

INVAGINACION INTESTINAL

Estudio estadístico sobre 138 observaciones

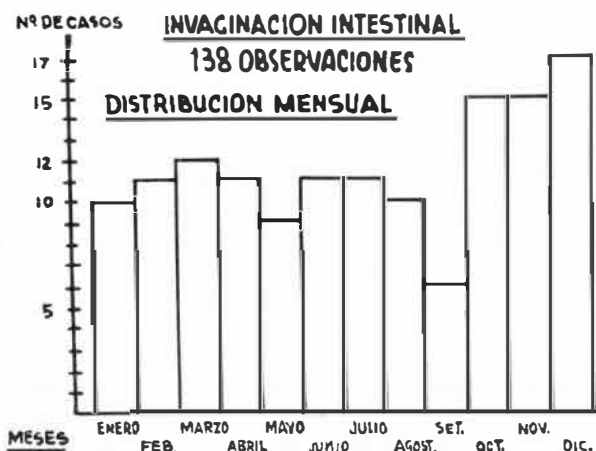
Dr. CESAR H. ARRUTI

I.— MATERIAL

Comprende las historias clínicas del Servicio de Cirugía Infantil del Hospital Pereira Rossell, desde los comienzos del archivo actual el 1º de abril de 1958 hasta el 31 de marzo de 1967, es decir, por un período de nueve años. Han actuado los diferentes cirujanos de dicho Servicio con independencia individual de criterio.

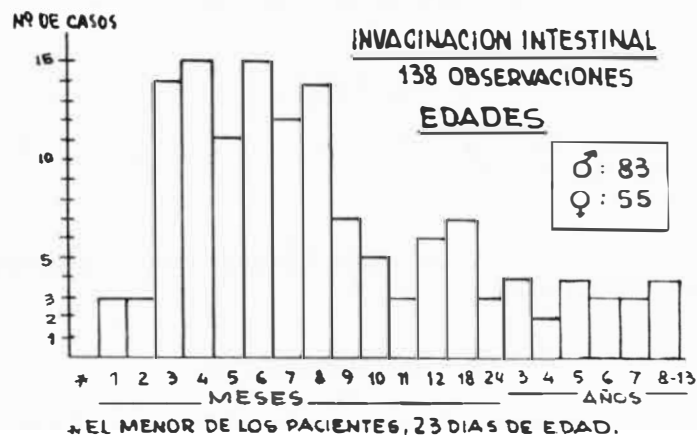
II.— INCIDENCIA

a) *Según el mes.*— En este período ingresaron 7.966 niños en la urgencia, de los cuales 138 corresponden a invaginaciones intestinales. Representan un promedio de 15,3 al año, o sea algo más de una mensual. Sin embargo, su repartición no es uniforme (fig. 1). Hay mayor frecuencia en fines de primavera y comienzo de verano.



b) *Según el sexo.*— Se ha mostrado algo más de una vez y media más frecuente en el varón (83) que en la niña (55).

c) *Según la edad.*— El menor de la serie tenía 23 días de vida, el mayor 13 años. Predomina en el lactante (84,5%) y francamente en el primer año de vida (78,2%). Dentro de este año es de los 3 a los 8 meses que se observa la mayoría, las tres cuartas partes de ellos y el 58,7% del total (fig. 2).



III.— TIPO DE INVAGINACION

Zona	Porcentaje	Primitivas	Secundarias
Ileocecal	82,6%	113	1: Sarcoma de ciego
Ileoileal	14,4%	10	11: 7 D.M., 2 pólipo, 1 hematoma, 1 hipert. linf.
Colocólica	1,4%	0	0: 1 pólipo.
Compleja	0,7%	1	1 linfangitis.

Es por lejos la zona del confluente ileocecal donde la mayor parte de las veces se inicia la invaginación intestinal: 114 oportunidades (82,6%). No se ha discriminado entre las variedades

ileocecal e ileocólica, por considerarlo sin interés práctico. De ellas solamente una fue secundaria a una lesión anatómica de por sí rara: sarcoma de ciego.

En 21 observaciones el comienzo fue ileoileal (14,4%). Marcando ya la primer diferencia, más de la mitad (11) fueron secundarias: 7 a divertículo de Meckel, 2 a pólipo, 1 a hipertrofia linfoidea y 1 a un hematoma en un purpúrico.

Solamente en 2 ocurrió una invaginación colocolica, ambas secundarias: una a un pólipo y otra a una linfangitis regional.

