la percusión, presentó dolor y timpanismo generalizado. Debido a su sintomatología, se le dio un diagnóstico sindrómico de abdomen agudo. Por el cuadro clínico, se sospechó en primera instancia íleo metabólico a pesar de no contar con antecedentes de vómito biliar.

Para el abordaje de este paciente, posterior a la anamnesis y la exploración física, se realizaron estudios de laboratorio y radiografías de abdomen anteroposterior y lateral. Se identificó hiperglucemia de 184 mg/dl, así como una elevación de los marcadores inflamatorios (proteína C reactiva de 3.29 mg/dl y procalcitonina de 1.31 ng/ml). Además, la biometría hemática mostró trombocitosis con 553.000/mm³ y la hemoglobina era de 11.7 g/dl. Se realizó una gasometría venosa que no mostró alteraciones ácido-base importantes, y el lactato se mantuvo dentro de rangos normales (1.5 mmol/l). Las demás pruebas realizadas se encontraron dentro de los rangos normales (química sanguínea y tiempos de coagulación).

En la radiografía simple de abdomen, en proyecciones anteroposterior y lateral, se observó una imagen radioopaca multinodular de bordes bien definidos en el mesogastrio (Fig. 1). Este hallazgo es sugestivo de un cuerpo extraño intraluminal, sin datos de obstrucción intestinal. Por lo tanto, se definió que la causa del abdomen agudo fue la ingesta de cuerpo extraño situado actualmente en las asas intestinales. La imagen observada en la radiografía fue concordante con balines imantados, los cuales no habían sido mencionados previamente por los familiares. Se interrogó a la madre de nuevo, quien confirmó la existencia de esos imanes en su casa.

Para la toma de decisiones se realizó interconsulta a gastroenterología pediátrica, quien analizó el caso y descartó la posibilidad de extracción de cuerpo extraño mediante endoscopia debido a que el paciente presentaba abdomen agudo. Posteriormente, se realizó una interconsulta al servicio de cirugía pediátrica, quienes acordaron que, debido a la clínica y la localización del cuerpo extraño, se realizaría un abordaje por laparoscopia.

Abordaje quirúrgico

Inicialmente se tenía planeado realizar una laparoscopia diagnóstica y para la extracción de los imanes; sin embargo, se convirtió en una laparotomía exploratoria al identificar una perforación en el íleon terminal a 50 cm de la válvula ileocecal, una perforación en el ciego y los imanes asociados a esta perforación. Además, se identificaron 100 ml de material purulento en la cavidad abdominal. Por lo tanto, se realizó la extracción de los imanes en el íleon y una derivación en ileostomía de dos bocas; además, se hizo un aseo de la cavidad abdominal y se colocó un drenaje abdominal tipo Blake en la fosa ilíaca izquierda (Fig. 2). Se solicitó un cultivo para aerobios y anaerobios de líquido peritoneal. La duración total de la cirugía fue de 4 horas. Posterior a la extracción, se confirmó que la causa del cuadro clínico fueron cuatro imanes esféricos pegados a sí mismos, creando un «pseudoimán» y produciendo una perforación intestinal (Fig. 3).

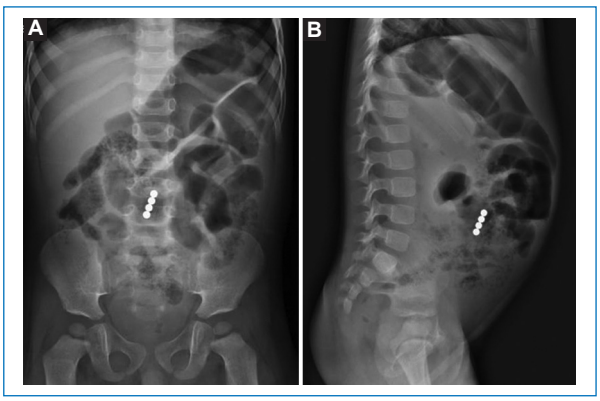


Figura 1. Radiografías simples de abdomen en decúbito. **A:** proyección anteroposterior que muestra una imagen radioopaca multinodular de bordes bien definidos en el mesogastrio. **B:** proyección lateral que confirma la localización intestinal en el abdomen medio de objetos superpuestos.

