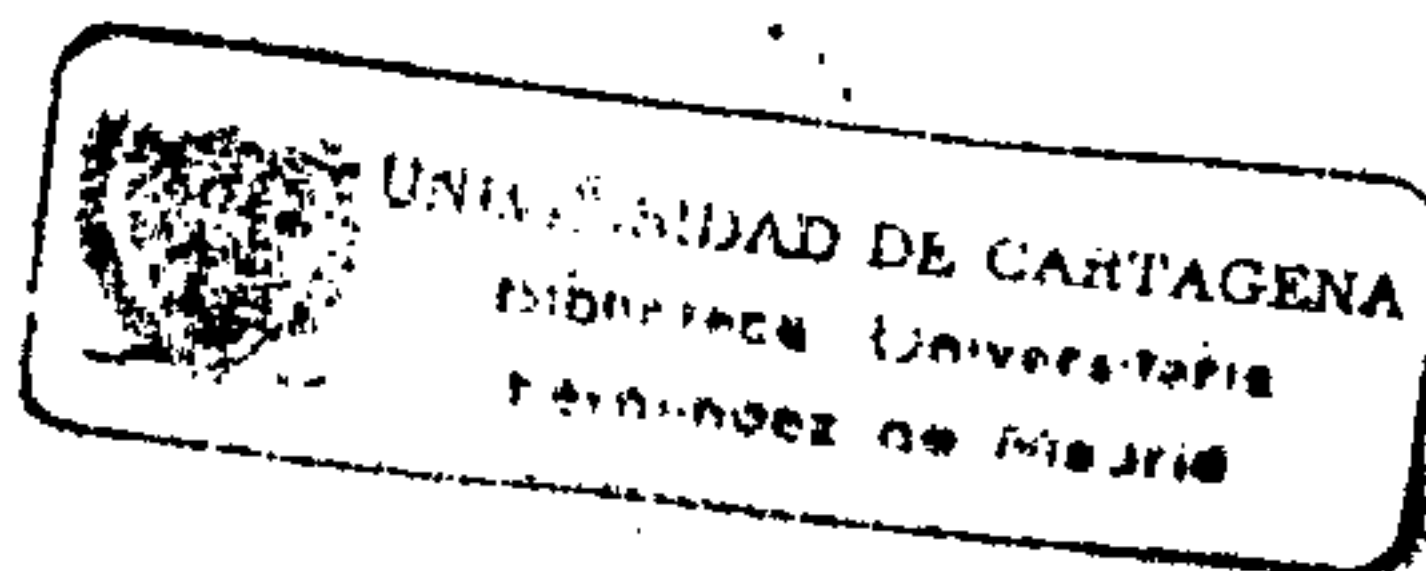


618.9
B74



REPUBLICA DE COLOMBIA.- UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES.

SCIB
00021411

"ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA INVAGINACION
INTESTINAL AGUDA DEL LACTANTE."

Tesis para obtener
el título de doctor
en Medicina y Cirugía.-

DEPARTAMENTO DE
BIBLIOTECA
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

ROBERTO BRIEVA GUETE.-

BUFM

1.953

REPUBLICA DE COLOMBIA.- UNIVERSIDAD DE CARTAGENA.

FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES.

Rector de la Universidad:

Profesor Rafael A. Muñoz T.-

Decano de la Facultad:

Profesor Moisés Pianeta Muñoz.

Presidente de Tesis:

Profesor NAPOLEON FRANCO PAREJA.

Profesor de la materia:

Doctor Henrique de la Vega Vélez.

Consejo de Examinadores:

Profesor Rafael A. Muñoz T.

Profesor Fco. Obregón Jarava.

Profesor Ariel Díaz Echeverri.

Secretario de la Facultad:

Doctor Eugenio Baena Falcón.-

Artículo 286 del Reglamento de la
Facultad: "La Facultad de Medici-
na, el Presidente de Tesis y el -
Consejo de Examinadores, no son -
responsables de las ideas emiti -
das por los candidatos.-

D E D I C A T O R I A .

A la memoria de mi madre.-

A mi padre y hermanos.-

A mi tío, el Dr. Ismael A. Güete,
quien hizo posible mis estudios
de Medicina.-

A mi novia, Srta. Marina Arrieta Franco.

5

T I T U L O S .

Interno por concurso del Servicio de Ginecología
del Hospital Santa Clara.-

Interno del Servicio de Médica de Hombres del H.S.C.

Interno del Servicio de Dermatología del H.S.C.-

Interno del Servicio de Tisiología del H. S.C.-

Residente de la Casa del Niño- desde Noviembre de
1.951 hasta la fecha.-

6

Cartagena, Octubre 5 de 1.953.

Señor Doctor

Moises Pianeta Muñoz.

Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena.
E.S.D.

Con el título de "Algunas consideraciones sobre la invaginación intestinal aguda del lactante" me ha sido enviado el trabajo elaborado como conclusión de su carrera, por el postulante señor Roberto Brieva - Güete., para que rinda el informe correspondiente en mi condición de - Profesor de la materia.-

He de significar al señor Decano, que la forma clara y concisa como el señor Brieva, expone su trabajo fruto de la observación en nuestro medio, la ordenación del mismo y sus juiciosos conceptos sobre la entidad que nos ocupa, su tratamiento médico y su tratamiento quirúrgico de acuerdo al momento en que se diagnostique la entidad; entidad que tantas vidas ciega cuando aún se inician, son de suyo título suficiente para recibir la unción de nuestra amada Escuela, hoy bajo su sabia tutela, y para entrar en el futuro cercano, con paso firme a la carrera que enaltecieron Esculapio y tantos otros.

Su tratamiento de la Invaginación intestinal, diagnosticada precozmente por el enema de sulfato de Bario, preconizado en la América por la escuela Uruguaya, es algo que debe tenerse mas en cuenta y poner se mas en practica en esta entidad, sobre todo si se trata de lactantes de pocos meses, ya que a la intervencion quirurgica que de por si sola tiene sus riesgos, hay que agregar las complicaciones de la anestesia en estos niños de corta edad, sobre todo cuando se usa el eter, como anestésico y que son con mas frecuencia la hipertermia blanca, o sea la degeneración de las capsulas suprarrenales y la acidosis que ensombrecen mas el pronóstico y llevan siempre al niño a un desenlace fatal.

Es cierto que pensamos poco en esta entidad en estos cuadros abdominales del niño lactante y es por ello que debemos investigar mejor cada vez que nos encontremos en presencia de uno sospechoso.

Señor Decano, por fortuna para nuestra Escuela de Medicina, de cuando en vez, se presentan a la consideración del Jurado, trabajos como el de que me ocupo, que tienen saber académico, hacen honor a la Escuela nuestra de Medicina y llenan ampliamente los requisitos para el cual fueron elaborados.

Del señor Decano servidor y amigo.

Fdo.- Benjamin J. Bermudez C.- M.D.-
Profesor de Clínica Pediátrica.-

Es fiel copia de su original.-

SOCIEDAD MEDICO- QUIRURGICA DE CARTAGENA

Número.....

CARTAGENA, Octubre 5 DE 1953-

JUNTA DIRECTIVA:

PRESIDENTE, DR. JUAN BARRIOS Z.
VICE-PRESIDENTE, DR. RAFAEL IBAÑEZ F.
SECRETARIO, DR. BENJAMIN J. BERMUDEZ C.
TESORERO, DR. FRANCISCO HAYDAR O.
FISCAL, DR. MARIO FERNANDEZ MENDOZA

DIRECCIONES:

HOSPITAL «SANTA CLARA»
ESCUELA DE MEDICINA, EDIF. DE LA UNIVERSIDAD
OFICINA, CALLE DEL TEJADILLO No. 122

Señor Doctor.-

Moises Planeta Muñoz.-

Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de C. Gona.-
E. S. D.-

Con el título de "Algunas consideraciones sobre la invaginación intestinal aguda del lactante" me ha sido enviado el trabajo elaborado como conclusión de su carrera por el postulante señor Roberto Brieva Guete., para que rinda el informe correspondiente en mi condición de Profesor de la materia.-

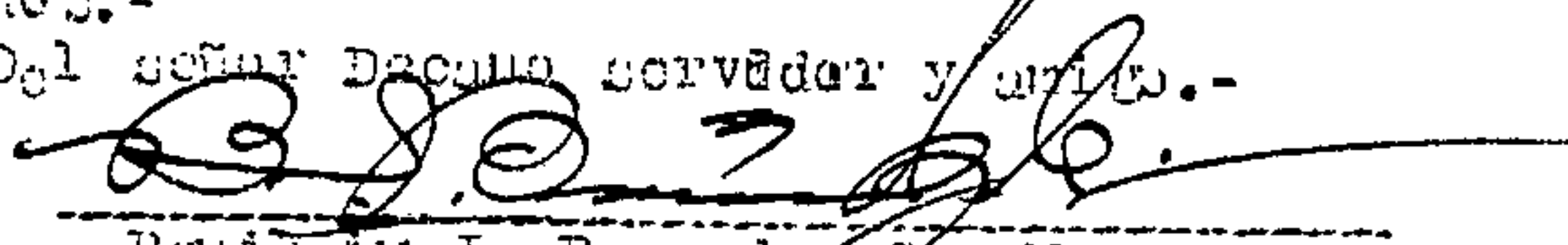
He de significar al señor Decano, que la forma clara y concisa como el señor Brieva, expone su trabajo fruto de la observación en nuestro medio, la ordenación del mismo y sus juiciosos conceptos sobre la entidad que nos ocupa, su tratamiento medico y su tratamiento quirurgico de acuerdo al momento en que se diagnostica la entidad; entidad que tantas vidas ciega cuando aún se juician, son de cuyo título suficiente para recibir la unción de nuestra amada Escuela, hoy bajo su sabia tutela, y para entrar en el futuro cercano, con paso firme a la carrera que cualtecieron Esculapio y tantos otros.-

El tratamiento de la Invaginación intestinal, diagnosticada precozmente por el enema de sulfato de Bario, recomendado en la América por la escuela Uruguay, es algo que debe tenerse mas en cuenta y realizarse mas en practica en esta entidad, sobre todo en el tipo de lactantes de pocos meses, ya que a la intervencion quirurgica que de por si solo tiene sus riesgos, hay que agregar las complicaciones de la anestesia en estos niños de corta edad, sobre todo cuando se usa el eter, como anestésico y que son con mas frecuencia la hipotermia blanca, o sea la degeneración de las capsulas suprarrenales y la acidosis que con mas el pronóstico y ~~xxxxxxx~~ llevan siempre al niño a un desenlace fatal.-

Es cierto que pensamos poco en esta entidad en estos cuadros abdominales del niño lactante y es por ello que debemos investigar mejor cada vez que nos encontramos en presencia de uno sospechoso.-

Señor Decano, por fortuna para nuestra Escuela de Medicina, de cuando en vez, se presentan a la consideración del Jurado, trabajos como el de que me ocupo, que tienen sabor académico, hacen honor a la Escuela nuestra de Medicina y llenan ampliamente los requisitos para el cual fueron elaborados.-

Del señor Decano servidor y amigo.-



Benjamin J. Bermudez C.- M. D.-
Profesor de Clinica Pediatrica.-

Cartagena, Septiembre 28¹⁹ 53

Señor doctor
Moisés Pianeta Muñoz
Décano de la Facultad de Medicina
L.O.

Con el título de "Algunas consideraciones sobre la Invaginación Intestinal aguda del Lactante" presenta el señor Roberto Brieva Güete un trabajo que habrá de servirle como tesis de grado, y ha querido que le apadrine en este acto final de su carrera de estudiante.

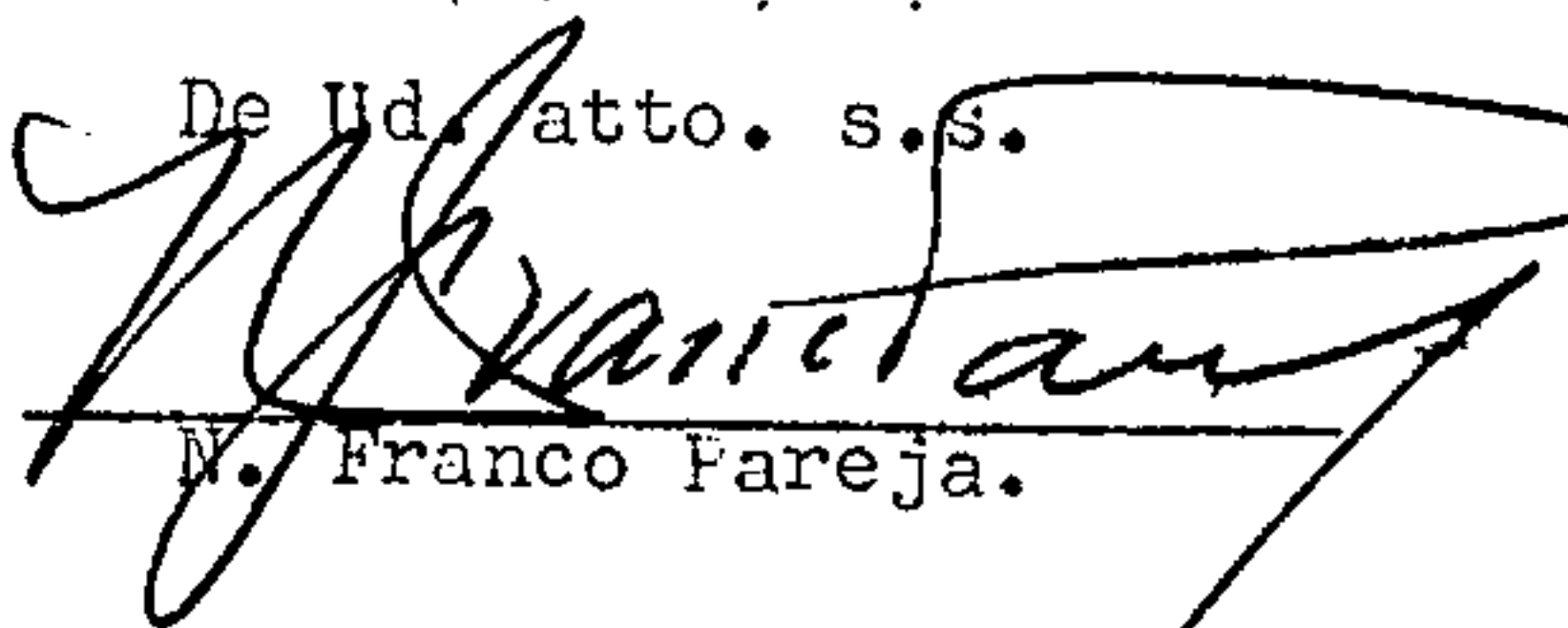
Con gran placer asumo esa responsabilidad porque conozco intimamente la labor desarrollada por Brieva en su larga vida de internado en La Casa del Niño, y sé que va a dar a esa Facultad el resumen de un esfuerzo y el resultado de una labor de observación y consagración.-

Es un nuevo trabajo realizado en la Institución mejor organizada para la defensa del niño y ojalá su interés despierte en los estudiantes la inquietud necesaria para que de ahora en adelante piensen mas en esta entidad tan comun y tan poco recordada. Con este solo motivo bastaría para considerar esta monografía como interesante.