Por fin, en una oportunidad se encontró una invaginación compleja, a varios cilindros, sin causa anatómica determinante.

IV.—TRATAMIENTO Y RESULTADOS

Se han ensayado los dos métodos clásicos: el enema opaco bajo control radioscópico y la cirugía.

Tratamiento médico		Tratamiento quirúrgico	
Total: 56:		Total: 109.	
Éxitos	37	Comprobatorios	8
Fracasos	18	Desinvaginación	73
Errores	1	Resección	28
Recidivas	3	Invaginación	24
Muertes	0	Tumor	1
		D.M.	1
		Pólipo	1
		Error	1
		Apendicectomías	45
		Recidivas	0
		Muertes	17

a) El tratamiento incruento se realizó en 56 oportunidades, lográndose 37 éxitos (66%), de los cuales 8 tuvieron comprobación operatoria. Fracasó en 18 (32,2%). No ocurrió ninguna muerte en estos pacientes ni complicaciones inmediatas; pero 3 recidivaron, uno de ellos por quinta vez, oportunidad en la que se resolvió definitivamente por la cirugía. Como importante, indujo a un error, descartando la idea de una invaginación al obtenerse el relleno completo del ciego; la invaginación era ileoileal y se retardó el tratamiento. Ahí residió una de las causas la terminación fatal del enfermo, pues fue operado evolucionando una peritonitis por perforación.

b) El tratamiento quirúrgico fue emprendido en 109 oportunidades. En 8 simplemente se confirmó la reducción lograda por el enema. La desinvaginación se logró en 73, completándose dos veces con suturas de pequeñas zonas de vitalidad dudosa. Pero en cuatro ocasiones ocurrieron perforaciones entre el cuarto y el décimo día del postoperatorio, que determinaron tres muertes. Por lo menos en uno de ellos jugó importante papel la enteritis preexistente a la invaginación; en otro se fistulizó en la zona suturada o muy próximo a ella; en los otros tal vez se desconoció la alteración de la vitalidad intestinal. Han sido errores de conducta de pesadas consecuencias. Todos estos enfermos llevaban de 24 a 36 horas de evolución de los síntomas cuando fueron sometidos al tratamiento.

La resección se practicó en 28: 24 fueron determinados por la intensidad de las lesiones intestinales, en uno se realizó por la presencia de un tumor que resultó un sarcoma de ciego, en uno por la presencia de un divertículo de Meckel, en otro de un pólipo y, finalmente, en otro por error, al creerse encontrar por la palpación pólipos en el intestino.

En 45 oportunidades se agregó a la exploración o a la desinvaginación la apendicectomía. No aparecen complicaciones vinculadas a este gesto, por lo que creemos que es un pequeño beneficio que se debe otorgar al paciente.

No se observaron recidivas, pero sí variadas complicaciones y 17 muertes.

De las incisiones empleadas, la de mayor preferencia ha sido la de Mac Burney (52 veces). Le sigue la transversa derecha supraumbilical (26 veces), destacándose que su uso se extiende en los últimos años, en detrimento de la paramediana derecha infraumbilical, antes muy difundida. Se realizó ésta en 20 pacientes. En 8 se practicó la incisión de Babcock, en 2 mediana infraumbilical y en 1 la incisión de Pfannestiel.

V.— MORTALIDAD

Las 17 muertes ocurridas hacen el 12,3% del total de enfermos tratados. De ellos corresponden 9 a la variedad ileocecal (7,8%) de estos casos, frente a 7 de la variedad ileoileal, lo que eleva su porcentaje al 33,3%, marcando otra diferencia entre ambas. La restante correspondió a la invaginación compleja.

Con respecto al tratamiento recibido, la mortalidad cuando se efectuó la desinvaginación alcanzó a 6 casos (8,4%). Las causas fueron fistulizaciones en 3, shock en 1, evisceración en 1 y diarrea en otro. De los 2 completados con sutura, murió uno por fistulización. De las 28 veces en que se efectuaron resecciones se

17 muertes (12,3%)			
Tipo de invaginación	Causas		
	En desinvaginación	En sutura	En resección
Ileocecual (7,8%) 9	Fístula 3	Fístula .. 1	Shock 3
Ileoileal (33,3%) 7	Diarrea 1		Fístula postop. . 3
Compleja 1	Evisceración 1		Fístula preop. . 1
	Shock 1		Convulsión 1
			Evisceración ... 2
	Total .. (8,4%) 6	Total 1	Total (35,7%) 10

produjeron 10 muertes (35,7%). Sus causas son el shock en 3, fistulizaciones postoperatorias en 3, peritonitis por perforación preoperatoria en 1, convulsión en 1 y evisceración en 2.

