

INVAGINACION INTESTINAL EN EL NIÑO

Discusión

Dr. MAGNIUS.—...Se hace la siguiente pregunta: ¿qué tipo de anastomosis se puede usar en las resecciones intestinales por invaginación. El doctor Anavitarte va a contestar esta pregunta.

Dr. ANAVITARTE.—Naturalmente que el tipo de anastomosis dependerá del tipo de resección que se haga; si se hace una hemicolectomía derecha, se puede hacer una anastomosis terminolateral que es la más usual; se puede hacer también una anastomosis terminoterminal. Cualquiera de los dos tipos de anastomosis. Personalmente usamos la terminolateral, pero hemos usado también, a veces, la terminoterminal cuando la resección nos ha obligado a extirpar la última asa ileal, o las últimas asas ileales y el colon derecho.

Cuando se trata de una resección ileoileal, hacemos en general anastomosis terminoterminal ensanchando la boca del delgado, oblicuando el corte sobre el delgado de mesenterio a borde libre, es decir, teniendo la certeza de que el borde libre queda bien irrigado, y además el ensanchamiento de la boca que provoca la incisión oblicua.

●tra cosa que ● puede hacer es una sección sobre el borde libre del delgado, resecaando los fragmentos triangulares que quedan libres y queda, de esa manera, una boca muy ancha. Ese es uno de los tipos; excepcionalmente hemos usados la anastomosis laterolateral.

Dr. MAGNIUS.—El Dr. Molinari hace la siguiente pregunta: ¿por qué la mortalidad en esta estadística es mayor a las 36 que a las 4 horas? Esta pregunta iba a ser contestada por el Dr. Arruti que tuvo que retirarse por razón de una urgencia en el Hospital Pedro Visca. La contestación la vamos a hacer personalmente.

La explicación es muy simple; en esta estadística la mortalidad es mayor a las 72 horas, es decir, 20 % en 10 casos, que a los cuatro días, 0 % en 1 caso, en razón del pequeño número. De manera que esta estadística no tiene valor para sacar grandes conclusiones, porque para sacar conclusiones estadísticas se requieren grandes cifras. Es la única explicación que se le puede dar.

(Cinta cortada.) Pregunta: si una vez producida la invaginación la falta de apareamiento de los mesos se comprueba, ¿se fija ● no el ciego?

El Dr. Latourrette hace una pregunta análoga: conducta con el ciego y el colon no fijados y encontrados en el curso de la operación por invaginación. Le vamos a pedir al Prof. Anavitarte que conteste esta pregunta.

Dr. ANAVITARTE.— Personalmente no nos hemos visto nunca obligados a fijar el intestino una vez terminada (cinta cortada) la operación, pero se puede plantear en algunos casos en este tipo de intervención, por ejemplo en ese enfermo que presentaba el Dr. Soto en la placa, que además de la invaginación tenía una malrotación.

Dr. MAGNIUS.— Dr. Latourrette, ¿alguna otra consideración? El doctor Acevedo hace llegar a la Mesa la siguiente pregunta: el enema baritado, ¿tiene riesgos en la invaginación retrógrada? Le pedimos al Prof. Soto que le conteste.

Dr. SOTO.— Pensamos que es una contingencia que puede presentarse en algunos casos; nosotros no la hemos comprobado nunca. Pienso que en estos casos si se insiste con el enema sería perjudicial, porque el enema es una invaginación retrógrada; piensa que acentuaría el cuadro de invaginación. Pero sí conocemos el tipo de imagen que puede presentar la invaginación común cuando nos encontremos con una invaginación retrógrada, y sé de casos que se han presentado; existe la imagen inversa, es decir, que el enema en vez de hacer una imagen cócava hacia la zona invaginante, hace una imagen de tipo convexo, o sea, que encontrando ese tipo de imagen, se debe hacer diagnóstico de invaginación retrógrada y no seguir adelante. Pienso, además, que es una imagen que puede presentarse casi exclusivamente en las formas colólicas; puede observarse también en las formas ileales, pero pienso que en las formas iliocólicas este tipo de invaginación no puede presentarse.