Ella es la resultante de un esfuerzo y el fruto de una inquietud.

Al apadrinar esta tesis deseo expresar al señor Decano la sincera convicción que tengo de que el señor Roberto Brieva Güete será un profesional muy capaz en el desempeño de una especialidad tan necesaria hoy en nuestros medios, y será un futuro colega en el amplio campo de la profesión y en la alta misión de una ética rigurosa.-

De Ud. atto. s.s.


N. Franco Pareja.

Junta Directiva:

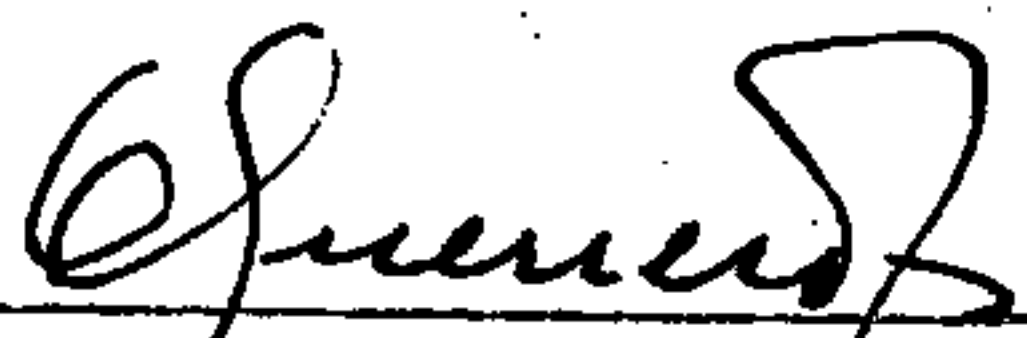
N. Franco Pareja *
Roberto Cavelier
Roque Pupo Villa
Henrique P. Román
Rafael A. Muñoz T.
Josefina de Sicard
María T. Román de Emiliani
Catica V. de Román

CARTAGENA, Septiembre 26 de 1953.
(Colombia)

El Suscrito Médico
Jefe de Clínica de la Casa del Niño

C e r t i f i c a :

Que las historias que figuran en la tesis de grado del señor Roberto Brieva Güete, son copias fieles de historias que figuran en el Archivo de esta -
Institución.-


Dr. César Guerrero F.

I N T R O D U C C I O N .

No es este trabajo de tesis, la culminación exitosa de determinado tratamiento, ni la demostración curativa de "X" producto farmacéutico en boga ante cualquier enfermedad. No es tampoco la labor ligera para salir del paso, de una relación de historias clínicas en una tesis acomodaticia. Es por el contrario, la relación clínica y el comentario poco optimista, sobre una entidad médico-quirúrgica, un poco olvidada, bastante descuidada en nuestro medio, que ocasiona por esas causas, muerte casi segura en los pacientes que la poseen: La Invaginación Intestinal aguda del Lactante.-

Presentamos Historias clínicas de aquellos casos - que llegaron a la Casa del Niño y Hospital Naval y que tuvieron oportunidad de algún tratamiento; representan un índice de mortalidad del 50%, lo cual, agregado a los otros casos que no llegan a hospitalizarse, elevan el índice a un probable 90%.

En nuestra práctica diaria de observar niños y mas niños, desde hace dos años como Residente de la Casa del Niño y en defedto del Jefe de Clínica Dr. César Guerrero, en su reemplazo, hemos tenido la oportunidad de observar, no sólo el cuadro triste del desnutrido, abandonado por los padres y la sociedad, que lleva en sus tegumentos arrugados la huella

de la adversidad, sino también el cuadro clínico todavía más triste, del niño sano, robusto, de pocos meses de edad, la alegría y esperanza del hogar, que por una enfermedad grave y traicionera como lo es la Invaginación Intestinal, trastorna en horas esa vida, esa alegría, en el tenebroso espectro de la muerte.-

Y por qué esa situación? Pues por un poco de descuido o ignorancia de los familiares que esperan horas para llevarlo al médico, tienen la esperanza de que no va a pasar nada a su niño y sólo lo llevan al Hospital cuando ya no hay remedio.- O también muchas veces, porque infortunadamente el médico no hace el diagnóstico a tiempo y sólo se da cuenta cuando ha pasado ya el período del éxito.-

Perseguimos con esta tesis, recalcar sobre la importancia y gravedad de esta entidad y el valor absoluto del diagnóstico precoz. Labor ésta en donde toman parte, tanto la madre que acude presurosa al médico ante el manifiesto dolor de su hijo, como el facultativo que actúa con rapidez y certeza aplicando un tratamiento a tiempo.-

Sugerimos, así como hizo en Francia, Pouliquen, hace varios años y en el Uruguay el Instituto de Pediatría, la iniciación desde la cátedra, de una campaña de divulgación de esta entidad, ante los médicos no dedicados a niños, para que puedan tener las bases mañana: de un tratamiento a tiempo o de

un aviso oportuno al médico Pediatra.-

Queremos finalmente aprovechar esta ocasión, para expresar nuestros agradecimientos al Dr. Napoléon Franco Pareja, Director de la Casa del Niño, quien ha sido siempre para nosotros, guía espiritual inigualable, consejero oportuno y desinteresado, voz de aliento en los fracasos. Bajo su experta dirección pudimos efectuar este trabajo.

Al Dr. César Guerrero G., Jefe de Clínica de la Casa del Niño, gran compañero en la ardua labor de la Medicina Infantil, profesor y guía en lo científico, verdadero hermano en la amistad.- A los Drs. Rafael A. Muñoz T., Ariel Díaz E. y Henrique de la Vega, profesores de la Facultad, quienes nos han infundido siempre su espíritu de trabajo, el amor por lo científico.-

DEFINICION E HISTORIA.

La invaginación intestinal es la introducción de un segmento de intestino en la luz de la porción vecina, en general, la que le continúa. Según Cruveilhier, la primera porción se halla envainada en la segunda, del mismo modo que lo están los diversos segmentos de un dedo de guante incompletamente vuelto al revés.-

Más brevemente, se podría describir, como lo han hecho John Gay primero, y luego Gueullette: "la invaginación intestinal no es otra cosa que una hernia del intestino en el intestino", hernia que puede ser, según los casos, simple o estrangulada. O, de esta manera con Luis Ramond: es la encajadura del intestino por el intestino.-

La invaginación intestinal, tan olvidada por muchos en nuestro medio, tiene signos claramente definidos y una evolución siempre idéntica, que nos han hecho conocer con perfección los trabajos de Kirmissen, Augusto Brocca, L. Ombredanne, Pouliquen, etc., y las comunicaciones de Grilsel y Massart a los Congresos de Rouen (1.904) y Bruselas (1.923); toda la literatura médica universal trata ampliamente sobre el tema.-

DIVISION DEL TEMA.

Existen dos formas clínicas claramente definidas de invaginación intestinal:

1o): La forma aguda, que se observa en los lactantes, motivo de nuestra tesis;

2o): La forma subaguda o crónica bastante rara, que simula la mayor parte de los cuadros abdominales, desde la apendicitis y la colecistitis aguda hasta el cólico nefrítico, el cáncer del intestino, la peritonitis tuberculosa, la enteritis mucomembranosa; puede durar días y aún semanas sin comprometer gravemente la existencia del paciente. En este caso la hernia es simple permitiendo el paso de las materias y los gases; es reducible, pero sin embargo, se estrangula de un momento a otro.- Esta forma de invaginación no reclama una intervención de urgencia y en suma, su estudio ofrece poco interés práctico.-

ANATOMIA PATOLOGICA.

A. Constitución anatómica de la invaginación intestinal en sí misma.

B.-Sentido de la invaginación.

C.-Asiento de la Invaginación.

D.-Mecanismo de la formación de la invaginación.

A.-Constitución anatómica de la invaginación intestinal en sí misma.- Bien descrita por Cruveilhier y Ombredanne, en su forma más común, la invaginación simple, se halla formada por tres cilindros intestinales envainados los unos en los otros, así: (Ver figura).

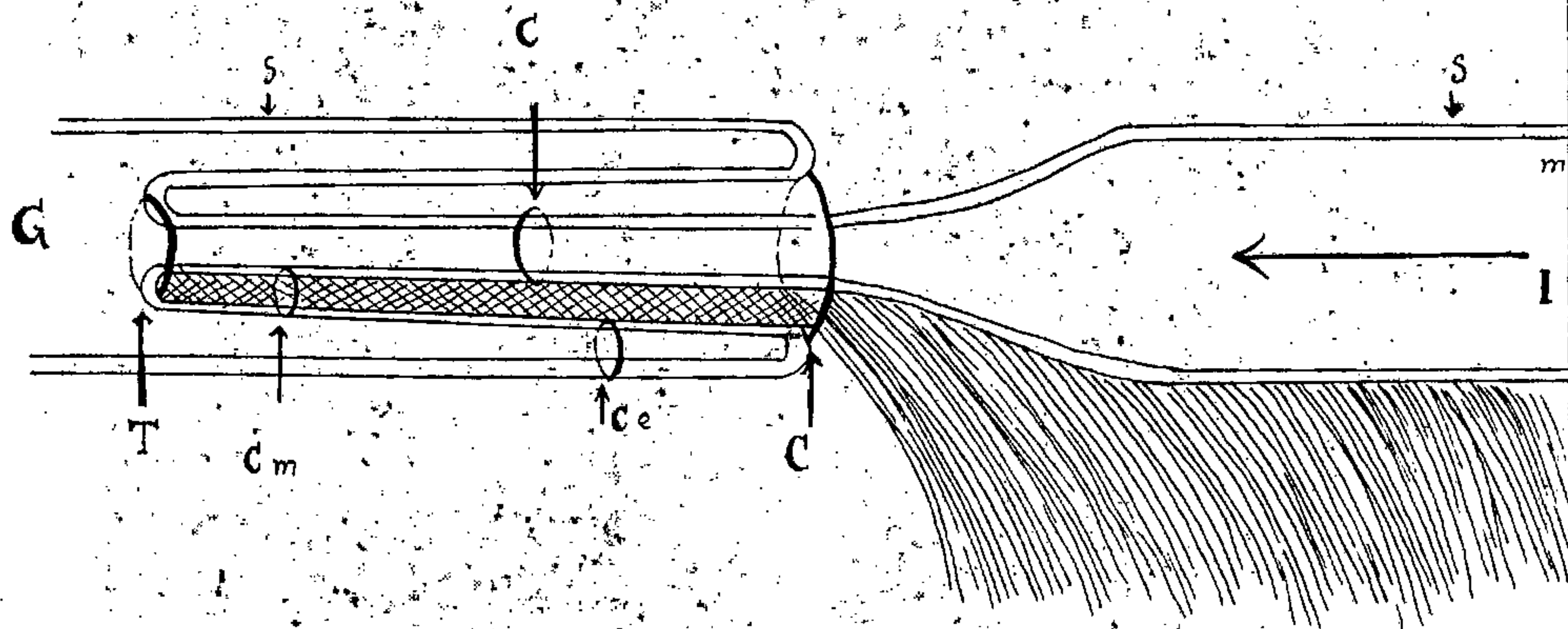


Figura No. 1.- Lesiones de la Invaginación Intestinal (Ombredanne).

Observamos en "I" el asa invaginada. En "G" el asa envainante. Entre "C" y "T", la morcilla de invaginación formada por tres cilindros, que son de fuera hacia adentro: Ce. Cilindro externo.- "Cm" cilindro medio; "Ci" cilindro interno. Obsérvese que los cilindros externo y medio contactan por su cara mucosa, mientras que los segmentos medio e interno se oponen por su superficie serosa. Entre estos dos cilindros se encuentra el mesenterio "M" que forma el ángulo mesentérico. T.: cabeza de la invaginación.- "C" cuello de la invaginación.-

1o: Un cilindro externo o vaina, formado por el intestino receptor, que representa el saco herniario, pero un - saco abierto en su extremidad, permitiendo así al asa herniada alargarse.-

2o: El asa herniada o "boudin" de los franceses, o morcilla de la invaginación, constituida gracias a la formación de un pliegue de la ~~de~~ intestino que se ha profundizado o ahuecado cada vez mas a medida que la hernia intestinal se acentuaba progresivamente. Esta morcilla de invaginación se halla formada por dos tubos intestinales adosados por su cara peritoneal: el cilindro interno constituido por las paredes del intestino invaginado; y, el cilindro medio, representado por la parte - "dada de vuelta" de la pared intestinal que reúne ambos segmentos: invaginante e invaginado.-

Es de anotar que los dos cilindros constitutivos de la morcilla se hallan yuxtapuestos por la cara peritoneal, en cambio los cilindros medio y externo están opuestos por su cara mucosa.-

Se da el nombre de cabeza o apex de la invaginación intestinal a la parte más profundamente herniada del intestino, en donde se nota un orificio central: la luz del intestino invaginado.-

Se denomina "cuello" de la invaginación la zona anular a cuyo nivel el cilindro externo o vaina se continúa con el - intestino penetrante (el cilindro medio en este caso).-

La morcilla de invaginación, que arrastra su mesenterio, ha penetrado a través del cuello con la doble vaina del intestino invaginado. Este mesenterio se halla fuertemente comprimido por el cuello, y se le designa con el nombre de "cuña mesentérica"; desempeña el papel de freno en la progresión de la cabeza de la invaginación y limita su longitud, la que determina la extensión de la invaginación.-

Existe también, al lado de este tipo simple de invaginación intestinal, de tres cilindros, una de cilindros múltiples, causada por la introducción de una primera invaginación ya formada, en el segmento del intestino subyacente, es decir, sería la invaginación de una invaginación. Se forma así, la invaginación doble de cinco cilindros.- (Ver figura).-

La invaginación de este último tipo, en otra parte del intestino, vendría a formar una invaginación triple de siete cilindros, caso por cierto, supremamente raro.-

B.-Sentido de la Invaginación.- La invaginación intestinal es casi siempre descendente, es decir, que se efectúa y progresa en el sentido del peristaltismo intestinal. Un asa suprayacente penetra en el asa subyacente.-

En forma excepcional la invaginación es ~~ascendente~~ ascendente o retrógrada, es decir, en sentido opuesto al peristaltismo del intestino. Un asa subyacente efectúa un trayecto recurrente para ir a situarse dentro de un asa suprayacente.-