La edad marca también diferencias en la mortalidad: uno tenía 3 años, dos estaban entre el año y el año y medio, y el resto por debajo de 1 año. Se aprecia que en las edades menores la gravedad es mayor.

VI.— PRONOSTICO

A pesar de la innegable influencia, como factores adversos, del tipo de invaginación y de la edad del paciente, creemos que el factor fundamental determinante del pronóstico es el tiempo transcurrido entre el comienzo de los síntomas y la realización del tratamiento. Para resaltarlo convincentemente analizamos las evoluciones y resultados de acuerdo a un criterio horario.

a) Los 36 pacientes tratados dentro de las primeras 12 horas de la enfermedad no presentan mortalidad y solamente 4 (11,1%) tuvieron complicaciones, todas de carácter menor, como lo destacan los días requeridos para la hospitalización, que van de 1 a 10, con un promedio de 4 días. De esas complicaciones 2 fueron anestésicas: un paro respiratorio y una inundación bronquial por vómitos, sin vinculación directa con la índole de la enfermedad, que quedarían así reducidas a las otras dos, donde ocurrió diarrea moderada, en uno ya preexistente a la invaginación. Las veces que se recurrió a la cirugía, la desinvaginación fue posible.

b) Si consideramos a los tratados dentro de las 24 horas del comienzo, ya aparece mortalidad: 6 casos (10,9% del grupo); otros 7 (12,7%) tienen otras complicaciones. Algunas de éstas

Tratados dentro de		Muertes	Otras complicaciones	Hospitalización
12 horas	36	0	4 (11,1%)	4 días
24 horas	55	6 (10,9%)	7 (12,7%)	6 días
36 horas	13	3 (23,1%)	3 (23,1%)	8 días
48 horas	17	3 (17,6%)	7 (41,1%)	8 días
3 días	10	2 (20%)	6 (60%)	20 días
4 días	1	0	1	
5 días	2	0		
Incierto	4	1	0	

son de entidad, como evisceraciones, fistulizaciones que requieren reintervenciones, peritonitis plástica que genera oclusión tardía, diarrea grave. Destacando la mayor severidad del cuadro, el promedio de hospitalizaciones ha aumentado a 6 días, con un mínimo de 1 y un máximo de 21. Hubo también necesidad de reseca la zona invaginada en 6 ocasiones, de los que mueren dos.

c) La gravedad tiene un aumento apreciable al considerar el próximo período. De los 13 pacientes tratados a las 36 horas del comienzo, casi la mitad tiene complicaciones, de los cuales 3 son fallecidos (23%). Otros 3 experimentan diarrea grave y fistulas. La hospitalización aumentó su promedio a 8 días, con mínimo de 3 y máximo de 28. Se hicieron necesarias dos resecciones, que arrojó una muerte.

d) De los 17 pacientes tratados dentro de los 48 horas, más de la mitad presentan complicaciones, con 3 fallecidos (17,6%). Los otros 7 tienen complicaciones como las anotadas anteriormente. Se necesitaron efectuar cinco resecciones, de los que fallecen los 3 ya referidos. La hospitalización varió de 3 a 20 días, con un promedio de 8.

e) En 10 ocasiones el tratamiento se instituyó al tercer día de enfermedad. El 80% tienen inconvenientes en el postoperatorio, con 2 muertes (20%) y 6 con complicaciones importantes: persistencia del íleo, deshidratación severa, fistulas y evisceraciones. Fue necesario reseca en 6, la mayoría de los casos, de los que fallecen los 2 ya referidos. La hospitalización aumentó su promedio a 20 días, con mínimo de 5 y máximo de 66.

f) Un solo niño fue tratado al 4º día de enfermedad y curó tras 16 días de evolución azarosa y al precio de una amplia resección, que comprendió desde el íleon al colon izquierdo.

g) Las dos veces en que la enfermedad evolucionó hasta el 5º día la evolución fue fatal. En ambos se hicieron amplias resecciones.

h) En cuatro oportunidades el comienzo fue incierto, por lo que no lo consideraremos de este punto de vista.