Dr. MAGNIUS.— ¿Alguna otra pregunta o consideración sobre lo que ha dicho el Prof. Soto? El Dr. Bortagaray hace llegar a la Mesa la siguiente pregunta: ¿qué porcentaje de recidivas se han visto con los distintos procedimientos en la invaginación intestinal? El Dr. Lattaro va a contestar esta pregunta.

Dr. LATTARO.— Hay 109 casos operados con 0 recidiva y en 56 casos tratados por radiología hay 3 recidivas; tampoco se pueden sacar mayores consecuencias, dado el pequeño número en nuestra estadística de 109 casos operados y 56 tratados por radiología.

Dr. MAGNIUS.— El Dr. Nande hace llegar a la Mesa la siguiente pregunta: ¿se considera elevada la mortalidad? Deseo que explique la frecuencia de las fístulas y sus causas. Le vamos a pedir al Dr. Arrutti que conteste al Dr. Nande.

Dr. ARRUTTI.—Contestando la primera parte de esta pregunta que hace el Dr. Nande de si es elevada la mortalidad, evidente es una mortalidad elevada, pero fundamentalmente creemos que es debido a diagnósticos retardados, porque si tomamos en cuenta los tratados dentro de las primeras 24 horas, llegan a la mitad de los casos; los otros llegan muy tardíamente. En cuanto a las fistulas, hemos referido que han sido pocas las circunstancias en las cuales (solamente 2 casos) podrían ser imputables a desconocimiento del cirujano actuante. Alguna zona de vitalidad dudosa, por la propia lesión de invaginación, que no ha sido advertida y ha sido reintegrada el asa en la confianza de que eso iba a evolucionar bien. La mayor parte de las fistulas o casi todas ellas, sacando estas dos excepciones, se deben a fistulizaciones en zonas de anastomosis después de la resección.

Dr. MAGNIUS.—Considerando esta Mesa la presencia del señor Presidente del Congreso, nos hacemos un honor en invitarlo a hacer uso de la palabra con respecto al tema.

Dr. YANNICELLI.—Voy a decir algunas palabras con respecto a este trabajo que se ha presentado y en relación a lo que hemos escrito en alguna oportunidad, a lo que hemos trabajado en la clínica quirúrgica y como cirujano de urgencia; de paso voy a comentar algunas de las contestaciones que se han hecho.

Desde el punto de vista clínico, por ejemplo, la presentación de este trabajo así pormenorizado, puede haber creado si no alguna confusión, algunas dudas con respecto a las características generales que siempre se han enseñado y que constituyen el abe en el conocimiento de la invaginación intestinal. Las voy a repetir porque, por ejemplo, cuando se habla de invaginación ileoileal y se habla de las diferencias de la invaginación ileoileal con las otras invaginaciones y se quieren establecer características pormenorizadas en el aspecto clínico, me pongo a pensar que eso puede hacer mal a las personas que están esperando los síntomas que dicen que tiene que tener la invaginación ileal evolucionada. Y entonces me voy a los treinta o cuarenta años que uno tiene en la clínica, me voy al conocimiento, trato de volver al conocimiento general, a lo que hace que un clínico de niños frente a un cuadro agudo de vientre piense o no piense en una invaginación intestinal. Todas las invaginaciones intestinales, o diríamos casi todas porque no se pueden establecer absolutos, se manifiestan en la clínica con un dolor agudo tipo cólico. Decir que este tipo de dolor es más en éste que en el otro, ya crea una confusión, porque, desgraciadamente, hasta hay un 1 ó 2 % de invaginaciones que no se manifiestan clínicamente por dolores; nosotros las hemos descrito: invaginación sin dolor, nos quitan el síntoma capital. Y es por eso que aparecen en la clínica cuando adquieren la enterorragia o cuando aparece la obstrucción intestinal. La obstrucción intestinal integra el cuadro clínico, pero es una etapa de complicación, equivale a la peritonitis en relación a la apendicitis. Si nosotros ponemos a pensar en los cuadros clínicos completos y con los matices que aquí se han presentado y descrito, que tienen que ser de dominio del especia-

lizado, el cirujano general y sobre todo el colega del Interior que tiene que tratar los casos de invaginación, puede pensar que hay que esperar algún otro síntoma. No hay que esperar nada frente a un cuadro doloroso abdominal del lactante, más si se acompaña de shock; en primer lugar el clínico tiene que pensar que se trata de una invaginación y hasta que no descartó el diagnóstico de invaginación, tiene que seguir pensando en eso. Ya conocemos el cólico habitual del lactante, pero eso ya está en el conocimiento habitual; ¿qué tiene que hacer entonces? Nosotros creemos que tiene que trasladarlo a un medio donde se pueda hacer el estudio radiológico, porque la experiencia nuestra coincide con la del Prof. Soto y la de los otros colegas cirujanos, de que la radiografía de abdomen agudo del lactante da mucho.