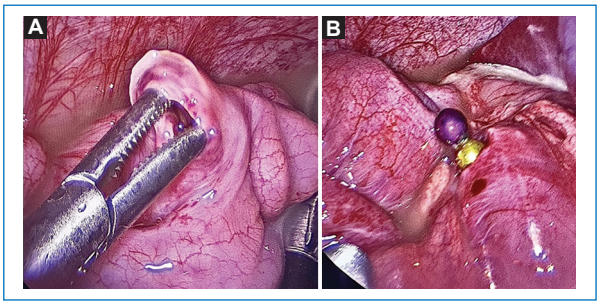


Figura 2. Imágenes fotográficas de hallazgos transoperatorios en laparotomía exploratoria. **A:** ingreso a asas intestinales con visualización de la cavidad abdominal. **B:** identificación de múltiples imanes adheridos a través de las asas intestinales, condicionando perforación intestinal.



Figura 3. Imanes esféricos como causa mecánica de abdomen agudo en un lactante mayor, extraídos quirúrgicamente.

Evolución posquirúrgica

Posterior al procedimiento quirúrgico, el paciente fue hospitalizado con requerimiento de monitoreo continuo debido a la perforación intestinal y la contaminación de la cavidad abdominal. Justo después de la cirugía, el paciente se encontraba hemodinámicamente estable; sin embargo, se solicitó una valoración por el servicio de terapia intensiva pediátrica por sospecha de sepsis de foco abdominal.

El paciente presentó una respuesta inflamatoria marcada por una elevación de la procalcitonina y bandemia, sin leucocitosis, compatible con un cuadro séptico. Por lo tanto, se inició manejo con un carbapenémico, antibiótico de amplio espectro, analgesia intravenosa y sedación. Se indicó manejo con líquidos intravenosos por datos de fuga capilar y diuréticos de asa, con la indicación de vigilar el gasto urinario y la perfusión periférica.

En el primer día posoperatorio, el paciente se mantuvo sin cambios hemodinámicos significativos. La ileostomía era funcionante y el drenaje produjo gasto serohemático. La peristalsis estaba presente y disminuida, con dolor leve en el sitio quirúrgico. Se mantuvo en vigilancia estrecha, con un buen curso de recuperación.

En el día 4 posoperatorio se inició progresión a la vía oral de forma gradual, con adecuada tolerancia y evacuaciones presentes por la ileostomía sin datos de complicación.

Segunda hospitalización: restitución del tránsito intestinal

Aproximadamente 2 meses después del evento inicial, el paciente fue reingresado de forma electiva para la restitución del tránsito intestinal mediante cierre de la ileostomía, además de la colocación de un catéter venoso central tunelizado izquierdo guiado por ultrasonido. A su ingreso, el paciente se encontraba hemodinámicamente estable, con signos vitales dentro de los parámetros normales (frecuencia cardiaca de 122 l.p.m., frecuencia respiratoria de 26 r.p.m. y temperatura de 36.5 °C), alerta, tranquilo y cooperador. En la exploración abdominal, el abdomen era blando, depresible, no doloroso, sin datos de irritación peritoneal, con presencia de parche en la fosa ilíaca derecha cubriendo el sitio de la ileostomía, sin datos de complicación local. Los estudios preoperatorios de laboratorio reportaron parámetros hematológicos, de coagulación, renales y electrolíticos dentro de la normalidad. El ileograma distal previo a la cirugía no mostró alteraciones en la morfología de las estructuras torácicas y abdominales.

El procedimiento quirúrgico tuvo una duración de 3 horas, con un sangrado estimado de 5 ml y sin accidentes ni incidentes. Los hallazgos intraoperatorios confirmaron la permeabilidad de la vena subclavia izquierda y una adecuada relación de bocas de 1:1.5. En el posoperatorio inmediato, el paciente se mantuvo hemodinámicamente estable, sin datos de bajo gasto, afebril y sin evidencia de respuesta inflamatoria sistémica. Se mantuvo en ayuno con hidratación intravenosa, cobertura antibiótica con piperacilina-tazobactam y manejo analgésico con ketorolaco y metamizol alternados cada 8 horas, sin requerir rescates. Neurológicamente íntegro y sin movimientos anormales.

La evolución posoperatoria fue satisfactoria. Se inició progresión a la vía oral, con adecuada tolerancia, con presencia de peristalsis y sin datos de complicación quirúrgica. El paciente fue dado de alta en buenas condiciones generales, hemodinámicamente estable y con adecuada tolerancia a la vía oral, sin datos de alarma al egreso.

Discusión

El abdomen agudo en lactantes representa uno de los escenarios más desafiantes en pediatría debido a su presentación inespecífica y a la alta proporción de patologías potencialmente quirúrgicas. En este grupo etario,

se ha reportado que hasta el 30-40% de los pacientes con dolor abdominal agudo pueden requerir intervención quirúrgica, lo que obliga a un abordaje diagnóstico sistemático, dinámico y con un bajo umbral para la reevaluación clínica[9].

