

Invaginación intestinal

Dr. ALFREDO ACEVEDO *

Cirujanos y pediatras conocen a fondo el diagnóstico y el cuadro clínico de la invaginación intestinal en el niño.

Dolor cólico, palidez, oclusión intestinal, vómitos y un síntoma tardío: la enterorragia.

No consideraremos en nuestro trabajo las invaginaciones premortem pues ellas son ileo-ileales.

¿Qué cuadro clínico presenta la invaginación intestinal del recién nacido? Llanto enérgico, vómitos, palidez, distensión abdominal son los signos y síntomas premonitores que de por sí no tienen especificidad, pero si a esto le agregamos la enterorragia completamos el cuadro.

Recalamos: que la enterorragia no debe ser esperada para plantear la invaginación, pues ella es un síntoma tardío del cuadro, ya de por sí grave, ensombreciendo el pronóstico.

La radiografía simple de abdomen de pie, puede o no mostrar niveles, distensión y exudado entre las ansas y si realizamos el colon por enema éste tiene que ser efectuado a muy baja presión (50 ctms. de altura) y con dos fines, diagnóstico y terapéutico, habiendo cirujanos que no lo realizan cuando hay niveles.

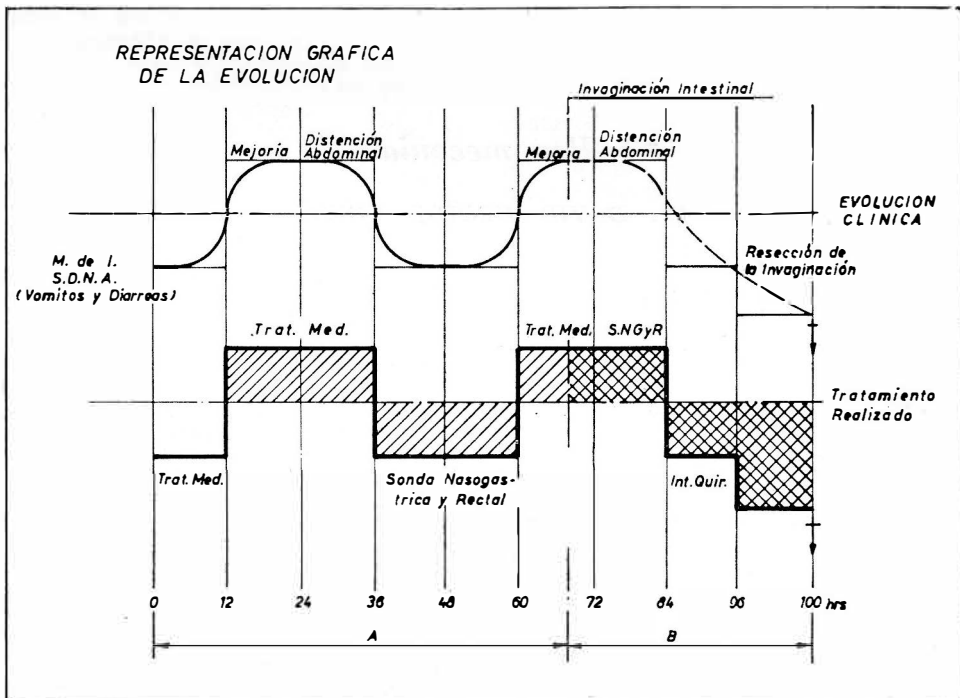
Dejamos constancia que éste tiene que ser efectuado con gran delicadeza y en ambiente especializado, pues el intestino del recién nacido es muy lábil.

La literatura consultada relata 28 casos de invaginación intestinal. En nuestro medio hay casos publicados de invaginación intestinal en el postoperatorio inmediato de un síndrome pilórico con reintervención y cura. Otro autor relata una invaginación intestinal en un recién nacido, cuya etiología era un divertículo de Meckel, con y cura.

Nuestra observación, se trata de un recién nacido de 23 días que consulta por un síndrome digesto nutritivo agudo (vómitos y diarreas), instaurado el tratamiento médico, mejora, presentando 24 horas después, una distensión abdominal que al estudio radiológico muestra un íleo. Se coloca sonda nasogástrica y rectal, mejorando. Se retira ésta a las 24 horas y se recomienza la alimentación vía oral. Veinticuatro horas después de haber recomenzado la alimentación, se produce nueva distensión abdominal que se acompaña en algunas ocasiones de llanto enérgico, que se interpreta como el cuadro anterior, efectuándose el mismo tratamiento.

En la tarde aparecen a través de la sonda rectal y por ella, sangre roja que se interpretó

* Médico Cirujano Pediatra del H. Pereira Rossell.



como procedente de la erosión que había producido la sonda rectal. Aumenta la distensión abdominal dificultando la respiración. Se plantea la degravitación del intestino a través de una laparotomía.

Estado del paciente malo, descubierta venosa y transfusión. Incisión de MacBurney, abierto peritoneo se comprueba exudado sero sanguinolento y una invaginación ileocecal de 8 cms. de longitud que se trata de reducir con maniobras manuales, no consiguiéndose. Resección del segmento invaginado y anastomosis terminolateral. Cierre de la pared por planos, drenaje del Douglas (fallece 8 horas después).

¿Qué conclusiones sacamos?

Los síndromes digestonutritivos agudos del recién nacido son frecuentes. El tratamiento médico de éstos ha mejorado su pronóstico, pero como consecuencia de ello ha aumentado la frecuencia de un síntoma: distensión abdominal.

Distensión abdominal que puede tener 3 etiologías: peritonitis hematógena, íleo por hipopotasemia e invaginación intestinal. Esta puede ser la complicación inmediata de su falsa mejoría, pues están dadas las condicionantes fundamentales. Alteración del tránsito, modificación del peristaltismo intestinal y adenitis mesentérica. Recalcamos que la enterorragia es un síntoma tardío del cuadro, que agrava y no debemos esperar para plantear la invaginación intestinal.

RESUMEN

Se recopilan 4 casos de invaginación intestinal en el recién nacido; 2 en el postoperatorio inmediato de un síndrome pilórico, cuya etiología fue un divertículo

de Meckel; 1 post síndrome digestonutritivo agudo, con resección del segmento invaginado. Se destaca la importancia del diagnóstico precoz de esta afección por su posible aparición durante el tratamiento médico de los síndromes digestonutritivos agudos.

RÉSUMÉ

Le travail présente unerécompilation de 4 cas d'invagination intestinal dans le nouveau-né: 2 dans le post-opératoire immédiat d'un syndrome pilorique, 1 quient commeétiologie un diverticule de Meckel, 1post syndrome digesto-nutritif aïgu, avec résection de segment-invaginé. L'on signale l'importante d'un diagnostic précoce de cette affection dans le traitement médical des syndromes digesto nutritifs aïgus.

SUMMARY

Four cases of intussusception of the newborn are studied that were seen in the last ten years. 2 of them appeared in the immediate post-operative course of a pylorotomy for pyloric stenosis. One of them had a Meckel's diverticulum as an etiology. Another appeared after acute intestinal indigestion and required resection of the intussusception segment.

The importance of early diagnosis is stressed. It must also be stressed the fact of its possible appearance after the medical treatment of intestinal indigestion.

BIBLIOGRAFIA

1. RACHELSON, M. H., JERIGAN, J. P. and JACKSON, W. F. Intussusception in newborn infant. *J. Pediat.*, 48: 87, 1955.
2. AÑON, R. Investigación intestinal en el postoperatorio de un síndrome pilórico. *Anales de Pediatría*. (En Imprenta).
3. TAIBO, W. Comunicación personal.