No sé si está en sala el Prof. Del Campo; nosotros siguiéndolo a él en sus investigaciones de cuadros agudos de vientre, cuando era cirujano del Maciel, cuando nos trasladamos a Cirugía Infantil, empezamos a hacer radiología simple de abdomen, de pie; ustedes vieron la diferencia que hay entre hacer una radiografía de pie y una radiografía acostado: el síndrome oclusivo no se ve; es distinto ver una distensión en un vientre en posición horizontal a verlo en sentido vertical. Sin embargo se sigue repitiendo si no se establece; a veces se pone abdomen y se hace un abdomen acostado. Porque incluso a veces no se sabe manejar al niño, colgarlo para sacar una placa radiológica. Con eso se lee la placa y la placa dice si hay síndrome oclusivo o no. Si hay síndrome oclusivo, podrá o no ser invaginante y la etapa siguiente es la del enema baritado, como dijo el Prof. Soto; y si hay enema baritado positivo, que es el 90% de los casos porque participa el intestino grueso (participa el intestino grueso quiere decir que, aunque sea un pedazo, el intestino delgado se metió en el intestino grueso), aunque sea en la parte del ciego, y entonces puede ser leído por el enema baritado. El enema baritado llega allí; queda una zona sin rellenar, está leído que es una invaginación y entonces decimos con síndrome oclusivo o sin síndrome oclusivo hay una invaginación cecal desde el punto de vista de la radiología. Si no sucede esto y el chico sigue con síntomas clínicos de una invaginación, con síntomas clínicos de invaginación intestinal, pueden suceder dos cosas: o ya pensamos que se trata de una invaginación ileoileal y lo intervenimos o, de lo contrario, volvemos a repetir el examen dentro de pocas horas y ahí sí vamos a encontrar el síndrome clínico radiológico de oclusión intestinal, en general, y va a aparecer más. Quiere decir que estoy de acuerdo cuando habla de invaginación intestinal que el síndrome oclusivo radiológico aparece más precozmente que en el caso de una invaginación colónica y una invaginación ileocecal general.

Pero nosotros tenemos que acostumbrarnos a hacer el diagnóstico clínico y completar con el enema baritado, porque realmente me asombra, y un poco me avergüenza de que aparezca una estadística con 138 casos donde figura la enterorragia en casi 100 casos. Eso revela ignorancia, o entre los familiares que llevaron al enfermo o entre los médicos que vieron al enfermo y lo debían haber mandado al hospital o demora en la permanencia en el hospital, y entonces son historias que se continúan escribiendo antes de que el cirujano

tome intervención y el practicante de guardia agrega la enterorragia porque el enfermo que se pasó de la mañana a la tarde esperando la atención que debía haber tenido en el primer momento. De manera que hay que reestudiar estas historias clínicas para ubicarlas bien; me había manejado estos años con estadísticas, iba anotando de a 100 casos y habíamos anotado una mortalidad que había bajado y que había llegado cerca del 6 ó 7 % de mortalidad. Nos encontramos aquí con una estadística de 12.3 % de mortalidad; quiere decir que tenemos que volver a atormentar con las viejas palabras, palabras elementales (cinta cortada) y que creíamos que ya habían sido del conocimiento de todos los colegas.

El dolor abdominal de tipo cólico es el síntoma inicial de la mayor parte de las invaginaciones; los médicos tienen la obligación de tomar como caso de urgencia el dolor abdominal del lactante, como toman el cuadro agudo de vientre de fosa ilíaca derecha en el niño mayor y en el adulto; no desprenderse de él hasta aclarar que eso no se trata de una invaginación intestinal.

