

MESA REDONDA
SECCIONAL DE CIRUGIA PEDIATRICA

TEMA.

INVAGINACION INTESTINAL
EN EL NIÑO

COORDINADOR:

Dr. WALTER TAIBO CANALE

PONENTES:

Palabras de apertura y consideraciones finales. *Dr. Walter Taibo Canale.*

Invaginación ileoileal. *Dra. María T. Cabrera Roca.*

Invaginación intestinal. Estudio estadístico sobre 138 observaciones. *Dr. César H. Arruti.*

Invaginación intestinal colocolica en el niño. A propósito de cuatro observaciones clínicas. *Dr. Diver Atilio Lattaro.*

Diagnóstico y tratamiento de la invaginación aguda del lactante por el enema baritado. *Dr. J. A. Soto.*

Tratamiento quirúrgico. *Dr. Eduardo Anavitarte.*

DISCUSION

PALABRAS DE APERTURA Y CONSIDERACIONES FINALES

*Dr. WALTER TAIBO CANALE **

La Mesa Redonda que tenemos el honor de coordinar, versará sobre un importante tema de la cirugía pediátrica, por la frecuencia con que se presenta en la práctica diaria y por la importancia de un diagnóstico correcto y precoz. Nos referimos a la invaginación intestinal.

La Sociedad de Pediatría nos confió el alto honor de representarla en este evento científico y nosotros propusimos el tema, quizás llevados por nuestra larga vinculación con la cirugía de urgencia pediátrica. Aceptado por los colegas, sólo nos quedaba establecer el criterio de presentación de los distintos problemas a plantear, y la elección de los integrantes de esta Mesa. La elección de los integrantes recayó en personas con experiencia en cirugía de urgencia pediátrica y en radiología pediátrica. El criterio de presentación del tema será anatómico y terapéutico.

María Teresa Cabrera traera a consideración las invaginaciones ileoileales.

César Arruti ha efectuado un estudio estadístico sobre los pacientes tratados durante los últimos diez años en el Servicio de Cirugía Infantil del Hospital Pereira Rossell, dirigido por el Prof. Ricardo Yannicelli.

Diver Lattaro nos expondrá los problemas de las invaginaciones colocolícas.

José Soto tendrá a su cargo el estudio del diagnóstico radiológico y el tratamiento por el enema baritado.

Eduardo Anavitarte encarará los problemas del tratamiento quirúrgico.

Luego de estas presentaciones, efectuaremos un cuarto intermedio a los efectos de recibir las preguntas y sugerencias sobre el tema que los señores congresales quieran efectuar por escrito.

Tiene la palabra la Dra. María Teresa Cabrera Roca.

* Coordinador de la Mesa Redonda de Cirugía Infantil del 18º Congreso Uruguayo de Cirugía.

INVAGINACION ILEOILEAL

Dra. MARIA T. CABRERA ROCA *

La invaginación ileoileal ocupa un lugar secundario del punto de vista numérico frente a la invaginación ileocecal; no por ello es menos importante y su desconocimiento supone tener que realizar resecciones de intestino, ya de sí graves, y más aún cuando el cuadro oclusivo determinó hondas alteraciones metabólicas que influyen sobre la vitalidad de los tejidos y su actitud para cicatrizar; con el agravante de que muchas veces estos cuadros han sido precedidos por estados diarreicos, que al excitar su peristaltismo colaboran con la causa orgánica o son toda la causa de estas invaginaciones.

Las invaginaciones ileoileales, a pesar de tener un tiempo previo de dolores a tipo cólico, rápidamente se instala la oclusión intestinal.

Esta es la causa por la cual al cirujano le llega la mayoría de las veces el cuadro ya constituido de *oclusión*, pues *el intervalo anterior es muy corto*.

El diagnóstico diferencial se plantea con todos los cuadros oclusivos del recién nacido, lactante o niño mayor, predominantemente con el vólvulo de intestino, la oclusión por brida o la apendicitis retromesentérica.

Elementos positivos de diagnóstico en las invaginaciones

- a) dolores a tipo cólico;
- b) máximo dolor en fosa iliaca derecha o región periumbilical;
- c) si se deja evolucionar *cuadro oclusivo*;
- d) la enterorragia es tardía, no esperarla.

En las oclusiones múltiples simultáneas agudas, que hemos descrito en un trabajo anterior:

- a) dolor a tipo cólico;
- b) pequeño período antes de la instalación del cuadro oclusivo;

* Asistente de la Clínica Quirúrgica Infantil.

- c) no hubo enterorragia en el período que operamos nuestros enfermos. Más tarde puede aparecer;
- d) dolor en F. I. D. y región periumbilical;
- e) si se deja evolucionar, oclusión franca.

Como se ve, la historia contrasta con la de la invaginación ileocecal o ileoileocecólica, donde domina:

- a) dolor a tipo cólico;
- b) shock y dolor que aparecen a intervalos cada vez más cortos;
- c) si se deja evolucionar, enterorragia: no hay que esperarla;
- d) palpación abdominal: 1) posible signo de Dance, 2) posible palpación de Boudin;
- e) la oclusión es una complicación que jamás hay que esperar para actuar.