A diferencia de los pacientes mayores, los lactantes presentan manifestaciones clínicas poco específicas; síntomas como vómito, irritabilidad o rechazo a la vía oral predominan y pueden conducir a diagnósticos iniciales erróneos. Se ha documentado que más del 50% de los casos de abdomen agudo en menores de 3 años son inicialmente atribuidos a etiologías infecciosas, principalmente gastroenteritis, lo que puede retrasar el diagnóstico definitivo[10].

En este contexto, la progresión clínica adquiere un papel central. La presencia de distensión abdominal, la ausencia de peristalsis y los datos de irritación peritoneal incrementan significativamente la probabilidad de patología quirúrgica subyacente. En series pediátricas, la presencia de signos peritoneales se asocia con una probabilidad mayor del 70% de requerir intervención quirúrgica, lo que resalta la importancia de una exploración física dirigida y repetida[11].

Dentro del espectro etiológico, la ingesta de cuerpos extraños es una causa poco frecuente, pero clínicamente relevante, de abdomen agudo. Aunque el 70-80% de los cuerpos extraños ingeridos se eliminan de manera espontánea, los imanes constituyen una excepción crítica debido a su comportamiento fisiopatológico particular[7].

Epidemiológicamente, la ingestión de imanes ha mostrado un incremento sostenido en las últimas dos décadas. En los Estados Unidos de América se reportan entre 522 y 2000 casos anuales, con incrementos de hasta 8.5 veces en las visitas a los servicios de urgencias pediátricas tras la introducción de imanes de alta potencia en el mercado[12]. Asimismo, hasta el 57% de los casos ocurren en menores de 4 años, lo que refleja la vulnerabilidad de este grupo etario[10].

A diferencia de otros cuerpos extraños, la ingestión de múltiples imanes se asocia con una tasa significativamente mayor de complicaciones. Los estudios reportan que hasta el 47% de los pacientes requieren intervención endoscópica o quirúrgica, mientras que en torno al 9-15% desarrollan perforación intestinal[11,13].

El mecanismo fisiopatológico es determinante: los imanes de neodimio pueden generar fuerzas de atracción suficientes para comprimir asas intestinales no contiguas, produciendo isquemia transmural progresiva. Este proceso puede evolucionar en horas hacia necrosis, perforación o formación de fístulas, incluso en pacientes inicialmente asintomáticos[7,14].

Desde el punto de vista diagnóstico, uno de los principales retos radica en la baja sospecha inicial. Se ha descrito que hasta el 67% de los pacientes con ingestión de imanes son asintomáticos o presentan síntomas inespecíficos, lo que contribuye al retraso diagnóstico[10]. Además, la radiografía simple de abdomen puede subestimar la gravedad del cuadro, ya que múltiples imanes pueden simular un solo objeto radioopaco, fenómeno descrito como «pseudoimán único»[8].

El caso presentado ilustra de manera clara este comportamiento clínico: un cuadro inicial inespecífico, interpretado como gastroenteritis, seguido de progresión a abdomen agudo con datos de irritación peritoneal. Esta evolución ha sido ampliamente documentada, en la que el retraso diagnóstico se asocia con un incremento significativo en la tasa de complicaciones, incluyendo necrosis intestinal (hasta el 34%) y necesidad de cirugía en cerca del 70% de los casos complicados[15].

Las guías actuales recomiendan que, en casos de ingestión de múltiples imanes, el manejo inicial dependa de la localización y la sintomatología del paciente. Cuando los imanes se encuentran en el esófago o el estómago, la extracción endoscópica temprana es el abordaje de elección[7,14]. Sin embargo, una vez que los imanes han progresado más allá del píloro, el manejo debe individualizarse, manteniendo una vigilancia estrecha en pacientes asintomáticos.

En el presente caso, la indicación de intervención quirúrgica no estuvo determinada solo por la presencia de imanes, sino por la evolución clínica hacia la presentación de datos de irritación peritoneal, lo cual constituye una indicación absoluta de manejo quirúrgico. Este enfoque es consistente con las recomendaciones actuales, que indican que la presencia de signos clínicos de complicación –como perforación intestinal o peritonitis– justifica la intervención inmediata[7,14].

El abordaje multidisciplinario en este caso permitió una adecuada toma de decisiones y una intervención quirúrgica oportuna, lo cual es determinante en la evolución clínica. La perforación intestinal y la sepsis abdominal en este paciente representan una forma grave de presentación, reforzando la necesidad de mantener un alto índice de sospecha en pacientes pediátricos con evolución clínica atípica o desfavorable.