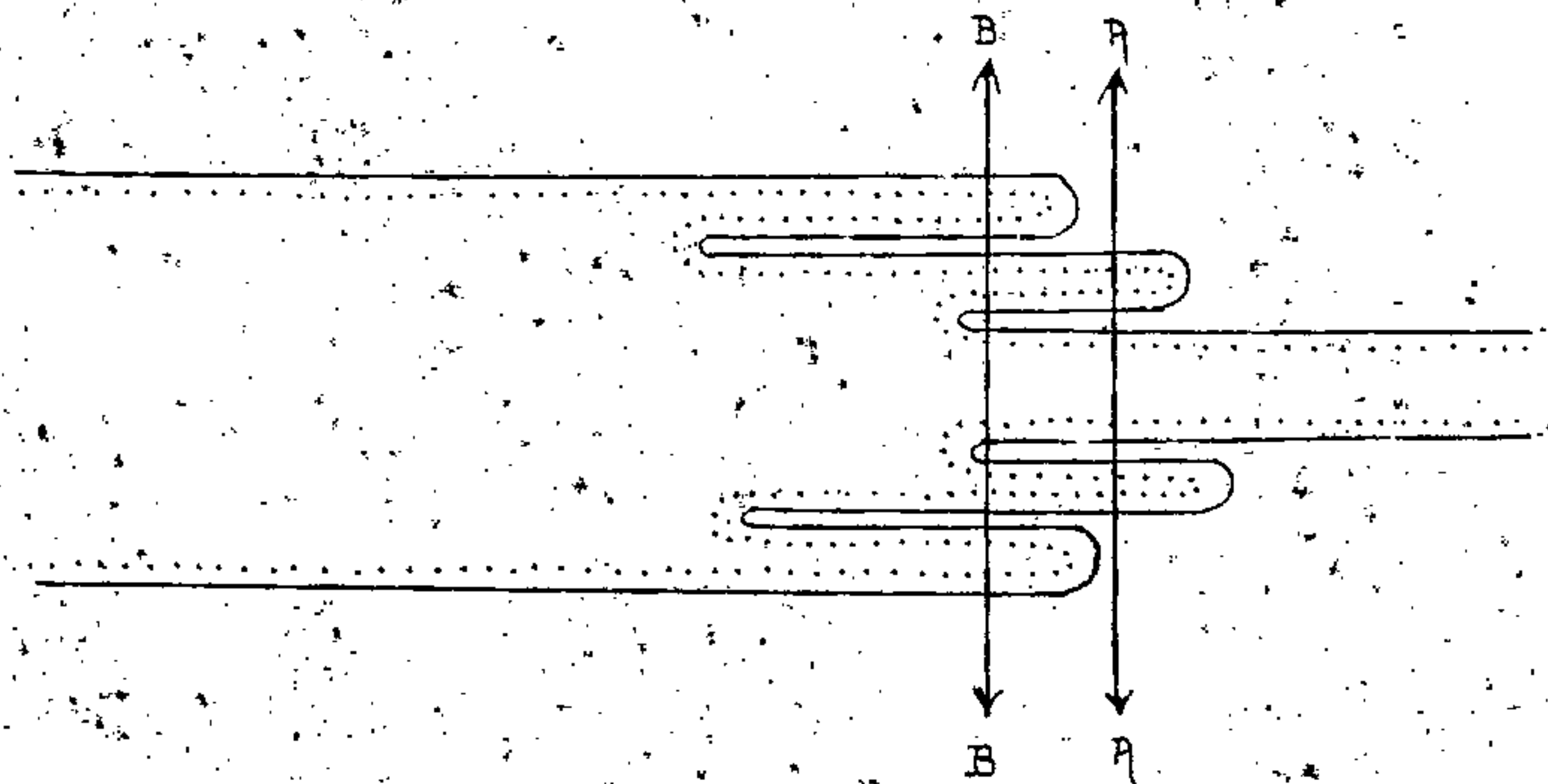


Figura 2.- Invaginación doble. (L.Ramond.)

Una invaginación simple constituida por tres cilindros en A.A se ha invaginado a su vez en la parte del intestino inferior, de modo que la invaginación en su totalidad está constituida por cinco cilindros.

C.-Asiento de la Invaginación. Existen dos tipos frecuentes y dos tipos raros en donde se produce la invaginación intestinal.-

1o: La forma ileocecal, la más frecuente, la forma ordinaria de la invaginación intestinal, se observa en el 89% de los casos según las estadísticas de Massart y en el 82% según las de Grisel; recibe el nombre de ileocecal debido a que la cabeza de la invaginación se halla formada por la válvula ileocecal, válvula de Bauhin, que penetra en el colon ascendente arrastrando al ileon para constituirlo en cilindro interno. El cilindro medio está formado por el ciego que arrastra el apéndice y mas tarde si la cabeza progresa, por el colon ascendente y transverso.-

2o: La forma ileocólica, más rara que la anterior (11% de los casos), nace del intestino delgado a cierta distancia del ángulo ileocecal; la morcilla, enteramente formada por intestino delgado, alcanza la válvula de Bauhin, la franquea y se introduce en el colon ascendente. La progresión se hace, por la cabeza de la invaginación, que se desenrolla permaneciendo fijo el cuello. Sin embargo, en ciertos casos en que el ciego se halla incompletamente soldado al peritoneo posterior y en donde se observa que la válvula ileocecal no está netamente fijada, se puede ver, en un momento dado, que el ciego se deja arrastrar a su vez y la progresión de este se efectúa entonces a expensas de la cabeza y del cuello de la invaginación.-

3o: La forma ileal o entérica pura (tipo raro) no comprende más que el intestino delgado y se le observa en un 5% de los casos. La morcilla se desarrolla generalmente a expensas a la vez de la cabeza y del cuello de la invaginación.-

4o: La forma colecólica, más rara aún (2% de los casos) se implanta a expensas del intestino grueso exclusivamente, ya sea que el colon ascendente se invagine en el colon transverso, o bien que el colon transverso penetre en el colon descendente, en el asa sigmoidea o aún en el recto.-

