

## INVAGINACION INTESTINAL

POR EL

**Dr. Benito Soria**

En este trabajo que someto a consideración del VI° CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA, colabora mi distinguido colega y amigo, el Prof. Félix Olmedo, en lo concerniente al acto quirúrgico de los casos de invaginación intestinal que motivan el presente trabajo.

El Dr. Olmedo informa de las consideraciones quirúrgicas que le sugieren estos casos intervenidos y ellas podrán encontrarse al final del trabajo.

La oportunidad, que he tenido durante mi largo ejercicio profesional, y particularmente durante estos dos últimos años, de observar en elientela, el síndrome de oclusión intestinal agudo en el niño de corta edad especialmente, me ha decidido a traer este aporte al Congreso de Medicina que se realiza en Córdoba, sin más pretensión, que dar cuenta, de los casos que he observado y anotar el resultado obtenido por el tratamiento quirúrgico, siempre en relación con el diagnóstico precoz y la intervención urgente.

Antes de referir las historias clínicas de los casos tratados, es conveniente recordar, que el síndrome de oclusión intestinal del niño, debe considerarse de acuerdo con la edad, ya que las causas que producen la oclusión suelen ser distintas, según la edad del mismo.

Así vemos, que las oclusiones intestinales del recién nacido, tienen como causas variadas unas veces las imperforaciones anales, las desembocaduras anormales del recto o diversas anomalías del intestino. Otras veces, es un vólvulo, una hernia diafragmática,

un mega-colon, o una membrana obturante en la desembocadura del intestino delgado en el ciego o una estenosis cordonal del delgado o del colon sobre un segmento más o menos largo del intestino el causante de la oclusión.

Bajo el punto de vista clínico, el síndrome de oclusión en el recién nacido, se observa desde el nacimiento, los vómitos son persistentes y toman después de varias horas el tipo meconial. No hay deposiciones ni aparición del meconio por el ano. El abdomen se dilata cuando el obstáculo no está situado muy alto, en el intestino delgado. El tacto rectal, por lo general no aclara el diagnóstico, siempre difícil e inseguro.

En síndrome de oclusión intestinal del lactante, cuya causa habitual es la invaginación intestinal aguda, es mucho más importante, por su frecuencia y por su eficacia quirúrgica, siempre que se la diagnostique a tiempo y se proceda con urgencia.

Tiene un gran valor, no solo bajo el punto de vista del diagnóstico sino también del pronóstico, el sitio de asiento de la oclusión. En el lactante, la localización más frecuente de la iniciación de la invaginación, es la región ileocecal, a la que sigue en frecuencia, la ileocólica, encontrándose comprometida en estos casos, el intestino delgado, el ciego y el colon. Sigue en orden de frecuencia, la invaginación ileo-ileal, que puede permanecer en el ileo, como forma pura o puede secundariamente transformarse en compleja.

Es de un gran valor pronóstico y también quirúrgico, el poder localizar con exactitud el sitio donde asienta la invaginación.

Los síntomas clínicos en las formas típicas habituales, son claros y precisos; por lo general se trata de un niño que en plena salud aparente o sobre alimentado, por el pecho o con alimentación mixta o artificial, bruscamente se enferma con fuertes dolores abdominales, que se traducen por llantos desesperados, se agita, palidece, traspira y vomita su última comida. Al cabo de algunos minutos se calma, sus dolores pasan, el niño por lo general se duerme y todo parece entrar en completo bienestar; cuando de nuevo aparece una segunda crisis que se repite en tiempo variable y con intervalos diferentes.

Estas crisis dolorosas y paroxísticas, con intervalos de salud aparente son características y de un gran valor para el diagnóstico.

Los vómitos acompañan por lo general a las crisis dolorosas y es muy raro que falten, son casi siempre alimenticios, biliosos o con ligeras pintas de sangre, jamás son fecaloides.

La detención de las materias fecales o de los gases, no siempre es completa desde el primer momento, yo he tenido oportunidad de ver en varios casos observados, que estos niños tienen una o dos deposiciones normales, corto tiempo después de la primera crisis dolorosa. Este es un buen antecedente para sospechar el sitio de la localización donde se inició la invaginación.

Las deposiciones sanguinolentas que suelen completar el cuadro sintomatológico de la invaginación, pueden también aparecer en forma precoz, pero por lo general, es más común que se observen después de las diez o doce horas de iniciado el trastorno. El sitio donde se asienta la invaginación tiene una gran importancia para la aparición de las deposiciones sanguinolentas, por eso las invaginaciones ileo-ileales sangran muy tardíamente, porque la sangre encuentra dificultades para franquear la válvula de Bauhin.

Cuando la deposición, además de contener sangre contiene mucus podemos asegurar la participación del colón en la invaginación.