En la ileoileo-cecólica hay más shock, más precozmente se instalan la enterorragia y la oclusión, pero jamás se deben esperar éstas para actuar.

Por lo tanto, fácilmente se ve que con la invaginación ileocecal no se plantea el diagnóstico diferencial, sino con las causas de la oclusión intestinal más frecuentes en estas edades:

- a) vólvulos;
- b) bridas;
- c) apendicitis retromesentérica evolucionada.

Es presumible que pequeñas invaginaciones funcionales anterógradas o retrógradas se puedan reducir espontáneamente, y que sólo aquellas que progresan son las que vienen al cirujano.

Las invaginaciones ileoileales pueden diferenciarse en las distintas dades:

- a) en el recién nacido y en el lactante;
- b) en el niño de primera y segunda infancia.

En el lactante y el recién nacido sin causa orgánica, las más de las veces por causas funcionales y precedidas por diarreas, plantean serios problemas en el caso de llegar tardíamente y tener que realizar una resección y sutura en organismos con desequilibrios hidrosalinos y proteicos graves.

En los niños mayores aparecen las causas orgánicas con mayor frecuencia:

- a) divertículo de Meckel;
- b) púrpura de Schonlein.
- c) pólipos intestinales;
- d) cistoadenomas de intestino;
- e) angiomas.

Estos casos pueden dar el cuadro oclusivo rápidamente o desinvaginarse espontáneamente y ser recurrentes.

Existen al lado de estas invaginaciones simples, casos de invaginaciones múltiples simultáneas agudas (hemos tenido la oportunidad de publicar tres casos y el total de la casuística recogida es de cuatro casos).

Casi todas ellas eran fácilmente reductibles y anterógradas, como hemos visto citadas por autores extranjeros. En nuestros casos, uno tenía 12 invaginaciones, otro 4 y otro 11.

Hemos encontrado, en una niña operada por otra causa, una invaginación fácilmente reductible. Se trataba de un niño, gran espasmódico intestinal, que continuamente tenía dolores a tipo cólico que cedían con antiespasmódicos y nos hemos preguntado si muchas veces no se habrían constituido estas invaginaciones que se desinvaginaban una vez cedido el espasmo. Sólo alguna progresaría y se haría orgánica, originando el cuadro oclusivo. Se ha querido encontrar la explicación de estas invaginaciones en adenitis mesentérica. Nosotros pensamos que la adenitis mesentérica es secundaria al cuadro general que da origen a la diarrea, que precede el cuadro casi siempre y, por lo tanto, la adenitis mesentérica estaría siempre presente. Pero se precisa un niño espasmódico especial, capaz de hacer invaginaciones funcionales para que el cuadro se complete, pues es muy pequeño el número de éstas, por lo menos en las que se manifiestan con el cuadro completo, frente a la enorme cantidad de adenitis mesentéricas.

La conducta debe ser: a) quirúrgica; b) urgente.

Tratando de ganar tiempo antes de que la lesión anatomopatológica sea irreversible.

Con un tratamiento pre, intra y postoperatorio, tratando de corregir los defectos metabólicos hidrosalinos y proteicos.

En el caso de que la lesión anatómica ya esté constituida, que clínicamente se reconoce por la presencia de enterorragia, debemos exigirle al intra y postoperatorio todo el sostén posible, con una decubierta venosa en la safena interna que nos ponga al cubierto de cualquier contingencia. Sueros, transfusiones.

Un estricto control de la temperatura, pues estos niños, tanto están en hipotermia como en hipertermia exagerada.

En el postoperatorio, la enfermería de estos niños asume un papel importantísimo, pues de nada vale la indicación parenteral bien hecha si no se realiza en el tiempo previsto y con el ritmo adecuado. Son también de gran importancia los controles que deben figurar en cuadrículas adecuadas en la cabecera de la cama, donde figuran pulso, presión arterial, respiraciones, temperatura, color, aparición de las deposiciones, vómitos (balance de ingestas excretas) y peso, diuresis.

La colocación de una sonda gástrica, de polietileno o Cantor.

Los exámenes de orina, hemograma y proteinemia, deben ser repetidos en el curso del postoperatorio para su control adecuado.

En los niños mayores se debe proceder como en cualquier otra oclusión y los controles citados para el niño pequeño también realizarlos.

En los niños mayores existe generalmente una causa orgánica que debe ser atacada. Resección de divertículo de Meckel, angiomas, pólipos, etc. El ansa será o no resecada, de acuerdo con la lesión.

Los casos de nuestra estadística provienen de la Clínica Quirúrgica Infantil, el Servicio de Cirugía de Urgencia del Hospital Pereira Rossell (Ministerio de Salud Pública) y personales del C. A. S. M. U.

INVAGINACIONES ILEOILEALES

1958-1967

Clínica Quirúrgica Infantil (Facultad de Medicina)
Servicio de Cirugía de Urgencia (Ministerio de Salud Pública)
C. A. S. M. U. (casos personales)

Simples:

Causas funcionales:

Hiperperistaltismo
Diarrea previa.
Conecomitancia con adenitis mesentérica.