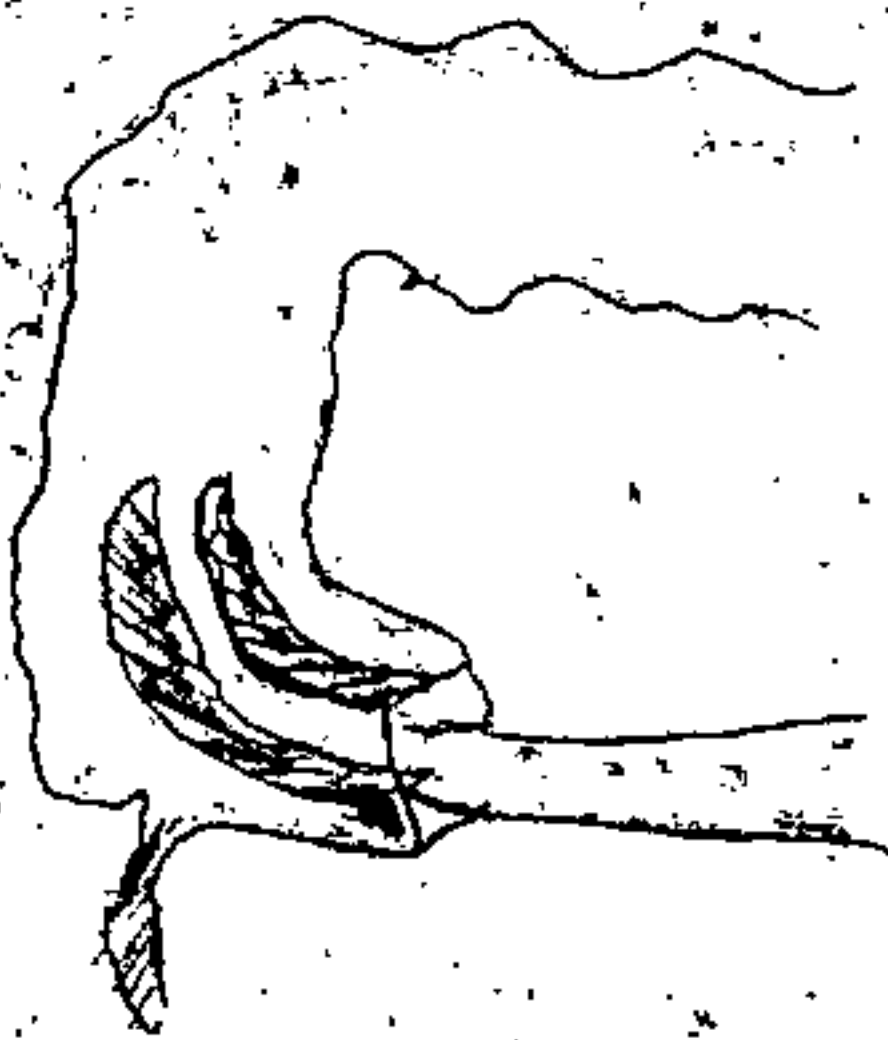


Figura 3. Invaginación
ileo-cólica

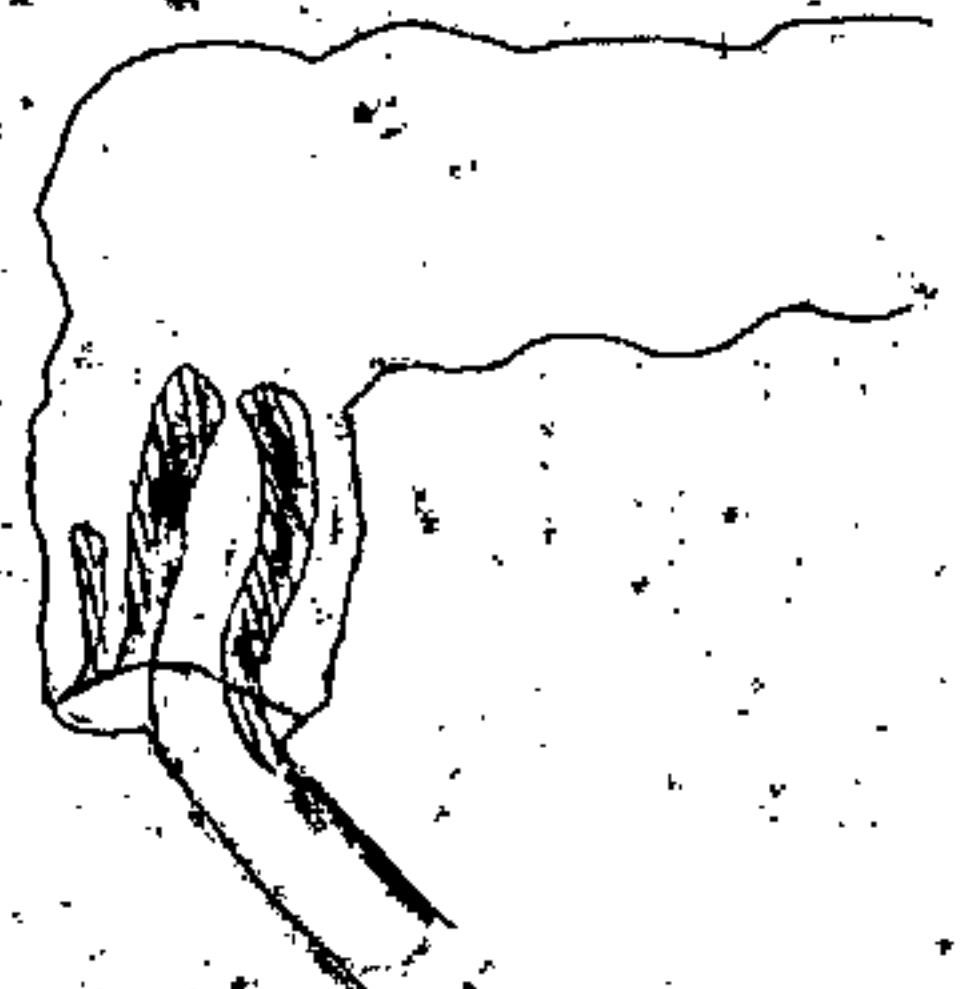


Figura 4. Invaginación ileocecal

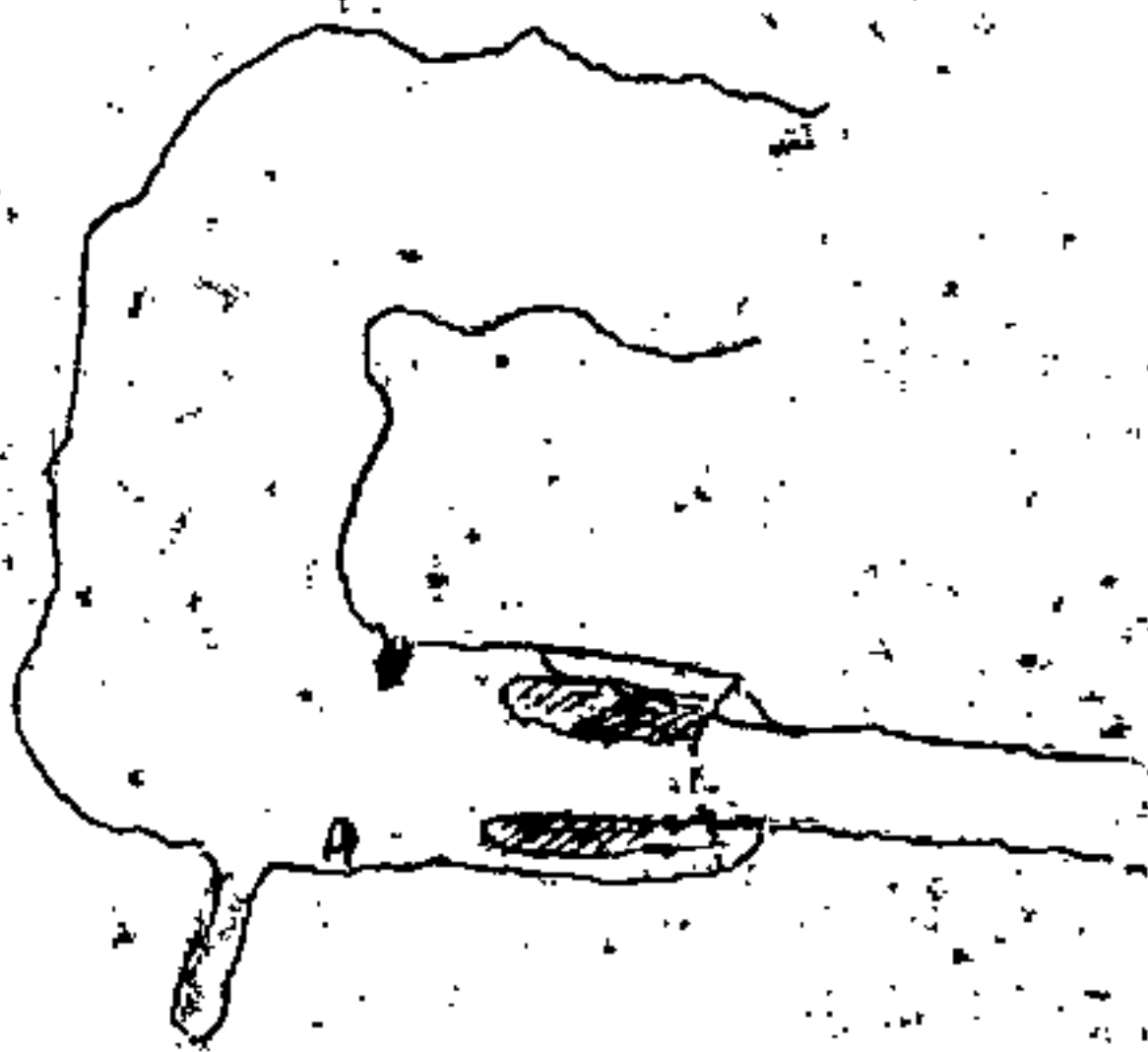


Figura 5. Invaginación
Ileal

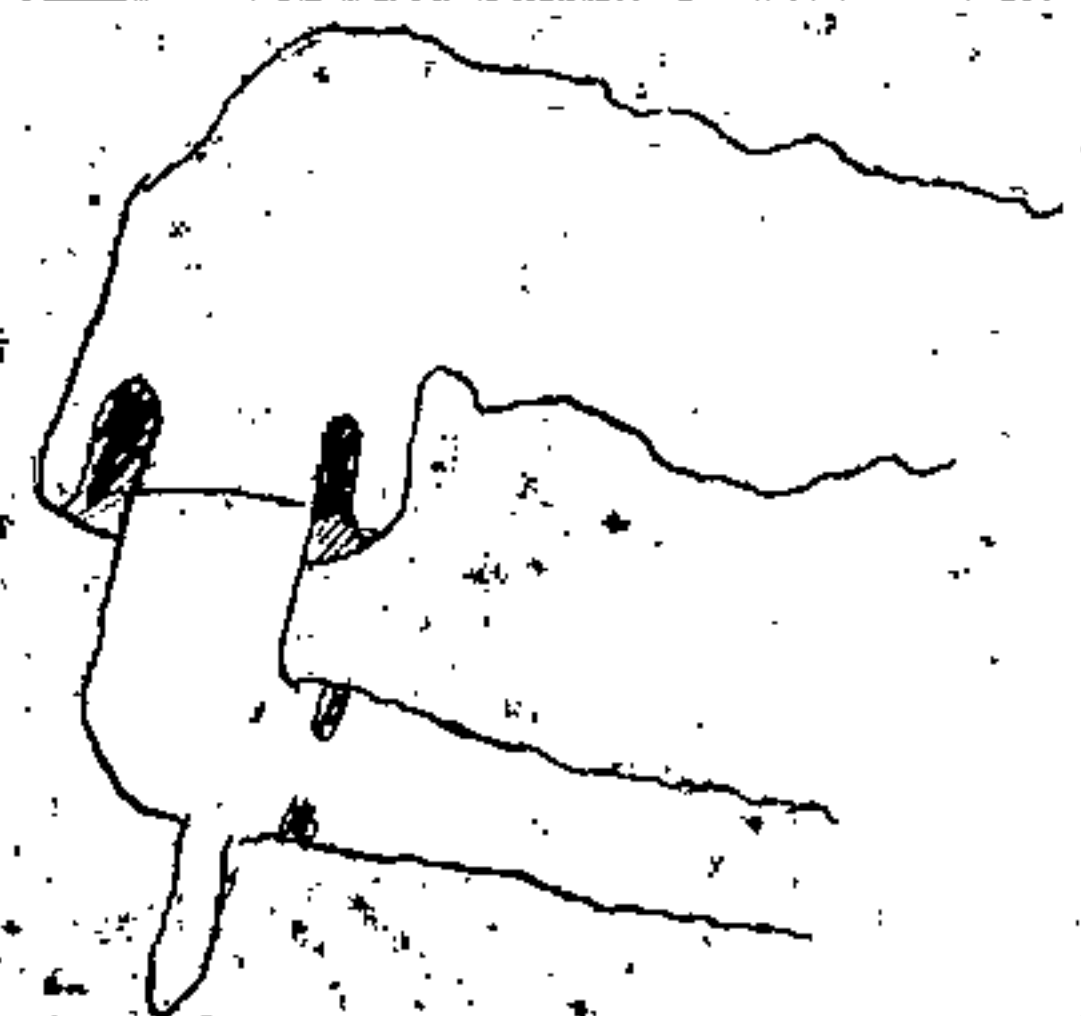


Figura 6. Invaginación colo-coli-
ca.-

(Ombredanne).

MECANISMO DE LA FORMACION DE LA INVAGINACION.

El mecanismo de la invaginación intestinal del lactante permanece oscuro. Varios autores han explicado sus teorías, que no han dejado de ser, hipótesis sin comprobación suficiente.-

He aquí algunas de ellas:

Según Morgagni, Hunter y Besnier, el comienzo de la invaginación sería de origen puramente mecánico. Un asa contraída situada por encima de otra en estado de reposo podría deslizarse dentro de ésta por su propio peso (sería arrastrada dentro de la luz del intestino subyacente por un tumor o un conglomerado estercoreal que la arrastraría hacia abajo por efecto de su peso).-

Según Rafinesqui, la invaginación se iniciaría por un espasmo de las fibras musculares circulares, cuyo efecto sería disminuir el calibre del asa intestinal; en el mismo momento, el asa inmediatamente subyacente se hallaría, por el contrario, dilatada, como secuela del relajamiento de sus fibras musculares o debido a una acumulación de gas; ahora bien, bajo la influencia de una contracción simultánea de las fibras musculares de los dos segmentos, vendría el acortamiento de esta parte del intestino; se produciría la penetración de la porción superior en la inferior, para lo cual sería necesario según algunos, contracciones musculares fisiológicas o contracciones exageradas según otros. Ver figuras.

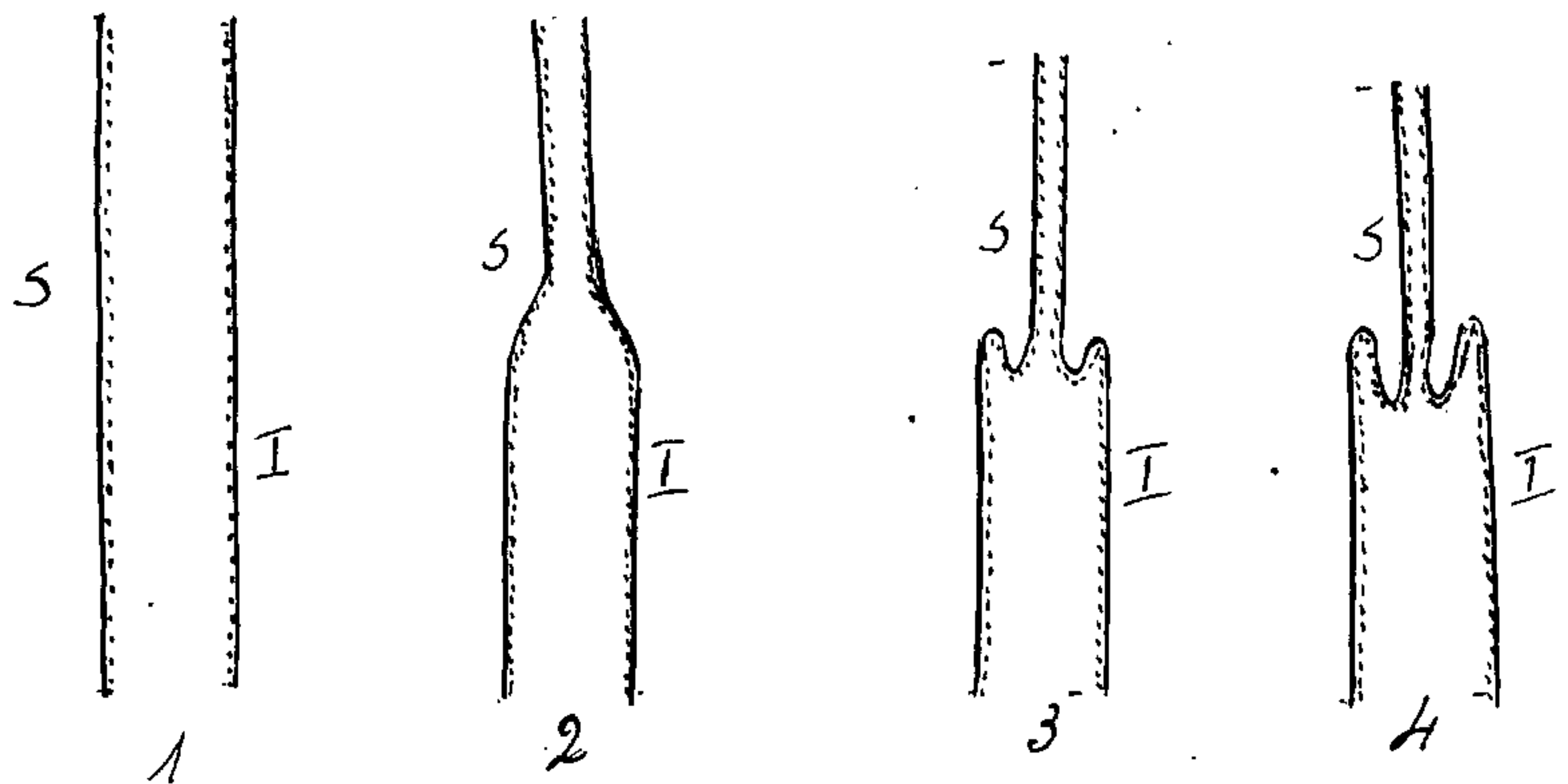


Figura 7. Mecanismo de penetración del asa invaginada (teoría mecánica). L. Ramond.- No. 1: Dos asas intestinales: una superior, y otra inferior; por el momento son del mismo calibre. En 2: El asa superior "S" se ha contraído, mientras que la inferior "I" permanece tal cual; la invaginación se hace posible.- En 3: La invaginación se inicia, por acción de la gravedad. En 4: La invaginación se halla constituida.-

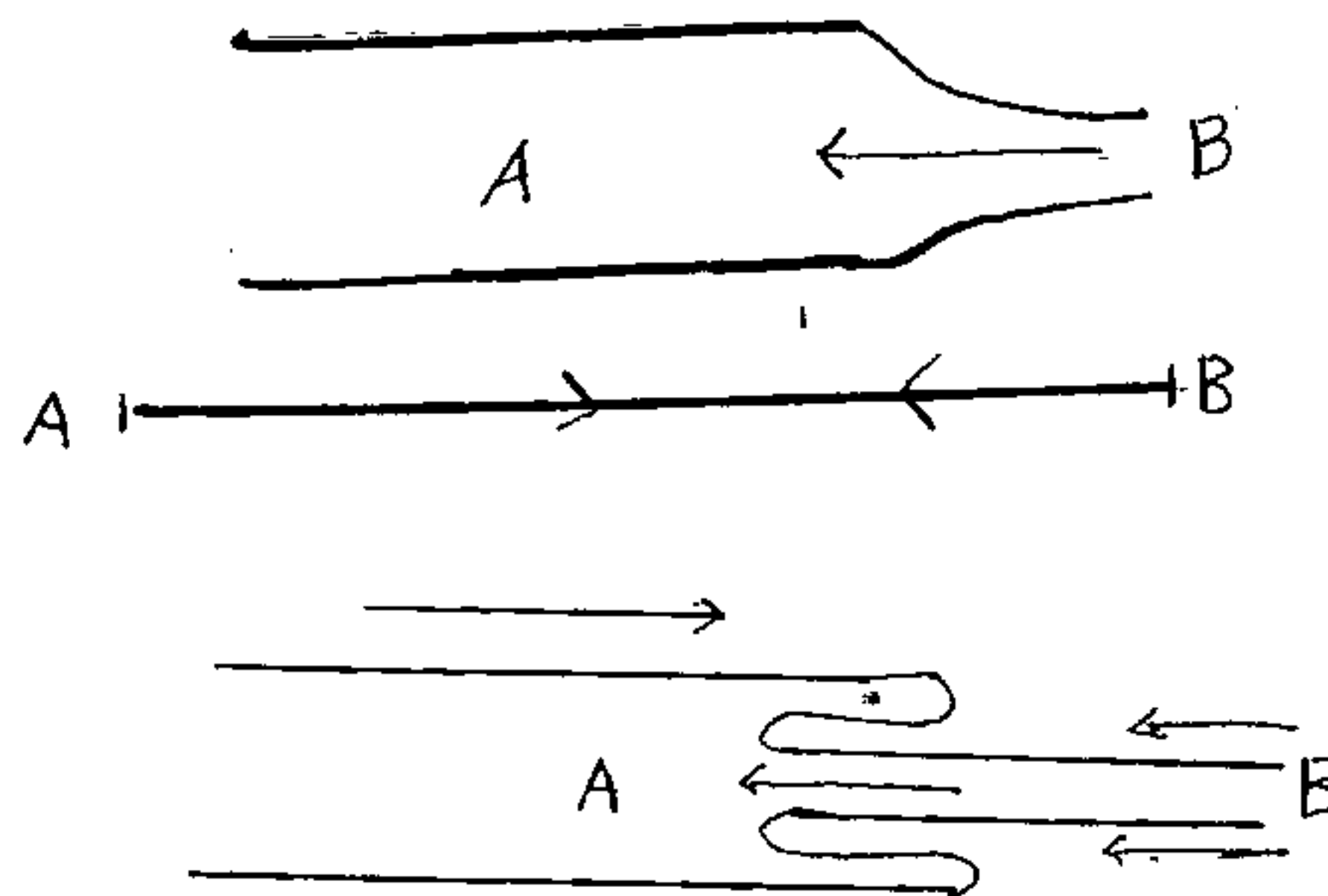


Figura 8.- Mecanismo de penetración del asa invaginada (teoría dinámica). En 1: El asa superior del intestino "B" ha disminuido su calibre por un espasmo de sus fibras circulares, mientras que la porción inferior "A" ha relajado sus fibras circulares y ha aumentado su diámetro. La contracción simultánea de estos dos segmentos aproxima a estos dos segmentos y la invaginación puede producirse. En 2: La contracción de las fibras musculares longitudinales de los dos segmentos se ha producido. La primitiva longitud del segmento "A.B" se ha vuelto A'B' y por la penetración de B. contracturada en A dilatada, se ha efectuado la invaginación.-

Ombredanne admite, que la invaginación intestinal es el resultado del choque de dos ondas: una, antiperistáltica, se produciría a nivel del colon; partiría desde el ángulo infra-hepático del colon para dirigirse hacia el ciego; y otra peristáltica y más violenta, agitaría el ileon. Del choque de estas dos ondas se "originaría un fenómeno análogo al que se produce en la desembocadura de algunos ríos, donde se ve a la onda retrógrada pasar fatalmente por debajo de la onda regular". De este modo se produciría la invaginación intestinal.-

En los lactantes operados de invaginación ileocecal se comprueba casi siempre la existencia de una "turgencia edematosa de la válvula de Bauhin"; para algunos, esta tumefacción se opondría a la progresión de las materias fecales, constituyendo por su peso, la causa provocadora de la introducción del asa invaginada. Esta teoría está bastante alejada de la verdad, pues la turgencia es mas bien una consecuencia de la propia invaginación.-

Según Leriche la invaginación se produce por un trastorno en el tomo del simpático abdominal, que condicionaría una contracción sostenida sobre la última porción del ileon, la que terminaría por invaginarse dentro del ciego arrastrando a la válvula ileocecal.-

Otros autores, se adhieren a la tesis sostenida por Cruveilhier, Gerhan y Dance, según la cual el principio de la invaginación intestinal sería imputable a fenómenos dinámicos.