Indudablemente que hemos retrogradado, cuando vemos estadísticas donde aparece la enterorragia. En el curso de 9 años, es muy difícil que haya tanta invaginación intestinal, que haya evolucionado tanto; tendría que ser un tipo hemorrágico que no conocemos, puede haber una diserasia, pero tanto diserasia no creemos; la causa es evidente: se ha dejado evolucionar más de la cuenta.

Es claro que estas estadísticas se deban probablemente a una cantidad de aproximadamente 12 ó 15 cirujanos que han estado actuando, tal vez 20 cirujanos, en los servicios de puerta; y también ligo otra observación: 6 resecciones intestinales en invaginaciones intestinales que murieron en las 24 horas, son excesivas. La verdad que me asombra eso; tenemos que pensar que las invaginaciones han cambiado la modalidad y yo creo que en ese sentido la evolución de la invaginación en la clínica es la misma de la lesión anatómica.

Prefiero creer que hay una tendencia reseccionista mucho mayor y voy a tener mucho interés en analizar después esta estadística de los últimos años para ver qué relación tiene con las de años pretéritos, porque creo que hacíamos las cosas bien, tal vez mejor desde el punto de vista del interés del enfermo, que es un diagnóstico prematuro, un diagnóstico oportuno y un tratamiento también oportuno.

El tinte cargado a ciertas características que se han hecho; por ejemplo, las invaginaciones ilio cólicas tendrían, como se ha dicho, una sintomatología hemorrágica predominante; creo que habría también que analizarlo con mayor número, todo depende del grado de evolución, del sector que ha tomado. De manera que lo que quiero decir es que no estoy de acuerdo con que se trate de pormenorizar la sintomatología; lo deben hacer los especializados cuando profundizan el tema, pero no debe perderse la orientación general diagnóstica y la necesidad de un tratamiento oportuno.

Conuerdo con el análisis que ha hecho el Dr. Anavitarte con respecto a cuándo tiene que intervenir la cirugía; hay clínicas en Norteamérica donde no han hecho sistemáticamente, pero también allí y en muchos lados se está rectificando la conducta porque han aparecido las estadísticas demostrando que

un porcentaje grande de casos han curado sin necesidad de ir a la mesa operatoria. Precisamente los que actuamos durante la época del Dr. Bazzano, del Prof. Soto, donde la cirugía no tenía tantas posibilidades como las de ahora, tomamos de la clínica radiológica las mayores posibilidades para no intervenir los enfermos. Tengo miedo de que con las garantías que tiene la cirugía actual, nos estemos prodigando demasiado quirúrgicamente sin sacar los beneficios que podríamos utilizar de una buena formación clínica, de una oportuna intervención del radiólogo y de un ajuste de la técnica correspondiente. De manera que yo decía que este tema era oportuno, muy oportuno; conviene revisar las cifras, cosa que parecía sencilla; estoy seguro que muchos de los colegas del Interior tienen casos estudiados, analizados e intervenidos, algunos brillantemente.

Sabemos también que en algunos lugares no ha habido invaginación intestinal hasta que no hubo médicos que pasaron por las clínicas pediátricas y empezaron a reconocer invaginaciones intestinales típicas. Algunos que fueron internos en el Servicio llegaron a determinado lugar y en seguida empezaron las invaginaciones, y no era por un tactismo positivo, sino que lo sabían reconocer. De manera que esto demuestra, una vez más, que hay que seguir sin perjuicio de la especialización y la pormenorización de los aspectos quirúrgicos, radiológicos y de tratamiento, en la ratificación de los viejos conceptos que nos acercan más al enfermo. Tratamiento oportuno en las primeras horas, porque nadie discute que en las primeras horas la mortalidad puede llegar a ser nula, y ajuste de técnicas, de anestesiología, etc. Sabemos que hay colegas del Interior que no tienen las garantías que tenemos nosotros casi siempre para poder operar con anestesiistas avezados; es para ello que tenemos que fortalecer las posibilidades de un tratamiento de radiología y podemos decir que en nuestra larga experiencia no hemos tenido que hacer resección de intestino más que en diez casos, y tenemos unas estadísticas que no tienen nada que envidiarle a las que aquí se presentan. Probablemente la estadística personal de unos cuantos cirujanos aquí presentes, sea muy superior a ésta que reúne la experiencia de una cantidad de colegas. Hay una tendencia, entre los cirujanos que no manejan la cirugía infantil, a hacer las grandes incisiones; se ha dicho aquí que hay que cuidarse de las incisiones medianas y paramedianas en la cirugía pediátrica y se han aconsejado las incisiones transversales. Eso tiene mucha importancia; no en vano aparecen las eventraciones, y las eventraciones aparecen cuando hay distensión en el postoperatorio frente a una pared intestinal en un niño que evidentemente está afectado, ya por unos días, de trastornos metabólicos.