Cuando las invaginaciones son de la variedad hemorrágica, es frecuente observar después de dos o tres horas de iniciado el proceso, deposiciones sanguinolentas verdaderas, que contrastan con las formas típicas habituales, donde la evacuación se limita a la presencia de mucosidades sanguinolentas y fétidas.

Es también de gran valor diagnóstico, la palpación del abdomen, donde si se practica con gran atención se encuentra casi siempre, la presencia de una tumoración alargada, por lo general cóncava hacia la línea media del abdomen.

La invaginación se inicia en la fosa ilíaca derecha, para extenderse después en el hipocondrio del mismo lado, la región epigástrica y descender al fin, por el lado izquierdo, por el colon descendente, pudiendo llegar a veces hasta el recto.

Esta tumefacción tiene una consistencia dura o elástica pudiendo variar de forma, situación y tamaño, de hora en hora, por lo cual es conveniente repetir los exámenes con frecuencia. Muchas veces se puede constatar en la fosa ilíaca derecha, después de algunas horas de iniciado el ataque, una depresibilidad anormal, producida por la migración del ciego, que es el signo descripto por Danec.

La pared abdominal suele encontrarse relajada, por lo general, el meteorismo puede ser variable, según el asiento de la oclusión y el tiempo transecurrido de la iniciación del proceso.

Según sea la predominancia de los síntomas, podemos observar, distintas variedades como, la forma dolorosa, la hemorrágica, y la oclusiva y finalmente, la forma tóxica cuya significación pronóstica tiene un valor real.

Nunca debemos olvidar los datos que pueden darnos el examen por el tacto rectal, combinado con la palpación abdominal, donde en más de una ocasión podemos sentir la cabeza de la invaginación en el recto, y la tumefacción en la fosa ilíaca izquierda. Casi siempre se constata también la presencia de sangre en la ampolla rectal dato del mayor valor para el diagnóstico.

Finalmente, el examen radiológico, tan en boga en los días que corren, no solo como medio de diagnóstico sino también como tratamiento, en ciertas formas de invaginación, puede emplearse en ciertos y determinados casos, cuando el enfermo por su estado lo permita, pero a condición de que el cirujano esté presente para intervenir de inmediato, pero en los casos típicos, donde todos los síntomas son tan claros y determinantes, se ha de prescindir de estos exámenes.

Debemos dejar bien establecido, de una vez para siempre, que la evolución de la invaginación intestinal aguda, es fatal cuando el médico no interviene en oportunidad, no obstante los casos publicados, de desinvaginación espontánea o por el lavaje baritado, que son reales por otra parte, pero que exponen siempre a las recidivas o a las complicaciones irreparables. Cuando éstas aparecen, el vientre se distiende por los gases, los dolores pasan, pero los signos generales de la intoxicación se acentúan, los vómitos se hacen

más persistentes, las facies se excavan, y los niños toman el aspecto peritoneal, cayendo en una gran indiferencia, para luego morir, con un cuadro de intoxicación grave.

La tercera forma de oclusión intestinal correspondè a los niños de la segunda infancia, las cuales se parecen mucho a las del adulto, y sus causas suelen ser muchas veces distintas que las del lactante.

En el síndrome de oclusión intestinal a esta edad de la vida, las causas más frecuentes de la invaginación, suele ser en primer lugar la apendicitis, la peritonitis tuberculosa, el fleus por divertículos de Meckel y los vólvulos.

La sintomatología de estas oclusiones, tiene sus variantes como en el adulto y en el caso particular de la invaginación intestinal, por lo general se presenta con un cuadro sub-agudo, en contraposición del cuadro agudo del lactante.

Existen, sin embargo formas de invaginación en el niño de segunda infancia, con sintomatología de oclusión aguda que se parecen a las invaginaciones agudas del lactante y que necesitan ser tratadas con la misma urgencia, por la gravedad que representan.

La manera de presentarse la invaginación aguda del niño de segunda infancia, no es tan clara como en el lactante, sus síntomas son más vagos, la emisión de sangre por el ano es mucho menos común, el asiento de la invaginación por lo general suele ser la región íleo-ideal pura, los dolores son paroxísticos y brutales por su intensidad.

Los síntomas generales son muy variables y suelen estar en relación con la mayor o menor intoxicación del enfermo, con el asiento de la lesión, con el tiempo transecurrido desde la iniciación del proceso y con la causa que ha producido la oclusión.

El examen radiológico baritado no tiene la significación que en el lactante.

Así se comprende, como la oclusión intestinal del niño de segunda infancia tiene por su etiología, y sintomatología variadas sus diferencias fundamentales con las del niño de pecho, que es necesario distinguir, para diagnosticarlas precozmente y someter-

los a la operación de urgencia, única forma de obrar con oportunidad y eficazmente.