En conjunto, este caso subraya que, dentro del abordaje del abdomen agudo en los lactantes, la ingestión de imanes debe considerarse una etiología de alto riesgo, con un comportamiento clínico potencialmente grave si no se identifica de manera oportuna.

Conclusión

Este caso representa una condición clínica de alta gravedad con un comportamiento fisiopatológico único y potencialmente devastador en la población pediátrica.

La presentación de abdomen agudo tras la ingesta de imanes, aunque infrecuente, es una causa de abdomen agudo con una alta tasa de complicaciones, incluyendo perforación intestinal y sepsis abdominal, por lo que su identificación temprana es fundamental.

Este caso resalta la importancia de la reevaluación clínica continua, la integración de hallazgos clínicos e imagenológicos, y el abordaje multidisciplinario oportuno, para optimizar los desenlaces; además, enfatiza la necesidad de considerar etiologías menos frecuentes, pero de alto riesgo, dentro del diagnóstico diferencial del abdomen agudo en pediatría.

Asimismo, este reporte refuerza la necesidad de protocolos claros de abordaje en urgencias pediátricas, así como de estrategias de prevención dirigidas a los cuidadores, considerando que la mayoría de los casos ocurren en el entorno doméstico y en edades vulnerables del desarrollo.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de su institución para acceder a los datos de las historias clínicas. Se ha obtenido el consentimiento informado de los padres del paciente y se cuenta con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que se utilizó ChatGPT para la modificación estética de imágenes con fines editoriales. No se utilizó inteligencia artificial para la redacción, el análisis ni la interpretación del contenido científico del manuscrito.

Referencias

1. Edo-Jimeno MJ, Martín-Cabeza M, Hernández-Díaz C, Serrano-Madrid ML. Abdomen agudo en lactantes: a propósito de un caso. Bol Pediatr Arag Rioj Sor. 2021;51:23-5.
2. Moënne BK, Ortega FX. Abdomen agudo en la edad pediátrica: utilidad de las imágenes. Rev Med Clin Condes. 2009;20:816-24.
3. Reust CE, Williams A. Acute abdominal pain in children. Am Fam Physician. 2016;93:830-6.
4. Kim JS. Acute abdominal pain in children. Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. 2013;16:219-24.
5. Leung AKC, Sigalet DL. Acute abdominal pain in children. Am Fam Physician. 2003;67:2321-6.
6. Nugud A, Al-Harthy N, Al-Shibli A, Al-Kindy H, Al-Lamki Z, Al-Kindi H, et al. Pediatric magnet ingestion: diagnosis, management, and prevention. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2023;76:e56-63.
7. Altokhais T. Magnet ingestion in children: management guidelines and prevention. Front Pediatr. 2021;9:727988.
8. Wakabayashi T, Miyamoto S, Sasaoka Y, Kudo Y, Nakamura S, Noda T, et al. Gastrointestinal: pediatric pseudo-single magnet ingestion diagnosed by multidirectional X-ray and computed tomography. J Gastroenterol Hepatol. 2021;36:2035.
9. Alansari AN, Al-Hussaini AA, Almehaidib AI, Alali H, Alharbi FS, Alali MY, et al. Magnet ingestion in children: a multicenter study. Sci Rep. 2024;14:3892.
10. Strickland M, Rosenfield D, Fecteau A. Magnet ingestion in children: prevention, diagnosis, and management. Glob Pediatr Health. 2015;2:2333794X15594336.
11. Quitadamo P, Masino A, Pensabene L, Staiano A, Martelossi S, Zuin G, et al. Magnetic foreign body ingestion in pediatric age: epidemiology and outcomes. Dig Liver Dis. 2024;56:658-63.
12. Middelberg LK, Shaahinfar A, Larimer EL, Ruzal-Shapiro CB, Berdon WE, Cowles RA. High-powered magnet injuries in children. Pediatrics. 2022;149:e2021053516.
13. Nezhentsev A, Patel B, Hayward K, Athreya S. Diagnosis and management of paediatric magnet ingestion. Emerg Med J. 2025;42:12-8.
14. Khader J, Khalil AM, Al-Omari M, Alzaydeen A, Ammar A, Badran M, et al. Paediatric magnet ingestion persists worldwide: a global perspective. Arch Dis Child. 2025;110:113-9.
15. Rincón-Ardila OI, Guillén-Méndez C, Cabrera-Cruz A, Mera-Correa IF, Galindo-Rocha F. Perforación intestinal secundaria a ingesta de imanes en paciente pediátrico: reporte de caso. Med Invest. 2023;11:47-50.