Se ha hablado aquí también de la asociación de invaginación y enterocolitis; es de una gravedad extraordinaria. Las lesiones previas de enterocolitis en el intestino hace que la invaginación se agrave aun cuando hayamos intervenido y no hayamos tenido que hacer resecciones de intestino; el cirujano queda conforme, de manera que en esos casos el ideal es poder resolver la invaginación sin intervenir. Diría que el manoseo quirúrgico de asas intestinales comprometidas con procesos vasculares relacionados con la enterocolitis, crea una propensión a la perforación ulterior. Nosotros tenemos un caso,

que lo hemos intervenido cuatro veces, con perforaciones sucesivas puntiformes siendo la invaginación tratada, pero seguía la lesión primitiva vascular de las asas delgadas. De manera que agradezco la oportunidad que me ha dado el Presidente de la Mesa para ratificar y reafirmar viejos conceptos y para reafirmar que tenemos que seguir con la enseñanza. Cuando los colegas venían anticipando los casos y diciendo: "nosotros oímos decir tal cosa, lo traemos a la clínica, ustedes resuelvan" y era muy a menudo una invaginación intestinal, había un sentido clínico; sabemos de un porcentaje de casos que se hace el enema y se puede resolver el problema; no hay invaginación. Ya sabemos también que eso demora dos o tres horas en los hospitales, a veces, y que hay cirujanos más apurados que otros para resolver el problema, más de ellos que del enfermo; pero evidentemente la técnica ha dado la manera de poder conciliar esas cosas y si nosotros tenemos los elementos de juicio para hacer, no tenemos porqué dejar pasar y hacer venir el enfermo con enterorragia cuando lo hemos visto con cólicos intestinales que nos la están anunciando. Cuando llega un enfermo a nuestra cátedra, hacemos venir a la madre y le hacemos repetir la historia clínica, y muy a menudo hacemos mostrar dónde está el error del médico tratante; el médico tratante frente a un dolor que a veces la madre le hace notar, que se acompaña de síntomas del estado shockante, que a veces no existe, lo trató como un dolor tipo cólico habitual; y ahí está, ahí es donde se pueden encontrar las cifras de mortalidad, donde se perdió el momento oportuno. De manera que digamos que no hemos adelantado nada y que seguiremos adelantando en el descenso de la mortalidad, si volvemos a cuidarnos a la clínica, con las pragmáticas tantas veces reiteradas, si sabemos utilizar al radiólogo experto cuando lo tengamos y si no que se haga el experto porque vale la pena, utilizando las técnicas quirúrgicas indudablemente muy valiosas siempre que no tengamos el afán de hacer la resección para aumentar un número más de resecaos en una ceca en que no es absolutamente necesario. Es lo que quería decir.

Dr. MAGNIUS.—Gracias, Prof. Yannicelli. ¿Si alguno de los componentes quiere hacer uso de la palabra?

Dra. CABRERA.—Frente a este sombrío panorama con que nos encontramos en esta estadística, debemos hacer hincapié en algo que lo puede aligerar. Existen una serie de niños que llegan en las primeras horas (6-8 horas), en los cuales se realiza un enema baritado; ese enema baritado resuelve el problema; son niños que pasan muy raramente por el Servicio de Urgencia. Ese número de historias debieran sumarse para que los cómputos, las estadísticas, dijeran la verdad realmente.

Muchas veces visto por el médico general no es interpretado y ese es el básico problema, es decir, el niño que llega tarde, porque niños que hacen un dolor de tipo cólico que ya va acentuándose y acercándose cada vez más, interpolado con shock, indiscutiblemente que nadie va a esperar una enterorragia para hacer un enema baritado; nosotros lo realizamos sistemáticamente.