En síntesis, la invaginación intestinal queda, hasta el momento actual, como una afección idiopática, provocada por perturbaciones en el juego de la musculatura intestinal y favorecida por la movilidad del segmento ileocólico, gracias a la longitud y elasticidad particular de sus mesos.-

Inmediatamente al comienzo de la invaginación sigue la progresión del "boudin", que constituye un excitante del peristaltismo intestinal, haciéndolo progresar. Esta morcilla o boudin es poco permeable o impermeable a los gases y materias fecales, "que lo empujan ante ellos como el champán empuja al tapón de la botella" (Ombredanne).-

Producida la invaginación, continúa diciendo Ombredanne, que el niño "empuja tanto como puede, con su diafragma, con su pared abdominal, desatinadamente, sin tregua ni reposo", debido a los cólicos que experimenta; es ésta otra causa de la progresión.-

Según los casos, esta progresión es larga o corta.- Cuando la progresión es larga, el asa invaginada recorre todo el colon para llegar hasta el recto, donde se la puede tocar con el dedo, y en casos excepcionales observando la cabeza de la invaginación salir por el ano. Esta eventualidad se ve en las formas ileocecales y colocolicas, cuando el mesocolon es muy largo.-

La progresión corta es la resultante de las formas ileales puras o ileocólicas de ciego fijo; se debe a que el estiramiento de los meses tiene un límite, que según Guellette, "depende del estiramiento máximo de los vasos arteriales y venosos del mesenterio".-

Formada la invaginación y transcurridas las primeras horas de la enfermedad, las manifestaciones anatómicas sólo se reducen a un vicio de posición de ambos segmentos intestinales, uno con relación al otro; aún no existen lesiones verdaderas sino fenómenos mecánicos; la hernia entérica es una hernia simple, reductible y de fácil desinvaginación.- Rápidamente aparecen lesiones inflamatorias que van a formar lesiones anatómicas distintas.-

Las lesiones secundarias a la invaginación son de una precocidad alarmante; aparecen a las 10 o 12 horas después del comienzo de los accidentes. Por la constricción que ejerce el mesenterio a nivel del cuello de invaginación, se forman en el "boudin" procesos de isquemia y necrosis que van a darle, primero un color rojo, luego rojo negruzco. Desde la 2a. a 3a. hora comienza a sangrar, constituyendo un síntoma de valor diagnóstico importantísimo. Entre las dos tónicas, mediana e interna, adosadas por su cara peritoneal, se forman adherencias que tienen su mayor intensidad a nivel del cuello del saco.-

La adenopatía mesentérica es constante y precoz, según Ombredanne; tiene como causa la septicidad del contenido intestinal retenido por encima de la invaginación, y fenómenos de circulación.- La tumefacción de los ganglios situados entre los dos cilindros de invaginación va a aumentar la constricción ejercida a nivel del cuello, con la consecutiva agravación de las lesiones.-

Después del proceso inflamatorio de las primeras horas, sucede la mortificación del intestino invaginado, hasta eliminación espontánea. El esfacelo del boudin es el producto de la isquemia por compresión de los vasos nutricios del intestino y de la gangrena séptica, por exaltación de la virulencia de los gérmenes contenidos en el asa invaginada y situados por encima del cuello.-

De manera completamente excepcional se ha asistido a la eliminación en masa de la morcilla o boudin y se ha visto sobrevenir luego la curación, habiéndose soldado antes entre sí, los diferentes segmentos intestinales a nivel del cuello de la invaginación. Como hecho singular, de interés puramente casuístico, es clásico referir la observación de Cruveilhier: "la curación de la invaginación se produjo tras la eliminación espontánea por el ano de un trozo de intestino esfacelado que medía 1,62 mts. de largo; el examen histológico de la pieza eliminada, descubrió a los tejidos componentes de las tunicas intestinales, lo que permitió descartar que se tratara de un parásito intestinal gigante, como se había su-

puesto".- No debemos contar jamás con este proceso espontáneo de curación.-

Después del esfacelo, la mortificación invade el -
cuello, ocasionando una perforación entre el segundo y el quinto día; se produce esta perforación, mas a menudo en la vaina de invaginación, debida como dice Bernier a la distensión enorme de dicha vaina, consecutiva al creciente volumen de su -
comtenido.-

ETIOLOGIA.

Las causas predisponentes de la invaginación intestinal pueden ser: generales y locales.-

Entre las causas generales podemos mencionar, la edad: ocurre en el curso del primer año, con mayor frecuencia entre el 4o. y el 7o. mes. Puede también producirse en los años subsiguientes, pero es mucho más raro.-

El sexo, tiene también su influencia en la determinación de la invaginación: es más frecuente en los niños, en la proporción de tres niños por cada niña. En las historias de -
nuestro trabajo encontramos la casuística de cinco niños y sólo dos niñas, comprendidos entre 4 y seis meses de edad. Apenas -
uno, tiene dos meses.-

Según algunos, ciertas razas se hallarían predispu-

tas. Las estadísticas de la literatura médica sobre invaginación, favorecen en frecuencia a Dinamarca, Australia, Inglaterra. Aquí en Cartagena es bastante frecuente, pero casi no hacemos diagnósticos y los niños mueren bajo el nombre de otra entidad; de ahí que no nos sea posible presentar estadísticas verdaderas, porque además no se hacen autopsias.-

Las historias de los casos que referimos, son los - que se han presentado a la Casa del Niño y Hospital Naval. Datan casi todos del año pasado; sólo uno de hace cuatro años y otro de hace dos meses. De las fechas mencionadas hacia atrás, encontramos unos dos o tres casos aislados con diagnóstico tardío y que ni siquiera fueron operados.-

Las causas locales que favorecen la invaginación son: anatómicas o fisiológicas y patológicas. Las primeras tienen - importancia por tratarse de causas intrínsecas a la constitución del tracto intestinal del sujeto y a sus funciones. Por ejemplo, para que sea posible la invaginación en regiones como el ciego y el colon es necesario que exista en ese punto un defecto de fijación y una anormal elasticidad de los mesos.-

Las causas patológicas locales carecen de importancia, puesto que su influencia está muy lejos de ser probada. Se ha mencionado como favorecedoras de la invaginación a: la lactancia artificial, los traumatismos abdominales, la irritación de la mucosa intestinal por purgas demasiado repetidas, la gastroenteritis, tuberculosis y los tumores especialmente los pólipos.

Todas estas causas se hallan muy ausentes en la generalidad de los casos por no decir en su totalidad, viéndose sobrevenir la invaginación bruscamente, sin razón aparente en forma catastrófica, en un niño de 4 a 8 meses, en perfecto estado de salud hasta ese momento, alimentado al seno materno y cuyo desarrollo es absolutamente normal.-

SINTOMAS.

La invaginación intestinal se presenta, casi siempre de un modo brusco, inesperado, en niños normales, eutróficos, alimentados generalmente al seno, con uno de los tres síntomas cardinales de la enfermedad: dolores, vómitos, emisión de sangre por el ano. Cualquiera de los tres puede faltar; los dos primeros, son tan comunes y por eso los médicos ni las madres, les dan importancia.- Hay muchas entidades - por las cuales un niño hace vómitos o se queja de dolores; en cambio, el último síntoma, emisión de sangre por el ano es de una importancia considerable para el diagnóstico, un síntoma casi patognomónico de la entidad.-

Los dolores se manifiestan por los gritos y gemidos que emite el niño, por los rasgos fisonómicos que expresan sufrimiento y ansiedad y por los movimientos de flexión del tronco o de los muslos que efectúa a veces con el fin de relajar la pared abdominal. Comienzan de una manera brusca con los caracteres de un verdadero cólico intestinal. Son intermiten-

tes y presentan por momentos, paroxismos muy agudos seguidos de un apaciguamiento completo con retorno temporario al estado normal. Da la impresión en este momento de una normalidad tal, que ofusca al médico y tergiversa el diagnóstico. Es la calma traidora de la tempestad que viene después.-

Iniciado el dolor resulta imposible hacer cesar el llanto que lo denuncia; el niño rechaza el seno materno, palidece, grita siempre y expulsa el primer vómito, copioso, alimenticio, con restos de la última tetada.- El dolor declina suavemente como en lisis; después de una breve calma, siempre variable entre 3 a 10 minutos, vuelve con igual intensidad, con iguales expresiones que el primero y así sucesivamente se repite por un tiempo variable. Por su intermitencia Abbott se expresa así: "estos dolores son casi tan regulares en periodicidad, como los dolores del parto".

Durante las dos o tres primeras horas, los períodos dolorosos se repiten con igual frecuencia; mientras tanto puede efectuarse un 2o. vómito, siempre alimenticio o seromucoso. En el curso de estas primeras horas, el reposo, el sueño y la alimentación son generalmente imposibles; el niño queda intranquilo, quejoso y rechaza todo alimento que se le ofrezca. Poco después, las cosas cambian bastante: los dolores son más espaciados, parecen de menor intensidad a juzgar por las expresiones del niño; el sueño se hace posible, la respiración es normal, la facies apasible. El dolor, cada vez más atenuado, se produce cada media hora, cada hora, etc.-

Entre un cólico y otro, cualquier médico desprevenido puede pensar en otra entidad cualquiera y no en la invaginación intestinal. Esto es lo que generalmente sucede, y de allí la facilidad para errar en el diagnóstico.- Al segundo día, el dolor es más espaciado, más atenuado y desaparece casi, al tiempo que da paso a los síntomas que señalan la irreductibilidad de la invaginación, la parálisis y la oclusión intestinal.-

Los vómitos, a pesar de ser en el lactante un fenómeno banal, no pueden considerarse tales desde que se agregan a signos inequívocos, que señalan un paro sostenido del contenido intestinal. Son muy precoces, alimenticios primeramente, luego biliosos y excepcionalmente fecaloideos. Cuando la enfermedad persiste durante cierto tiempo, pueden ser continuos y traducir una intolerancia gástrica absoluta.-

La emisión de sangre por el ano, no es una deposición sanguinolenta, ya que esta corresponde a una evacuación intestinal en la cual, las materias fecales salen teñidas de sangre. Esta emisión de sangre, de escasa cantidad, sale diluida en serosidad o mezclada con mucosidades. Excepcionalmente es abundante, apenas si mancha el pañal con un tono rosado de carne lavada, en el que se observan algunas mucosidades. Esta emisión de sangre puede producirse espontanea y precozmente desde las primeras 3 horas de ocurrida la invaginación. Pero no ocurre así siempre: en este lapso la sangre puede advertirse tan solo después del tacto rectal o de un enema que arrastra estrías sanguinolentas y mucus, que manchan los paños.-

La emisión espontánea se produce después de la sexta hora, pudiendo demorar hasta la doceava. Clubbe, señala que el 97% de los casos por él observados, hubo emisión sanguinolenta por el ano, entre la segunda y la décima hora de producirse la invaginación.-

He aquí cómo uno de los síntomas máspreciados puede faltar en las primeras horas, cuando es imprescindible resolver con precisión y garantías.- El médico práctico, no debe esperar que este síntoma sea muy frecuente, tiene que interpretar lo. A esta emisión de sangre se le da el nombre de "signo de Cruveilhier".- Por su valor en el diagnóstico, Broza y Ombredanne han enunciado el uno un precepto y el otro una ecuación, de interés hoy puramente histórico para el práctico. Son los siguientes:

Precepto de Broca: Un niño de menos de un año que evacua sangre y presenta signos de oclusión intestinal + emisión de sangre, - debe ser laparatomizado inmediatamente.

Ecuación de Ombredanne: Signos de oclusión intestinal + emisión de sangre por el ano = Investigación Intestinal.-

Si para diagnosticar invaginación intestinal necesitamos la presencia definitiva de estos signos, descritos por Broca y Ombredanne, habremos sin duda alguna, declarado la pena de muerte a nuestros pacientes. En el capítulo "Errores de diagnóstico" nos permiteremos comentar detalladamente estas ecuaciones, sobre todo en relación al síntoma oclusión, como diagnóstico precoz.-

Otros autores han anunciado ecuaciones que se acercan mas a la realidad que las anteriores; he aquí algunas: - Agitación y dolor + emisión sanguinolenta = Invaginación (Halleau).

Trastornos digestivos súbitos + emisión de sangre por el ano - Invaginación (Févre).-

Síntomas generales. Fase inicial.- El estado general se mantiene durante las primeras horas bien conservado. La temperatura es normal; sin embargo, a veces existe fiebre ligera ($37\frac{1}{2}$ a 38 grdos) y aún más, pirexia elevada que podría inducirnos a error. El pulso se nota casi siempre acelerado.-

En los casos en que hay sospecha de invaginación intestinal, existen tres exploraciones que se deberán hacer: 1ª: La palpación abdominal; 2ª: El tacto rectal; 3ª: El enema del bario, del cual hablaremos en capítulo aparte.-

1ª)- La palpación abdominal.- El examen del abdomen, muestra al comienzo de la enfermedad y en los períodos de calma, un vientre blando, depresible, no doloroso.- En el paroxismo del dolor, el vientre es tenso, duro y de difícil exploración. Pero, lo interesante en la palpación es buscar y localizar la tumuración que corresponde al cuerpo de la invaginación, tratando de hacer esta maniobra en un instante de calma.- L. - Ramond, la describe como "un tumor profundo, alargado, (como una morcilla), movil, no adherido a las paredes abdominales, "Cambiando de forma bajo los dedos, bastante duro, aunque depresi-

ble, pastoso, pero no tanto como las masas estercoreales".-

Esta exploración debe hacerse, como hemos dicho, en los periodos de calma, y aun así, ofrece dificultades; debe palparse con rapidez, yendo directamente a la zona donde la invaginación pudiera encontrarse, dejando caer la mano de plano sobre dicha zona; sino se acierta a tocar el tumor en la primera tentativa, despues resultará tambien muy difícil. Aun la mano experimentada del pediatra puede fracasar. Perrin y Lindsay, por ejemplo, encuentran la tumoración el 65% de 400-casos.- Claro está repetimos, esto sucede en las primeras horas de la enfermedad; de las 12a. o 14a. horas en adelante, la palpación del boudin es mas facil y se llega a encontrarle con un porcentaje bastante elevado. Pero, no es esto lo interesante.-

Para reconocer el cuerpo de la invaginación es necesario sospechar de antemano, donde puede encontrársele.-