Causas orgánicas:

Divertículo de Meckel.
Púrpura de Shonlein.
Poliposis intestinal.
Angiomas.
Cistoadenomas.
Hipertrofia linfoidea.

Múltiples:**Causas funcionales:**

Hiperperistaltismo.

Mecánicas (explosión por nafta).

Causas orgánicas:

Poliposis múltiple (invaginación recurrente).

Casos: 21.**Simples: 17.**

Causas funcionales (hiperperistaltismo) 6

Causas orgánicas:

Divertículo de Meckel 7

Púrpura de Schonlein 1

Pólipos intestinales 2

Hipertrofia linfoidea 1

Múltiples: 4.**Causas funcionales:**

Coexistencia con divertículo de Meckel

que no participa y apendicitis

aguda 1

Con adenitis mesentérica 3

Por edades: 21 casos.

23 días: Resección. C. funcional. Fallecido.

55 días: Resección por divertículo de Meckel.

3½ meses: Resección. C. funcional, ileostomía. Fallecido.

4 meses: Desinvaginación, ileostomía.

8 meses: Resección, ileostomía. C. funcional.

17 meses: Resección, ileostomía. C. funcional. Fallecido.

2 años: Desinvaginación funcional.

3 años: Resección por púrpura de Shonlein. Fallecido.

3 años: Resección por divertículo de Meckel.

4 años: Múltiple desinvaginación funcional (2 casos).

6 años: Múltiple desinvaginación funcional.

6 años: Resección por divertículo de Meckel.

7 años: Desinvaginación funcional.

7 años: Resección hipertrofia linfoidea.

7 años: Resección por divertículo de Meckel.

8 años: Múltiple desinvaginación funcional.

8 años: Resección por divertículo de Meckel.

8 años: Desinvaginación funcional.

8 años: Desinvaginación funcional.

10 años: Resección por divertículo de Meckel.

13 años: Resección por divertículo de Meckel con peritonitis perforada.

Casos: 21.

Simples:

Desinvaginación	4
Resección	13
Sin ileostomía	10
Con ileostomía	3

Múltiples:

Desinvaginación simple	4
------------------------------	---

Casos: 21.

Vivos:

Simples:

Resecciones	
Desinvaginaciones por causas funcionales	6

Múltiples:

Desinvaginaciones	4
-------------------	---

Fallecidos:

Hiperperistaltismos funcionales:	
Con ileostomía y resección	2
Ileostomía sin resección	1
Causas orgánicas:	
Púrpura de Shonlein, resección	1

RESUMEN

a) Presentamos 21 casos de invaginaciones ileoileales, 17 casos simples y 4 múltiples simultáneas agudas.

b) Del estudio de estos casos se deduce que hay que establecer grupos bien catalogados entre las invaginaciones del lactante, predominantemente funcionales, salvo una excepción por divertículo de Meckel y las del niño mayor, predominantemente orgánicas.

c) Que la invaginación ileoileal, a pesar de haber un período previo antes de la instalación de la oclusión clínica, es por la que concurren al cirujano y los diagnósticos diferenciales deben hacerse con las causas que dan lugar a ésta. Vólvulo, brida y apendicitis retromesentérica con signos de oclusión.

d) La invaginación ileoileal no plantea diagnóstico diferencial con la invaginación ileocecal, salvo en las formas no diagnosticadas tardías y complicadas de ésta.

e) Hecho el diagnóstico de oclusión, único diagnóstico posible, sólo la exploración quirúrgica será capaz de dar la variedad que le da origen, pudiendo ser en este caso la invaginación ileoileal o las otras antes citadas. Esto permite llegar a tiempo y evitar en lo posible la resección del ansa.

BIBLIOGRAFIA

- BADERKER, I.—Traumatic triple intussusception of the ileum in a child. "J. A. M. A.", p. 112; 1930.
- BARON, Ch.—A case of multiple intussusception. "Kentucky M. J.", Vol. 30: p. 406; 1932.
- FALLOR, W. H.—A case of multiple intussusception. "Anals of Surgery", Vol. 127; abril 1948.
- FEBRE, M.—"Chirurgie infantile d'urgence". Masson et Cia. Paris, 1958.
- FITZ-WILLIAMS, O.—The pathologie and etiologie of intussusception from the study 1.000 cases. "Lancet", p. 628; 1908.
- GROBB, M.—"Patología quirúrgica infantil", 1958.
- GROSS, R.—"The surgery of Infancy and child hood". Saunders. Philadelphia, 1953.
- LAURENCE, P. Tournier et col.—Adenolymphitis mesenterica aigue de l'enfant. "Memoires de l'Academie de Chirurgie", Nos. 13-15, tomo 79: pp. 325-337; 1953.
- LATAIX, P. et PERNY, M.—Adenitis mesenterio e invagination intestinal. "Memoire de l'Academie de Chirurgie", Nos. 21-25, tome 87: p. 615, 1961.