No está de más repetir en esta ocasión, que la oclusión intestinal aguda, es una de las enfermedades que no admite dilaciones y reclama la intervención al cabo de un número de horas limitado, porque sino los daños que produce son irreparables.

Es necesario acostumbrarse a no esperar el cuadro clínico completo, porque sino, puede llegarse demasiado tarde; bastará generalmente uno o dos signos evidentes para decidir la intervención.

En las historias clínicas, que se encuentran al final de esta comunicación, anoto, que el éxito del tratamiento quirúrgico, estuvo siempre condicionado por la mayor o menor rapidez con que se resolvió el acto operatorio.

## HISTORIAS CLINICAS

### HISTORIA N°. 1.

*Blanca Névida Sabino*, de 7 meses de edad, nacida a término en parto normal. Sin antecedentes hereditarios de importancia. Se desarrolla normalmente y sin tener ninguna enfermedad hasta la edad de 7 meses. Fué alimentada a pecho hasta los 5 meses y después de esa edad con alimentación mixta: pecho, leche de vaca al 1/2. El día 10 de Mayo de 1937 lo traen a la consulta procedente de Río Segundo, porque bruscamente se ha sentido enfermo con fuertes dolores abdominales en forma paroxística, vómitos alimenticios y después biliosos, palidez y detención de las materias fecales. El primer ataque de dolor —al decir de los padres— había empezado entre las 10 y 11 de la mañana. La examino entre las 16 y 17 y constato: un vientre ligeramente meteorizado con la pared muscular hipotónica y a la palpación en la fosa ilíaca derecha una tumeración alargada, elástica y movable que se continuaba hacia la línea media por encima del ombligo, en convexidad superior. El niño no había tenido ninguna deposición hasta ese instante. Su

estado general era bueno; ligero estado febril 37° 8) pulso rápido, pero lleno, respiración rítmica e intolerancia gástrica.

Como sospechaba estar en presencia de un caso de invaginación intestinal, practiqué un tacto rectal que me confirmó el diagnóstico, no sólo por la sensación misma obtenida, sino también por la sangre que apareció en el dedo del guante con que practiqué esta palpación bimanual. Una hora después el cirujano, doctor Félix Olmedo, practicaba una laparatomía supra umbilical en la línea media y con facilidad se exteriorizó el budín de invaginación del tipo iliocecal el que fué reducido sin mayor dificultad y posteriormente, fué cerrada la pared abdominal en un solo plano. Después de un post operatorio excelente es dada de alta a los 15 días en perfectas condiciones. Hago notar que esta enfermita fué operada entre las primeras 7 u 8 horas después de producirse la primera crisis dolorosa.

#### HISTORIA N° 2.

*Oscar R.*, de 6 meses de edad, nacido a término en parto normal, sin antecedentes hereditarios de importancia; criado a pecho exclusivamente hasta los 2 primeros meses y con alimentación artificial a partir del tercer mes; padece de trastornos digestivos a causa de una sobre alimentación a que se lo somete. Bruscamente aparecen intensos dolores abdominales paroxísticos, vómitos al principio alimenticios y más tarde biliosos. Se enferma entre las 22 y 23 horas, de la víspera del día que lo examinara. El colega que lo asistía dudaba del diagnóstico de invaginación intestinal. Soy llamado en consulta para verlo 28 horas después de la iniciación del proceso, constatando al examen del abdomen: un meteorismo bastante acentuado, pared abdominal distendida y panículo adiposo de la misma muy marcado que dificultaba bastante el examen de las vísceras. No obstante esto pude constatar a la palpación la existencia de una tumoración alargada, cuyo punto de partida se encontraba en la fosa ilíaca derecha y se continuaba hacia arriba y adentro y rebasando la línea media a dos travezos de dedo más o menos del flanco izquierdo. Al tacto rectal y palpación bimanual

pude tener la seguridad de que estábamos en presencia de una invaginación intestinal. Después de iniciarse el ataque de dolor abdominal el niño había tenido vómitos a repetición y dos deposiciones fecaloides sin presencia de sangre. A las 31 horas de iniciarse el ataque recién fué operado, cuando los síntomas de la intoxicación francamente se exteriorizaban. El cirujano, doctor Félix Olmedo, practica la laparotomía supra umbilical en la línea media, exterioriza el colón transversal y con facilidad constata el budín de invaginación que se había iniciado en la región iliocecal y que comprendía en las mismas el colón transversal y la primera porción del colon descendente. No obstante los cuidados que se le prodigaron falleció la misma noche cuatro horas después de la intervención con manifestación evidente de su profunda intoxicación.