En ese caso muchas veces nos quedan las dudas frente a una desinvaginación rápida de que realmente no haya habido una invaginación, y esos no se computan; pero es evidente que en las primerísimas horas, donde el enema baritado realmente es útil, no están computados todos los casos porque a veces se han perdido por problemas de estadística y problemas de archivo más que nada; eso podría aligerar un poco esta estadística y no hacerla tan sombría.

Dr. MAGNIUS.—Al dar por terminada esta Mesa Redonda sobre Invaginación intestinal, queremos dejar sentadas una serie de conclusiones. Primero, la invaginación intestinal es una causa de consulta muy frecuente; segundo, la mortalidad es infinitamente menor cuanto más precoz es el diagnóstico; tercero, las complicaciones son infinitamente menores cuanto más precoz es el diagnóstico.

Le pedimos disculpas al Dr. Nande: no nos habíamos dado cuenta de que quería hablar.

Dr. NANDE.—Me ha resultado sumamente instructivo asistir a esta Mesa Redonda donde se trataba un tema que no es de mi especialidad o, mejor dicho, no ejerzo la pediatría, pero vine porque todo aquel que tiene en sus funciones el ejercicio de la medicina de urgencia en cualquier aspecto, debe conocer cuál está dentro de los casos de urgencia de la invaginación intestinal.

He oído cosas que me han sorprendido profundamente, cuando aumentan los medios y los factores de seguridad para todos los que ejercemos la medicina, me resultaba incongruente que en una de esas afecciones urgentes hubiera aumentado la mortalidad; por eso hice la pregunta.

Pero han surgido otras cosas, a través de lo que aquí se ha expuesto, que me han llamado más aún la atención. Cuando el fundamento de todo lo que hacíamos en urgencia era realmente el sentido clínico y la preocupación clínica de descubrir, sin otros medios auxiliares, el diagnóstico para actuar, vemos que aumenta la mortalidad en una afección que, como en el apéndice, no solamente nos extraña, sino que nos mortifica que muera una persona así. He tratado muchas oclusiones, es decir, muchas invaginaciones, porque ya hay que pensar seriamente que cuando uno sospecha que es invaginación, está al borde de una oclusión que es lo grave. Pero recuerdo también el sentido clínico con que nos enseñaron que hacía que rara vez, a quien ha recibido las enseñanzas de ese sentido clínico, puede escaparles la posibilidad de una invaginación en un niño. Puede revelarse y entonces pienso a veces qué es lo que hemos retrogradado, si hemos de decir que somos peores clínicos en la actualidad o si es que hay un sistema que no deja aplicar los conocimientos del médico en una forma que es elemental que esa sea la norma de quien ejerce medicina.

Por otra parte considero que nadie puede tener la función de cirujano de urgencia, si no sabe hacer la radiología directa por lo menos para descartar lo grueso; si no sabe hacer esa radiología en todos los casos en que se le presenten esos casos de afecciones, que son agudas y que son urgentes; y por eso estamos todos dotados de un aparatito, aunque sea chiquito, en el medio

donde se actúa; estoy hablando de la campaña. Es sumamente raro que no se recurra a un procedimiento tan frecuente que nos enseñaron los viejos cirujanos, que hoy consideran viejo y desechable, porque parece que lo viejo ya no sirve. Por eso me extraña que la gente hable que no se recurre a la radiología en los casos de urgencia, porque no estamos habilitados para manejar los aparatos de rayos o mirar a través de un aparato de rayo. Y para eso he visto al Prof. Del Campo, y para eso concurrí tantas veces a cualquier hora de la noche o el día, a enseñarnos, él directamente junto con nosotros, a mirar lo que debe saber un cirujano de urgencia, lo que debe buscar a través de ese elemento fundamental que es la radiología. ¿Y quién es el cirujano de urgencia que ha ejercido en los hospitales y en las puertas de éstos, de los hospitales de aquí de Montevideo, que no sepa mirar y sacar consecuencias de un enfermo, de cualquier afección que se caracteriza por su urgencia? Creo que nadie.