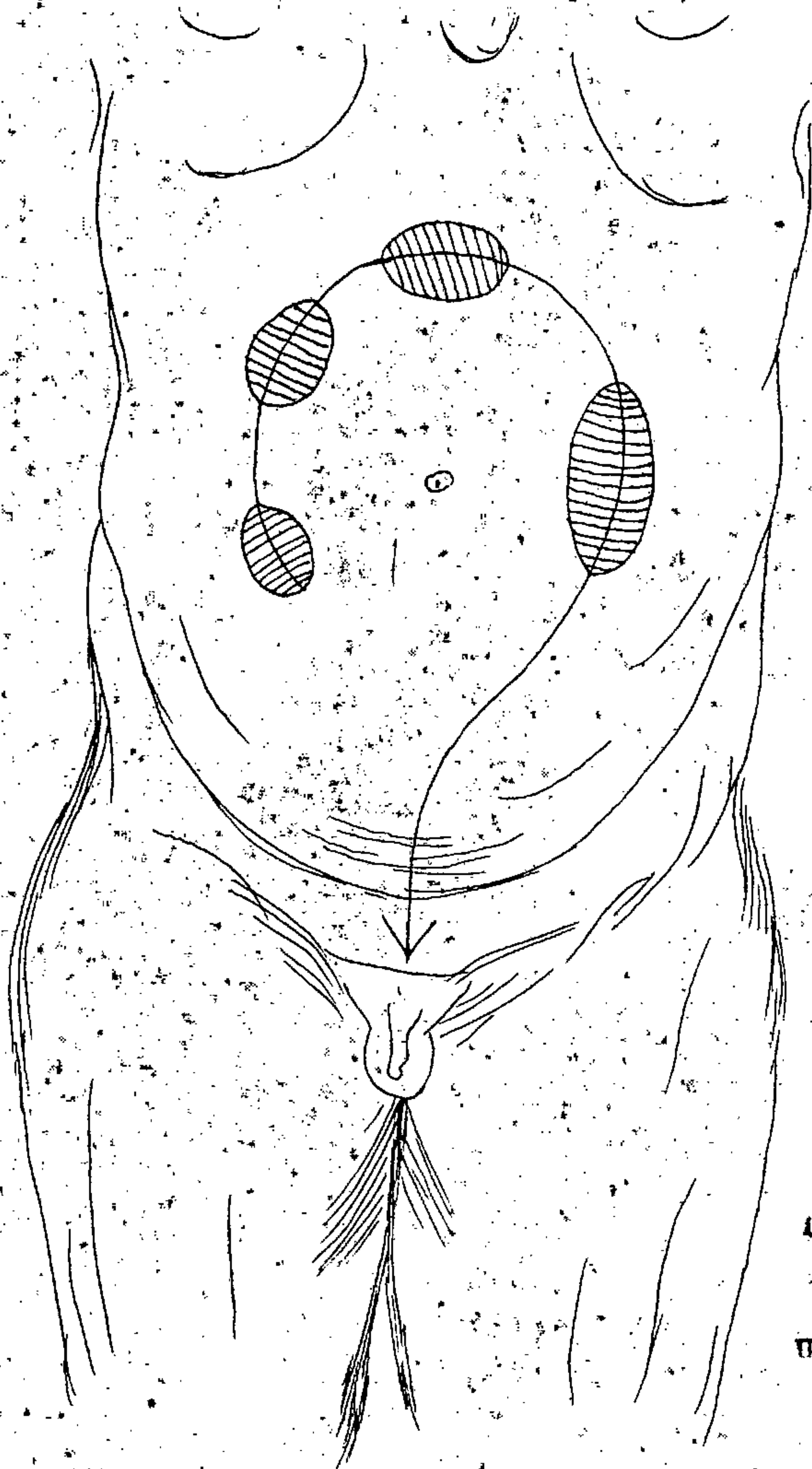
La invaginación ileo-cecal, el tipo mas frecuente, que progresa en forma mas o menos rápida, arrastra el ciego hacia el angulo hepático del colon, ofreciendo el tumor por encima de la fosa ilíaca derecha, en la región subhepática, por fuera del borde derecho del recto anterior. La sensación de vacuidad que da entonces la fosa ilíaca derecha recibe el nombre de "signo de Dance".- Si la cabeza de esta invaginación alcanza el tercio medio del colon transversal, la tumoración puede ser supraumbilical y palparse en pleno epigastrio; si progresa algo mas y llega al colon descendente, el tumor se palpa en la región

para-umbilical izquierda, bajo el recto anterior del mismo lado; progresando así el cuerpo de la invaginación puede hundirse en el hipogastrio, percibiéndose por el tacto rectal como un verdadero hocico de tenca. Esto es excepcional.-

La forma ileo-ileal, tipo raro de invaginación, queda por dentro de la fosa ilíaca derecha, bajo el tercio anterior del abdomen. Este tumor es de difícil palpación.-

A medida que la invaginación profresa, el tumor puede ocupar distintos puntos que marcan al rededor del ombligo algo así como un gran signo interrogante. El trazo de este signo se iniciará por encima de la fosa ilíaca derecha, llega al hipocondrio derecho, cruza el epigastrio inmediatamente por encima del ombligo, desciende por fuera y a la izquierda de este último y se hund en el hipogastrio, acercándose a la línea media. Ver figura en la página 24.-

En la invaginación ileocecal, durante las primeras horas, lo más probable es que la tumoración se encuentre por sobre la fosa ilíaca derecha o se acerque al epigastrio. Es un error calcular el sitio de la invaginación de acuerdo con las horas transcurridas; algunas invaginaciones recorren rápidamente gran parte del colon, otras, en cambio se detienen indefinidamente a la derecha de la línea media, pues este avance depende siempre de la movilidad del intestino, la extensión del meso y la longitud de sus vasos que varían con cada caso particular.-



DEPARTAMENTO D
BIBLIOTECA
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

Figura 9. Topografía del tumor en la invaginación ileocecal, a lo largo de su progresión intracólica. (W. Tejerina Fotheringham). -

En síntesis, el examen precoz debe buscar el cuerpo de la invaginación ileocecal, palpando el hemi-abdomen derecho y en forma tal, que el talón de la mano quede apoyado sobre la fosa ilíaca derecha y los extremos de los dedos alcancen en el epigastrio la zona más interna del cuadrante subhepático. Si esta primera palpación resulta negativa, puede insistirse con el epigastrio y la región paraumbilical izquierda.-

El tacto rectal.- Debe hacerse sistemáticamente.- Con el dedo meñique o el índice, enguantado y vaselinado, haciendo la dilatación progresiva del anillo rectal hasta introducirlo lo más posible. Se reconoce la ampolla rectal, se explora la fosa ilíaca derecha y se trata de localizar la cabeza de la invaginación. Puede acompañarse con la palpación combinada. La mayoría de las veces puede ser el tacto negativo pero en ocasiones, el dedo puede alcanzar a percibir la cabeza de la invaginación descendida has allí, dando la impresión de un voluminoso hocico de tenca. - Al retirar el dedo, este puede venir cubierto por mucosidades y estrias sanguinolentas que tienen la misma significación de las emisiones sanguíneas. A veces forma , viene el guante acompañado de verdaderos coágulos de sangre roja.-

Si el tacto rectal es completamente negativo, y se sospecha la invaginación debe hacerse un enema de agua tibia o de agua glicerinada. Con este enema podremos obtener datos muy importantes que confirmaremos despues con el de sulfato de bario.-

Fase oclusión constituida.- Abandonada a sí misma, la invaginación intestinal no tarde en conducir a un síndrome grave de oclusión intestinal: constipación pertinaz, retención de gases, meteorismo, que imposibilita la palpación abdominal y -contracción.-

La emisión de sangre por el ano, se convierte en -- una verdadera hemorragia intestinal acompañada de dolores agudos pero que acaban con las defensas del paciente. Ya no grita, ni se agita como antes y las sondas de contracción van -- disminuyendo hasta desaparecer. El tacto rectal permita tocar la cabeza de la invaginación (en un 100% de los casos); el dedo aparece recubierto por un líquido que despidе un olor gangrenoso. En fin, el paciente presenta un cuadro francamente -peritoneal: rasgos alargados, ojos hundidos, nariz afilada, -hipotérmico, pulso acelerado, debil e incontable.-

TERMINACION

La terminación definitiva de una invaginación intestinal no tratada es la muerte. Ocurre en un lapso que oscila entre el tercero y el sexto día, excepto en aquellos casos en que es acelerada por una peritonitis aguda por perforación intestinal.-

DIAGNOSTICO

La importancia del diagnóstico de la invaginación -intestinal, no radica en el hecho mismo de verificarlo, sino-

en la precaución para hacerlo . Despues de iniciada la enfermedad; cada minuto que pasa son horas de vida que pierden; y esto es lo que debemos evitar. No es lo mismo errar el diagnóstico en esta enfermedad que se agrava minuto a minuto y que va a la fatal resolución, que hacerlo en afecciones subagudas o crónicas, cuyo curso da posibilidades al clínico para aclarar su cuadro clínico, o al enfermo para llegar a otras manos.-

Es triste confesarlo, pero en este medio casi nunca hacemos el diagnóstico precoz de una invaginación intestinal. La mayoría de los casos, han ido al Hospital y al Cirujía o ya muy tarde con lesiones irreparables o todavía mas tarde en período preagónico. Y esto tiene sus causas: muchos médicos - esperan para hacer el diagnóstico toda la sintomatología clásica o sus complicaciones.-

Un colega de provincia se ufanaba el otro día, de haber hecho un diagnóstico de invaginación intestinal, al tercer día de iniciada la enfermedad. Mandó el caso a la ciudad. Y, decía despues: " es una lástima que si hubiera muerto en el camino, pues se habría confirmado el diagnóstico".-

Hay que sintetizar la descripción del cuadro clínico a uno o dos sintomas, cuando mucho a tres, porque la realidad nos muestra que solamente así tendremos éxito. Un lactante con un dolor abdominal de tipo cólico debe considerarse en un principio como un invaginado; con mayor razón si en sus ma

terias fecales, en la sonda rectal en el agua del enema, aparece sangre; y más aun, si a la palpación del abdomen notamos una tumeración o boudin. Casi siempre, este es el sintoma más tardío, la sangre el más alarmante, el dolor el más precoz. Es un grave error esperar la coincidencia de estos tres signos pues casi nunca se encuentran unidos; si esperamos de la mortalidad es menor; y si, en cambio nos acostumbramos al diagnóstico con uno solo, salvaremos muchos invaginados.-

Come dice muy exactamente Debré " los dolores abdominales súbitos, acompañados de vómitos y de la rotunda negativa del lactante a ingerir los alimentos, permiten sentar el diagnóstico por teléfono ".-

Consideramos de diagnóstico precoz a los casos a los casos comprendidos en las primeras doce horas y tardío a todos los que pasan de 24 horas. Solo con diagnóstico precoz podemos servir científica y eficazmente.-

Pero, por qué, no hacemos el diagnóstico? Por las causas arriba descritas y las siguientes que enumeramos ahora.-

ERRORES EN EL DIAGNOSTICO

Con lo que hemos observado en varios casos traídos a la Casa del Niño, ya con diagnóstico, sin él o con diagnóstico premortem, los errores que se cometen obedecen a las siguientes causas:

- 1^a) - No se piensa en invaginación intestinal. O, porque se desconoce la entidad, o porque se ha olvidado.-
- 2^a) - No se valoran como merecen los síntomas iniciales.-
- 3^a) - Se esperan síntomas tardíos o de difícil percepción.-
- 4^a) - No se interpretan síntomas que pueden estar presentes.-

Primer error: no se piensa en invaginación intestnal. Nos vamos a permitir referir dos casos que explican claramente:

El año pasado se presentó a la Consulta Externa de la Casa del Niño un paciente del barrio de Torices, con historia de invaginación intestinal. Tres días antes le había empezado la enfermedad, dolores abdominales tipo cólico, vómitos, deposiciones sanguinolentas. El primer día, el facultativo del barrio, le ordenó antidiarreicos a base de Bismuto y ampolla de clorhidrato de metina; el segundo día, el tratamiento tenía como base los antitérmicos, y antibióticos pues el niño estaba haciendo pirexia elevada; el tercer día, ya con un cuadro peritonal franco, la meditación perseguía corregir las constipación y el interrogante abdominal. Entonces decidió mandarlo o la madre lo trajo por su cuenta a este Hospital. Encontramos un niño de 8 meses de nacido, en estado preagónico, nariz afilada, pulso inconstable, hipotérmico y con un meteorismo abdominal tal, que parecía que el abdomen iba a reventarse; el cuadro era muy claro: una verdadera oclusión intestinal. LLámamos al Dr. N. Franco Pareja para

que nos diera su opinión y la respuesta de él para los familiares fué ésta: "Han llegado demasiado tarde. Llévenselo a la casa para que no se les vaya a morir en la calle". Efectivamente el paciente murió pocos momentos después.-

Otro caso: Y es éste, uno de los operados. Historia No. 133.- Al día siguiente de la enfermedad, mas o menos a las 24 horas, el niño hace deposición sanguinolenta. De esta deposición el facultativo recoge una muestra para el laboratorio para investigar amibas. El laboratorista reporta después: "muestra insuficiente para examen". Entonces la madre recibe orden de esperar la deposición del día siguiente, para mandar otra vez al laboratorio con el mismo fin. Al tercer día pensó en invaginación y lo envió al Cirujano.-

Conclusión: En el primer caso, el médico no pensó en invaginación; en el segundo, pensó muy tarde, la había olvidado. Ambos errores fueron fatales para la vida de esos niños.-

Segundo error. Se esperan síntomas que son de difícil percepción (boudin o morcilla) o tardío (constipación); o tardío y verdadera complicación (oclusión).

Decíamos en la descripción de los síntomas al enunciar la ecuación de Ombredanne "signos de oclusión + emisión de sangre por el ano $\equiv$ invaginación intestinal", que nosotros no debemos esperar todos estos síntomas para hacer el diagnóstico de invaginación, pues casi nunca se encuentran unidos.-

Porque, clínica, radiológica y anatomopatológicamente la invaginación intestinal no es una oclusión en una buena parte de sus comienzos. Dice Yanicelli con relación a este tema, en un trabajo que presentó a la Sociedad de Pediatría del Uruguay en 1.940: "La oclusión complica a la invaginación. Y es en el comienzo, cuando no es una oclusión, cuando el niño aún tiene deposiciones normales, cuando puede no haber tenido ni un vómito, pero cuando ha tenido un dolor de tipo cólico intestinal que debe hacerse el diagnóstico". Estos conceptos han sido confirmados después por varios autores. No obstante, aún muchos médicos tienen la idea de asociar la invaginación con la oclusión.-

En relación a la constipación, este también es un síntoma tardío y confuso, que no debe esperarse y que falta casi siempre. Es frecuente hallar en la historia del invaginado, una deposición normal antes de iniciarse el cuadro, o en el mismo curso de éste. En otros, hay verdadera diarrea. Para considerar definido el cuadro de constipación hay que esperar muchas horas; mucho más de lo necesario para diagnosticar la invaginación por sus síntomas fundamentales.-

El boudin o morcilla, es un síntoma propio de la invaginación, pero de difícil percepción cuando no imposible al comienzo de la enfermedad. Para que un boudin adquiriera consistencia o volumen de ser tocado a la palpación aun por manos experimentadas, pasan en general muchas horas. Todo esto sin referirnos a la de tipo ileo-ileal, mucho más difícil de palpar.