### HISTORIA N° 3.

*Alfredo Colombo.* De siete meses de edad, nacido a término en parto normal; hijo de padres sanos; se desarrolla muy bien sin haber tenido ninguna enfermedad; criado a pecho hasta los seis meses, después de esta edad, con alimentación mixta: pecho y sopa de cereales. A la edad de siete meses disfrutando de completa salud tiene un cólico y un vómito alimenticio a las 16 horas, con palidez y demacración de rostro. Lo asiste el colega Dr. Bulacio, una hora después de iniciada su enfermedad, quien de inmediato sospechaba una oclusión intestinal por invaginación no obstante que en el momento de su visita el niño estaba contento y aparentemente bien. A las 17 horas del mismo día se repite el cólico intestinal, sin vómito y sin deposición. Soy llamado en consulta, constatando al examen del abdomen una tumoración alargada cuyo punto de partida se encontraba en la fosa ilíaca derecha ascendiendo hacia la región epigástrica de una extensión aproximada de cinco traveses de dedos. Con los síntomas anotados aseguramos el diagnóstico de invaginación intestinal y el colega cirujano doctor Félix Olmedo procede a operar de inmediato siendo las 21 horas. Hace una incisión supra umbilical mediana que exterioriza el colon y constata una invaginación iliocecal que se extiende hasta el ángulo iz-

quierdo del colon descendente. Desenvaginado, cierra la pared con sutura en un solo plano empleando para esta operación una anestesia general con éter. Post-operatorio sin ningún trastorno, y curación completa a los 12 días. Hago notar que este enfermo fué operado dentro de las cinco horas de producirse el primer ataque.

#### HISTORIA N°. 4.

*Armando Correa.* Procedente de Corralito, Departamento Tercero Arriba, Peña. de Córdoba, de tres meses de edad; alimentado exclusivamente a pecho, pero con exceso de peso de acuerdo a su edad (8 kilos 200 grms.). Se enferma bruscamente el día 13 de Abril de 1937, con un fuerte cólico abdominal que hace sospechar al médico de la localidad que pueda tratarse de una invaginación intestinal y sin pérdida de tiempo, lo envía para mi observación. El primer ataque —al decir de la madre— lo ha tenido a las 11 de la mañana. Llega a mi consultorio a las seis horas después de iniciado éste y tras de confirmar las sospechas de mi colega, se lo somete a una operación esa misma noche a las 21 horas, habiendo transcurrido solamente diez horas desde la iniciación del proceso. Lo opera el cirujano doctor Félix Olmedo con una laparatomía mediana supra umbilical, constatando la invaginación ileocecal que fué reducida de inmediato. El post operatorio es malo, con vómitos y náuseas que duran tres días, que no permiten alimentar al enfermito sinó con pequeñas cantidades de leche de pecho. El vientre permanece muy timpánico durante siete días; a los 15 días después de la operación se pretende sacar tres puntos de la sutura que había sido practicada en un solo plano y como las ansas intestinales estaban muy distendidas por los gases se cortan dos o tres puntos más y se produce la *eventración* intestinal que permite la salida de nuevo de las vísceras fuera de la cavidad abdominal. Se anestesia por segunda vez al enfermito, se reducen las ansas intestinales a la cavidad abdominal y se sutura de nuevo. El 8 de mayo de 1937 es dado de alta perfectamente curado. Hago notar la tierna edad de este niño —tres meses— y la intervención precoz que fué practicada a las 10 horas después de iniciada la invaginación.

Debo manifestar finalmente, que en mi concepto, los éxitos operatorios de la invaginación intestinal del lactante está en relación directa con el menor espacio de tiempo transcurrido entre la iniciación del proceso y la intervención quirúrgica.

### CONSIDERACIONES QUIRURGICAS DEL PROFESOR DOCTOR FELIX OLMEDO

Después de haber asistido y operado con mi colega Prof. Dr. Benito Soria los casos de invaginación intestinal, que han motivado este trabajo, hemos podido constatar:

1°. Que la precocidad de la intervención ha aumentado el éxito operatorio.

2°. Que las malas formaciones congénitas han jugado un rol principal en la producción de dichas invaginaciones, pues la falta de coalescencia de los mesocólonos haciendo posible el movimiento del intestino grueso, con relación a la arteria mesentérica superior, ya considerada como el eje de la rotación embrionaria del asa intestinal primitiva, en la cual mientras el intestino delgado es el borde izquierdo de la gran hoja mesentérica el ciego y el colon ascendente forman su borde derecho, permitiendo el libre movimiento de las ansas.

3°. El predominio de la forma ileo-cecal ha sido evidente.

4°. Para evitar las recidivas hemos considerado suficiente la reconstrucción de la válvula de Bauhin (ileo-cecal) con dos o tres puntos de lino por no ser partidarios de los otros métodos de fijación.

Córdoba, Julio 31 de 1938.