Cuando se refiere a la estadística, digo: ¿vale o no vale al estadística?. Porque para mí la estadística es muy importante, y nuestros hospitales no van a marchar bien hasta que no tengan un sistema estadístico y de verdad; lo demás no cuenta. Por eso cuando el Dr. Yannicelli se refería a la estadística, que le viene acusando una mortalidad mayor que en los viejos tiempos en los cuales él comenzó a actuar; seguramente en la cirugía de urgencia es sorprendente que esto suceda; en algún lado está la falla. Y si nos encontramos que es la clínica la que presenta fallas, quiere decir que nuestro sistema de enseñanza viene fallando en lo fundamental. A eso quería referirme, y ustedes me van a perdonar, pero no creo que aquel que se le muere en sus manos un niño, salvo que desde luego ya venga con un estado oclusivo, con una desintegración total y un resentimiento tal de su organismo, que se muera por oclusión. Cada vez que se muere (en las manos de un cirujano), no solamente lo sienten porque se les muere, porque se haya perdido la vida, sino que sienten la carga de su conciencia que los está condenando. Nada más, muchas gracias.

Dr. MAGNIUS.— Muchas gracias, Dr. Nande. ¿Alguien más quiere hacer uso de la palabra? Un minuto para la Dra. Aronían.

Dra. ARONIAN.— Simplemente queríamos decir dos palabras sobre nuestra reducida experiencia en radiología pediátrica que data de hace unos diez años, en la que hemos observado que nuestra intervención ha sido útil en dos sentidos.

Primero, nos ha proporcionado satisfacción, en los casos en que con nuestra intervención hemos reducido la invaginación. Pero, además, hemos comprobado una cosa que aquí no se mencionó, y es que muchas veces nuestra intervención ha sido de gran utilidad para el cirujano, porque ha transformado la situación; vamos a decir la altura de la invaginación, llevando, por ejemplo, una invaginación ileoceólica que llega hasta el transversal o hasta el ángulo izquierdo del colon, hasta la región ileocecal o hasta el ciego. Este hecho es

fundamental, como se puede comprender, porque el abordaje que hace el cirujano es totalmente diferente; es mucho más sencilla esta última intervención que la primera.

Por otra parte, desde luego en aquellos casos en que no se puede reducir el proceso, se hace mucho más pequeño con el enema baritado, salvo aquellos casos en que lleva muchas horas de invaginación. Por lo tanto creemos que es fundamental, siempre, la intervención del radiólogo.

Y lo otro que queríamos agregar, es que creemos importante, y lo hemos dicho varias veces a nuestros compañeros cirujanos: realizar un colon por enema "a posteriori", después de la mejoría y después del alta del enfermo, para ver en qué condiciones quedó ese colon y cuáles son los posibles factores que pueden influir en la recidiva de la lesión, porque no es infrecuente, ¿verdad?; ver niños que hacen más de una vez invaginación, y muchas veces, lógicamente, el cirujano que opera de urgencia solamente en aquel sector donde está la afección localizada en ese momento, pero no puede estudiar siempre, por el apuro, por la situación del enfermo, el resto del colon con el intestino delgado. Por lo tanto proponemos siempre que ese enfermo sea reestudiado "a posteriori", haciéndose un tránsito de intestino delgado, observando éste, y un colon por enema.

Dr. MAGNIUS.— Muchas gracias, Dra. Aronián. Repetimos, al clausurar esta Mesa, las conclusiones.

- 1º) La invaginación intestinal es una causa de consulta muy frecuente.
- 2º) La mortalidad es nítidamente menor cuanto más precoz es el diagnóstico.
- 3º) Las complicaciones son infinitamente menores cuanto más precoz es el diagnóstico.
- 4º) La radiografía es de fundamental importancia en el diagnóstico y eventual tratamiento de esta afección.
- 5º) La terapéutica puede ser quirúrgica o por enema baritado; también pueden obtenerse desinvaginaciones por insuflación de aire.
- 6º) Existen límites precisos por los cuales una u otra indicación pueden ser manejadas.
- 7º) La cirugía tiene indicaciones precisas y debe ser manejada y efectuada de preferencia por cirujanos pediátricos.
- 8º) El enema terapéutico tiene indicaciones precisas y debe ser hecho, de preferencia, por radiólogos habituados a estos enfermos.
- 9º) La invaginación intestinal debe tener una baja letalidad.
- 10) Esta mesa deja sentada su aspiración a que dicha letalidad desapareza totalmente.

Señor Presidente del Congreso, señores congresales, muchas gracias por la atención prestada.