VII.— DIAGNOSTICO

Este análisis afirma la necesidad de presumir el diagnóstico en las primeras etapas, cuando la enfermedad cura sin mortalidad y sin mayores inconvenientes. Para tratar de obtener alguna conclusión práctica en el mejoramiento de las cifras finales, buscamos el motivo del elevado número de retardos en el cumplimiento del tratamiento. Más de la mitad de las veces es la familia quien descuida la consulta, ya por falta de interés, ya por vivir en zonas alejadas de centros asistenciales. Pero son muchas las veces en que es el médico quien ha dejado escapar el momento óptimo; más de una vez un niño ha sido examinado por más de un médico, sin sospecharse el diagnóstico. Es también frecuente (en las anotaciones de las historias clínicas) que ha existido una consulta a las pocas horas del comienzo y se inicia un tratamiento que, a pesar de no ser efectivo, hace al familiar esperar confiado en que al fin se obtendrá la mejoría. Esta circunstancia tal vez incida más en este tipo de enfermo de hospital (base de esta estadística) que en otros tipos de clientela, ya que son vistas en el domicilio por los médicos del Servicio de Asistencia Externa, quienes cumplido su turno se retiran, sin poderse ofrecer una continuidad asistencial. Otras veces, en cambio, se sospechó una invaginación y el niño ingresa al Servicio de Urgencia. La evolución o un estudio radiológico descartan el diagnóstico. En general son las otalgias las que generan la confusión; pero no se ha sufrido otra carga que un día de hospitalización y la molestia del traslado, bien poco frente a la seguridad de no ignorar algo tan grave como la invaginación intestinal.

Puesto que los médicos han desconocido el cuadro clínico, y a pesar de parecer ocioso, hemos de insistir en la valoración de los síntomas clínicos. El dolor ha sido el más fiel y el más constante, tan sólo en dos oportunidades fue confuso, enmascarado por otros síntomas también alarmantes. Además suele ser el más precoz, tan sólo precedido en ciertas ocasiones por vómitos, que han despertado la atención por su reiteración o por su abundancia. Sin embargo, hasta no aparecer la enterorragia, no despierta en general la idea del diagnóstico. Fue el signo determinante en el diagnóstico de 106 de las 138 observaciones. Las 32 restantes no la presentaron y se llegó al diagnóstico por otras razones.

Diagnóstico efectuado por:

La intervención:	
Por apendicitis	3
Por oclusión	6
Dolor y "Boudin"	5
Dolor	18
Enterorragia	106

En 3 ocasiones el dolor fue confundido con el de origen apendicular; se realiza la intervención y la visión directa de las lesiones corrige el diagnóstico. En estas condiciones no se derivan consecuencias a lamentar. En 6 oportunidades se interviene por oclusión mecánica, encontrándose la invaginación como causa. En 5 el dolor más la palpación de una masa abdominal fueron decisivos. Solamente en 18 enfermos se intuye el diagnóstico simplemente por el dolor abdominal, lo que evidentemente está lejos del ideal. Aun más si consideramos que la enterorragia, síntoma decisivo en la inmensa mayoría de los diagnósticos, no tiene relación directa ni con el horario de inicio ni con el estado lesional. Ha aparecido tan precoz como a las 3 horas y ha faltado con intestino esfacelado y perforado en cuadros de más de 2 días de evolución. Pocas veces, pues, deja de poner en el buen sendero, pero mientras se manifiesta pueden ocurrir las más graves de las complicaciones.

Hay circunstancias, sin embargo, en que el establecimiento claro de un dolor tipo cólico ofrece grandes dificultades. Nos referimos al lactante pequeño, de 3 a 4 meses de edad, generalmente distrófico, que está en tratamiento por una diarrea. En determinado momento la diarrea cesa, el abdomen se distiende desmedidamente, los vómitos son abundantes y verdosos. El niño está quejoso, pero ya se habían notado dolores en el período de la diarrea. La radiología en estos casos es del más alto valor y podrá ponernos en la pista de un íleo paralítico de base metabólica, de una peritonitis por perforación o de una invaginación. El pronóstico suele ser sombrío por el terreno y la enteritis de fondo.

Para finalizar, pretendemos con estas cifras hacer un toque de atención al médico sobre el extraordinario valor del dolor abdominal del lactante como síntoma revelador, desear que su semiología sea prolija, que se trate de establecer su carácter sincopal y de que siempre vaya unido a la idea de una posible invaginación intestinal.