Conclusión: Siendo la oclusión intestinal una complicación tardía de la invaginación, no sólo no debe figurar en la sintomatología inicial de la misma, sino que jamás debe ser esperada para un diagnóstico. Es un error esperar la constipación o la morcilla para diagnosticar o definir un cuadro sospechoso de invaginación.-

La emisión de sangre por el ano, repetimos, es un síntoma que puede aparecer desde la segunda hora de la enfermedad hasta la décima; de aparición más temprana que el boudin, lo que mas alarma a la madre y el motivo más frecuente de consulta. Puede aparecer, aún mas tarde, a las 12a. horas o mas, y su espera para el diagnóstico puede ser causa de la muerte del lactante. De ahí, que actualmente, es necesario ir más lejos, hacer el diagnóstico antes de la emisión de esta sangre o buscarla, no en su salida espontánea, sino por medio del tacto en la ampolla rectal, por el enema en el trayecto del colon.-

Févre, ha expuesto fórmulas de mayor realidad clínica que las anteriores, para el diagnóstico de invaginación:

- 1) "Dolores paroxísticos abdominales intermitentes + vómitos + boudin= invaginación"
- 2) "Dolores paroxísticos intermitentes + vómitos + sangre al tacto= invaginación"
- 3) "Dolores abdominales + imagen de invaginación bajo la pantalla Invaginación"

Conclusión: La aparición de sangre por el ano en un posible invaginado es un síntoma capital, pero esperar su aparición para afirmar un diagnóstico craso error.-

Tercer error: No se valoran como merecen, los signos iniciales (dolor abdominal de tipo cólico). El síntoma que con mayor frecuencia inicia el cuadro de invaginación intestinal, es el dolor abdominal intermitente de tipo cólico, de intensidad tal, que hace llorar al niño desesperadamente, toma un color pálido se deprime. A veces, la consulta se hace por sólo

este motivo. El error consiste en pensar en un cólico simple mandando antiespasmódicos o calmantes, cuando en realidad se está en el síntoma inicial de una invaginación intestinal. Si por cualquier circunstancia, la madre no puede volver a ese médico sino al día siguiente, se habrá perdido, definitivamente, el precioso y único momento en que se pudo hacer un diagnóstico a tiempo.-

Conclusión: En un lactante, sobre todo alimentado por la madre, los dolores abdominales a tipo cólico con o sin vómitos, con deposición o sin ella, con o sin sangre, deben hacer pensar en invaginación intestinal.-

Cuarto error: No se buscan síntomas fundamentales que pueden estar ocultos.- El atenerse exclusivamente a los datos que da la madre, dolor abdominal y vómitos, y no buscar otros signos cuyos valores, asociados a los anteriores son muy importantes, es un grave error. La sangre, por ejemplo puede no haberse emitido por el ano, pero puede estar presente en la ampolla rectal o en el trayecto cólico. Debemos siempre buscar ese síntoma, no esperarlo. Hacer siempre el tacto rectal o el enema simple, o una sonda rectal 15 o 20 centímetros o aún mas. El dedo de guante, la sonda rectal manchada de sangre o el agua del enema teñida de sangre, tienen practicamente el mismo valor que la emisión espontánea de sangre por el ano.-

La búsqueda de la morcilla debe hacerse también sistemáticamente, porque, aun cuando no la hemos de esperar,

sera de gran valor el encontrarla. Ya nos hemos referido a la dificultad que cuesta encontrar esta tumoración en las primeras horas.- En síntesis, con estos dos síntomas, sangre y tumoración, afirmamos más el diagnóstico de invaginación.-

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

No obstante, la facilidad del diagnostico de invaginación intestinal, que puede hacerse con sólo dos síntomas, plantea a veces casos en que es indispensable hacer un diagnostico diferencial con otras afecciones, sobre todo porque puede coexistir con una de ellas. Por ejemplo:

La púrpura abdominal o púrpura de Henoch, que puede presentarse con dolores abdominales y emisión de sangre por el ano. Se tendrá en cuenta que va acompañada de otras manifestaciones hemorrágicas cutáneas como son las petequias, es muy rara antes del año de edad y no presenta tumoración abdominal. Si persiste la duda, al no observarse las petequias, el enema nos sacará de ella.- Lett, cita un caso, en que coincidía la invaginación con la púrpura de Henoch, descubierto como hallazgo al practicar el enema baritado, Hubo que operarlo inmediatamente.-

La enterocolitis segmentaria, con espasmos dolorosos y deposiciones con sangre también puede confundirse. Sin embargo para aclarar el caso hay que tener en cuenta que la enterocolitis segmentaria aparece en un lactante afectado con un cuadro digestivo desde hace horas o días, o catarral respiratorio viejo. La fiebre por lo general es de tipo más alto que en

la invaginación. El enema nos eliminará el diagnóstico de invaginación.-

Los otros diagnósticos diferenciales hay que hacerlos con afecciones que tienen uno sólo de los síntomas de la invaginación: dolor abdominal o emisión de sangre por el ano.-

La apendicitis del lactante, da dolor abdominal pero no hay sangre ni boudin. Tiene los síntomas de todos los procesos infecciosos peritoneales: dolor, vómitos, fiebre, defensas musculares y un examen de sangre contribuye para el diagnóstico diferencial.-

Todas las afecciones con dolores paroxísticos inguinoescrotales (hernia estrangulada, torsión del cordón, quiste del cordón, etc) bastará un examen de la región inguinoescrotal para evidenciarlos y son raros a esa edad.- Los pólipos rectales, que dan a veces pequeñas hemorragias y tiñen las materias fecales, pueden hacer pensar en invaginación. La falta de dolor, y el tacto rectal permiten confirmar su existencia y sacarnos de duda.-

PRONOSTICO.-

La invaginación intestinal no tratada conduce definitivamente a la muerte. Teniendo en cuenta la casuística de otras escuelas, ya que la nuestra es muy escasa, podemos afirmar que las invaginaciones diagnosticadas antes de las 12 horas se salvan con un 80% de seguridad; las de 13 horas a las 18 de comenzada la enfermedad, con un 50% y las de 24 horas en adelante, lo mas probable es que fallezcan.-

LOS RAYOS X EN EL DIAGNOSTICO.

Sólo dos casos de los que presentamos han sido observados con rayos X; uno, que fue operado en el Hospital Naval; el otro, que se presentó a la Casa del Niño con diagnóstico precoz de un colega y confirmado por nosotros, al cual se le hizo reducción con el enema baritado. Mientras en otros países, el paciente invaginado con diagnóstico precoz, va del consultorio médico al radiólogo, aquí, triste es confesarlo, se pasea del consultorio a la casa y viceversa, en espera de un síntoma tardío, hasta el día siguiente por lo menos, cuando el colega o los familiares resuelven llevarlo al cirujano, por cierto, "demasiado tarde". No practicamos el enema de bario sistemáticamente en la invaginación intestinal. No por falta de radiólogos que sí los hay capacitados, sino porque, repetimos, para qué se le va a hacer un enema baritado a un niño de mas de 24 horas de invaginado, con un boudin palpable y con la complicación oclusiva en nuestra presencia? Si para el diagnóstico, esta muy claro y salta a la vista. Si para el tratamiento, es muy difícil que se reduzca definitivamente una invaginación a esa altura. Luego el único recurso que queda, es el que hacemos o se ha hecho hasta ahora: el quirúrgico:

Al referirnos a los rayos X en el diagnóstico y particularmente al enema de bario como tratamiento, lo haremos teniendo en cuenta las experiencias de la Escuela Uruguaya. Presentan estadísticas de reducciones con el enema baritado, durante las primeras horas de la enfermedad, suficientes para tenerla en cuenta en futuras ocasiones.-

Debe distinguirse la radiografía simple o radioscopia de las contrastadas con el enema baritado. Las primeras, no nos permiten afirmar ni negar la invaginación; nos indicarán si estamos frente a otra lesión como un vólvulo del intestino, o si hay una invaginación complicada de oclusión; pero, no encontramos el boudin, ni la localización precisa de la invaginación. Tenemos que practicar el enema opaco y la radiografía de contraste.-

EL ENEMA DE BARIO.

A principios de este siglo, los autores australianos y escandinavos pusieron en practica el enema de sulfato de bario para el diagnóstico de la invaginación intestinal. Mas tarde, Pouliquen, cirujano de Brest (Francia) y otros del mismo pais como Fruchaud y Marniere, preconizaron el enema de bario no sólo para el diagnostico de la invaginación sino para su reducción.-

Cómo se practica un enema de sulfato de Bario?. La conducta a seguir en un paciente de quien se sospeche una invaginación intestinal es la siguiente: Se prepara un enema de un litro de agua, para administrar de 400 a 700 centímetros cúbicos; el resto puede perderse. Se prepara con la mitad de lo acostumbrado en el adulto es decir de 200 a 220 gramos mas o menos se coloca al enfermito en decúbito dorsal o en posición de Trendelenburg. No hay necesidad de anestesia. Una cánula rectal de autoretención ajustada a una sonda de caucho larga se intro-

duce en el recto. El recipiente es levantado de 50 centímetros de altura o un metro para que entre lentamente con la fuerza de gravedad. La papilla llena rápidamente la "S" ilíaca, colon descendente, y final del transverso. A este nivel o en el lugar de la invaginación, se detiene, ofreciendo imágenes de amputación o de escarapela según se observe de perfil o de frente. (Ver figuras). A veces se observa que una pequeña parte de la papilla se introduce entre las paredes de los sectores invaginante e invaginado, constituyendo como dos tentáculos y ofreciendo la imagen de media luna. Si a los 30 minutos la desinvaginación no se ha efectuado, puede hacerse otro enema y si este no reduce es inútil insistir.-

LA IMPORTANCIA DEL ENEMA. Nadie podrá negar el valor diagnóstico del enema baritado. Por medio de él, podemos aclarar aquellos casos de no muy claro cuadro clínico, en que necesitamos decidir rápidamente, qué conducta seguir.-

El enema de bario nos permite diagnosticar afirmativamente, todas las invaginaciones que se producen con participación del intestino grueso, que constituyen un 95%. Si bien es muy fácil la introducción del bario en el intestino, puede ser difícil para el no experimentado la dilucidación de aquellos casos en que no hay imágenes claras o un relleno completo de los bordes del ciego. De ahí que aconsejamos lo practique siempre un experimentado.-

En fin, por medio del enema podemos localizar el lugar en que se encuentra la invaginación; tratarla total o parcialmente;



Figura 10. Imagen de amputación (Roviralta)

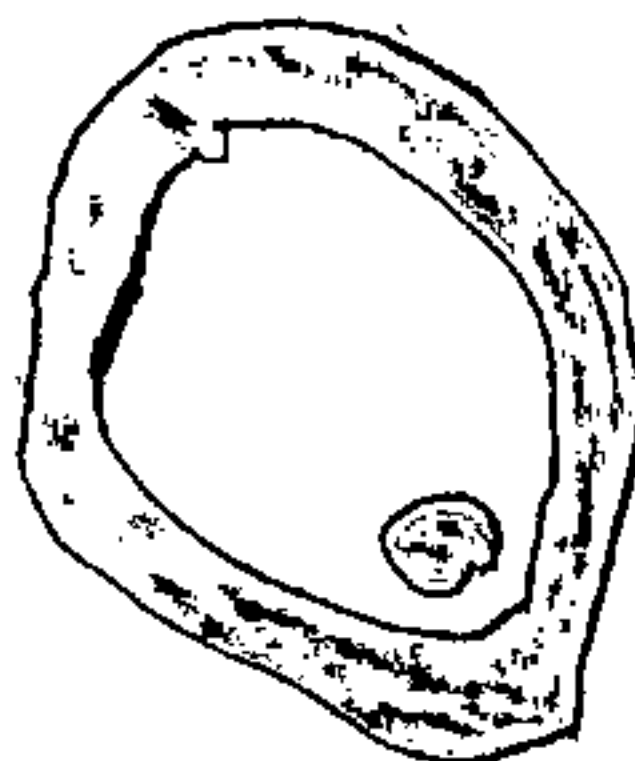


Figura 11. Imagen en escarapela. (Roviralta)

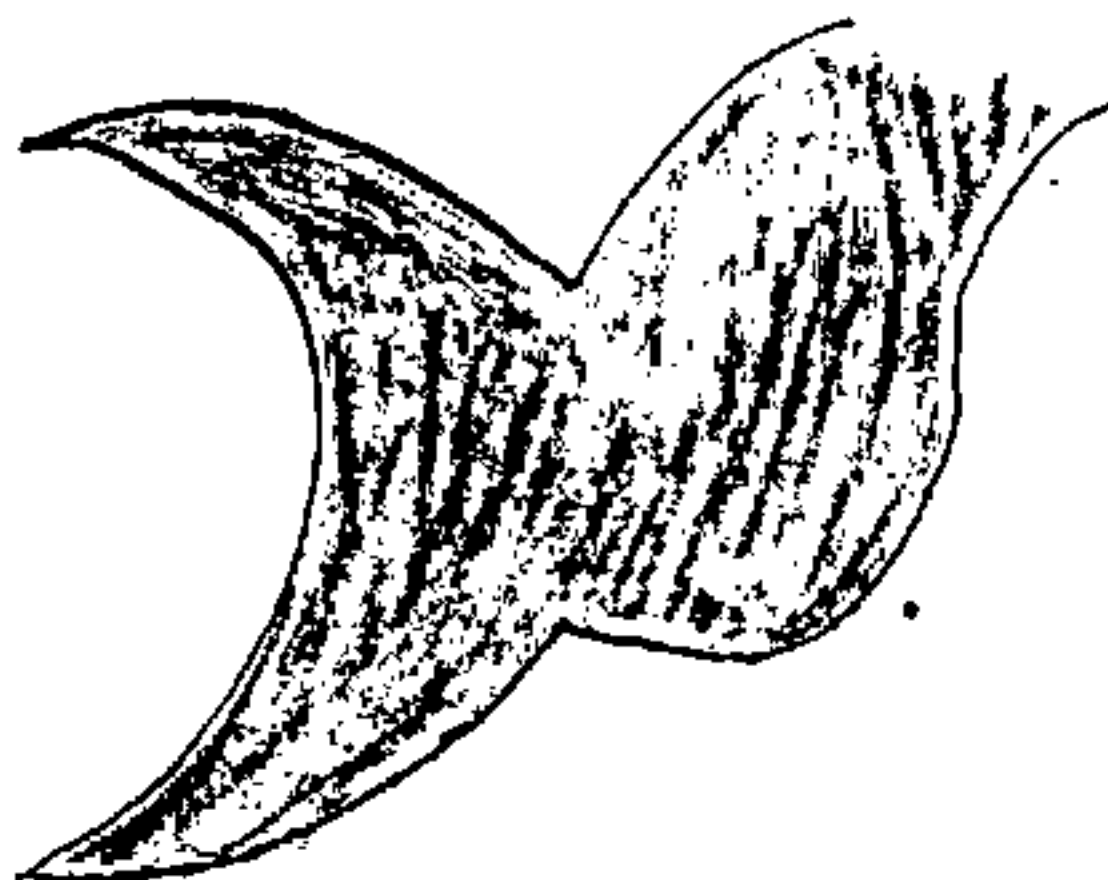


Figura 12. Imagen en media luna.

excluir el diagnostico de invaginación con participación del intestino grueso.-

El enema no sirve: para diagnosticar, ni localizar ni tratar directamente las invaginaciones ileo-ileales, puras, es decir, sin participación del intestino grueso. Este tipo de invaginación como hemos dicho sólo participa en un 5% de los casos. De modo que en un paciente con síntomas de invaginación y enema baritado normal, debemos pensar en una invaginación ileoileal.-

El enema baritado nunca es perjudicial, si se le suministra tibio, pues debemos evitar la pérdida de calorías que produciría una gran masa de agua fría mantenida largo tiempo en el vientre de un niño en un estado tan grave. No es perjudicial si no se insiste más de lo debido o se facilita su eliminación con una sonda rectal.- Estas precauciones son tan fáciles de satisfacer que practicamente el enema baritado nunca es perjudicial.-

TRATAMIENTO.-

Hecho el diagnóstico de Invaginación Intestinal el tratamiento se hará, según los casos, por enema de bario, por intervención quirúrgica, o por enema baritado e intervención quirúrgica.-

La intervención quirúrgica tiene sus ventajas: permite tratar todos los casos de invaginación, es decir, aun

los ileoileales a quienes el enema no llega. Permite la visión directa de la invaginación y su desinvaginación, lo mismo que la causa, así sea un tumor poliposo o un divertículo. No hay riesgos de reinvaginación.-

El enema de bario, sostiene la Escuela Uruguaya además que facilita un diagnóstico precoz, reduce la invaginación y evita el traumatismo que significa para un lactante en ese estado una intervención quirúrgica. No hay riesgos de complicaciones postoperatorias. El Doctor N. Franco Pareja no participa de este concepto.-

Por lo mismo que ambos tratamientos están indicados según los casos, debe haber asociación entre el médico radiólogo y el cirujano. En caso de fallar el enema, actuar inmediatamente el cirujano. Con esto conseguimos dos cosas; 1º: evitar a todo trance una operación que en sí es un peligro; 2º: actuar en forma rápida y a tiempo quirúrgicamente cuando los medios incruentos no dan resultado.-

EL ENEMA BARITADO TERAPEUTICO.-

En otro capítulo decíamos, que muy pocas veces habíamos tenido la oportunidad de practicar el enema de bario como diagnóstico o tratamiento de la invaginación intestinal. Como causa única tenemos el que los casos han llegado después de 24 horas, etapa en que consideramos sólo debe practicarse la intervención quirúrgica.-

A Algunas escuelas como la Uruguaya, presentan estadísticas de reducciones de invaginación por el método incruento, de 48 y 62 horas de evolución; sin embargo, si se desea tener éxito completo debe hacerse el diagnóstico en las primeras doce horas o a mas tardar hasta las 18 horas. Es más, debe tenerse a la mano el recurso quirúrgico en caso de una posible reinvaginación.-

LA DESINVAGINACION. Para juzgar la desinvaginación efectuada con enema opaco hay un criterio clínico y otro radiológico. Este último admite como desinvaginado a todo caso en donde haya relleno completo del ciego, dibujándose con nitidez y regularidad sus bordes; o que se observe pasaje del bario al ileon.

La falta de relleno del ciego puede ocurrir o por falta de desinvaginación o por edemas de las paredes; el pasaje del bario al ileo puede faltar a pesar de haberse operado una desinvaginación. He aquí algunas dificultades que deben tenerse en cuenta; se subsanan, bien haciendo otro enema o siguiendo la evolución clínica.

El criterio clínico de la desinvaginación admite que ésta se ha operado cuando el lactante recobra su color normal, sueño tranquilo y sin sobresaltos; o si ha existido boudin cuando este desaparece. Si estos factores no se observan debemos considerar estas posibilidades: La reducción no ha sido -

completa; o, la invaginación es de tipo ileo-ileal. Si lo primero, debemos repetir el enema; si lo otro, intervenir inmediatamente.

A continuación publicamos la estadística de 28 casos tratados con enema en el Hospital Pedro Visca de Montevideo por los Dres. Bazano y Tiscornia, de los cuales 18 fueron con éxito (64,3%). El porcentaje de éxitos con el enema en relación a las horas de evolución fue el siguiente:

De 0 a 12 horas		8 casos con 7 curas con enema = 87,5%
De 12 a 24 horas	7 " " 5 " " "	71,4%
"24 a 36 horas	4 " " 1 " " "	25%
"36 a 48 horas	3 " " 2 " " "	66,7%
"48 a 60 horas	2 " " 1 " " "	50%
"60 a 72 horas	3 " " 1 " " "	33,3%
"mas de 72 hs.	1 " " 0 " " "	0%

A pesar de que estas cifras permiten concluir algunos éxitos aun en los casos avanzados de 60 a 72 horas de evolución, el decrecimiento de posibilidades es tan manifiesto pasadas las 24 horas, que nos hace sacar en conclusión lo siguiente: debemos hacer el diagnóstico, cuando más tarde a las 18 horas y si es posible en las primeras doce horas para resolver la invaginación con tratamiento incruento sin grandes riesgos.-

El Dr. Ricardo Yanicelli, Cirujano del Hospital Pereira Rossel de Montevideo, refiere un caso entre otros, tratado con éxito con el enema de bario que nos sirve para demostrar dos cosas: 1º: el éxito del tratamiento incruento; 2º: que

si el síntoma dolor por excepción falta, existe a veces, ocupando entonces, en general su lugar de signo inicial, la emisión de sangre. "M.C. 7 meses. La noche del 8 de Julio pasa desvelada hasta la 1 de la mañana. Luego descansa. A las 9 y 45 vómitos alimenticios y molestias discretas. Nueva deposición normal. No hay signos de dolor. A las 12 y 30 deposición con sangre roja; a las 13 deposición con mas sangre y menos materias; luego emisión de sangre roja con coágulos. La vemos a las 13 y 15; vientre libre, blando, depresible; masa redondeada, dura, algo sensible, en el hipogastrio. Al tacto rectal se palpa la cabeza de la invaginación y el dedo viene manchado de sangre. Lo hacemos ingresar al Hospital Pedro Visca. El Dr. Bazzano practica el enema baritado y la reducción se hace perfectamente. Las características de este caso, están en la ausencia de dolor, la aparición temprana y abundante de sangre como, asimismo, en la rápida constitución de un boudin consistente, desplazado hasta el fin del recorrido cólico. En cuanto a la ausencia de constipación y oclusión lo vemos confirmado una vez más".-

Este caso referido por el Dr. Yanicelli, tiene mucho parecido a uno que tuvimos este año en la Casa del Niño, en que la manifestación "dolor" no era tan prominente, pero en donde los otros signos eran muy dicientes: El Viernes 17 de Julio del presente año a las 2 p.m. nos trae a consulta un caso el Jefe del Centro Materno Infantil de esta ciudad, Dr. Jorge Rey Sarmiento. Se trata de la niña Julia Blanco, 3 meses de edad, residente en Torices, asidua visitante del Centro y hasta entonces

en buen estado de salud. Tiene la ficha del Centro No. 843.- Alimentada al seno exclusivamente, carece de antecedentes patológicos. A las 8 a.m. de ese día la madre le nota rechazo del seno. Es tan cuidadosa de su hija, que a las 9 la lleva al Centro Materno Infantil. En la tetada de las once a.m. ingiere la leche con dificultad o desgano para expulsarla en vómito poco después; media hora más tarde vuelve a hacer otro vómito, lo que inquieta a la madre y alarma al médico. El estado general llama la atención por cierta apatía manifiesta. No hay dolor. El médico hace examen clínico completo y encuentra temperatura rectal de 37,8 grados, emisión de sangre por el ano después de tacto rectal. Piensa en envaginación intestinal, la pone en observación hasta las 2 p.m cuando nos la trae a la Casa del Niño en consulta. Al principio, por la falta del síntoma dolor, dudamos un poco al oír la historia; antes de examinarla ponemos a la madre a amamantar a su niña y notamos rechazo total del seno. La palpación abdominal es negativa y sobre todo difícil por el llanto del niño al presionar su abdomen. El tacto rectal nos da boudin negativo, pero, al sacar el guante, viene sucio de sangre roja, y coagulada. La temperatura rectal es ya de 38 grados. Un poco después, la sangre sale en forma espontánea, aunque no muy abundante. Hacemos diagnóstico diferencial y solo nos encaja en el cuadro presente la invaginación intestinal. - Nos resolvemos a practicar un enema baritado inmediatamente, - como medio de diagnóstico y tratamiento si es posible, con la técnica descrita antes.- Al principio el bario es rechazado y sólo alcanzamos a ver el lleno del transversal; insistimos con

la cantidad que queda dentro del recipiente y notamos sombra densa a nivel de la válvula ileocecal. Pero ya el líquido del enema se ha terminado, la muchacha que sujeta a la niña no lo hace bien y ésta llora y se mueve lo que nos dificulta la última observación. Como la niña expulsa el líquido inmediatamente resolvemos hacer otro enema y lo repetimos a la media hora. Notamos entonces: relleno completo y rápido del intestino grueso, desaparición de la sombra ileocecal, visión perfecta de los bordes del ciego. Con el bario expulsado por la paciente vienen también estrías sanguinolentas. Acostamos a la paciente en observación y vemos que se duerme profundamente. A las 5 p.m. toma bien la tetada y no hace vómitos. La retenemos en el Hospital hasta las 6 p.m. cuando la madre resuelve llevársela; no quiere dejarla esa noche en la Casa del Niño. Comprendemos que es un riesgo dejarla marchar, pero no podemos hacer nada ante la insistencia de la madre. De exprofeso no le hacemos medicación alguna y le indicamos a la madre, que si en el curso de la noche, le siente algo anormal a su niña, la traiga inmediatamente.-

Como no sucede nada, espera al día siguiente y de nuevo la lleva a su consulta habitual, el Centro Materno Infantil. Al examen clínico no encuentran anormalidad aparente, como reposa en la historia clínica. Después ha seguido yendo cada 8 días y no ha vuelto a enfermar.

Por los caracteres de este caso, no podemos dudar que hubo una invaginación intestinal y se redujo con el enema bari-

tado. A pesar de nuestra poca experiencia sí logramos notar el cambio entre el primero y el segundo enema.

INTERVENCION QUIRURGICA.

Fracasado por algún motivo el tratamiento incruento de invaginación, o diagnosticada ésta después de 24 horas de evolución cuando ya no se debe hacer enema-tratamiento, debemos proceder inmediatamente a la intervención quirúrgica para salvar nuestros invaginados. Y como toda operación, es necesario hacerle su preoperatorio.-

PREOPERATORIO. No obstante ser una operación de emergencia es necesario tener algunos cuidados antes de la intervención. Vigilar los estados de deshidratación y shock en que llegan algunos, sobre todo este último que es el más grave y frecuente. La administración de un poco de calor, hidratación con suero fisiológico o glucosado subcutáneo, así como la plasmoterapia intravenosa, son los medios para contrarrestar estos dos cuadros clínicos. Generalmente se aplican de 150 a 250 c.c. de suero fisiológico o glucosado y 20 c.c. de plasma por kilo de peso corporal. En caso de existir distensión gaseosa del estómago se puede introducir sonda gástrica que hace a la vez de evacuadora y medio para lavado de estómago.

Ninguno de los casos presentados tuvo la oportunidad de un buen preoperatorio por las causas antes explicadas: no había tiempo qué perder, pues tenían varias horas de evolución y tu-

vieron que operarse inmediatamente después de haber llegado.-

OPERACION.- La operación debe llenar algunos requisitos indispensables: anestesia profunda, evitar la pérdida de calórico, laparatomía simple, buena hemostasia y desinvaginación rápida. No debe hacerse sino lo estrictamente necesario. La anestesia debe ser general, de preferencia el eter. La anestesia local puede estar indicada cuando se trata de intervenir con Mack Burney en un boudin en la fosa iliaca derecha, o visualizar una desinvaginación dudosa tratada con enema. Con otra incisión los riesgos de evisceración son mayores, de tal suerte que si se comienza con local debe seguirse con general.

La operación debe durar pocos minutos para librar al niño del shock que produciría una intervención demorada. La hemostasia debe ser perfecta y deben ligarse los vasos que sangran plano por plano; debe conseguirse el mínimo de evisceración. La incisión según los casos puede ser paramediana transrectal, Mack Burney, mediana supra o infraumbilical. Nosotros siempre hemos practicado paramediana transrectal o Mack Burney.

Algunos autores como W Tejerina Fotheringham, prefieren la mediana supraumbilical, preconizada por Fèvre. Esta incisión comienza desde dos centímetros por debajo del apéndice xifoides hasta el arco superior del ombligo. Tiene la ventaja de permitir un fácil acceso al cuerpo de la invaginación, cualquiera que sea su topografía. Pone a la vista el colon transversal, que con ligeras tracciones trae hacia la he-

rida el ciego, después del ángulo hepático y del colon ascendente. Hasta las ileo-ileales pueden exteriorizarse por este medio. Tiene el inconveniente según sus defensores, de no permitir la fijación del ciego al peritoneo parietal de la fosa ilíaca derecha para evitar recidiva de invaginación. Es obviado este inconveniente haciendo una incisión ilíaca a lo Mack Burney después de la desinvaginación, a través de la cual hace con la pexia cecal o ileocecal.

Otros cirujanos entre ellos Yanicelli son enemigos de esta incisión por ser muy propensa a eventraciones postoperatorias.-

Cualquiera que sea la incisión efectuada, después de abierta la pared abdominal, seccionando el peritoneo, toca realizar la parte más importante de la intervención: tratar la invaginación misma, con la operación mas simple y en el menor tiempo posible. La operación ideal debe ser la desinvaginación simple, siempre que sea posible la reducción y el intestino no se presente esfacelado; si esto sucede, las cosas se complican grandemente.

La técnica de la desinvaginación simple es la siguiente: se busca y localiza el boudin sin exteriorizarlo del abdomen. Se sostiene suavemente el cabo intestinal con la mano izquierda, al tiempo que se presiona sobre la cabeza de la invaginación con la mano derecha, como si se tratara de "vaciar un pomo lleno de pasta"; a medida que progresa la reducción,

DEPARTAMENTO DE

BIBLIOTECA

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

No es lógica la apendicectomía sistemática, ya que todo lo que signifique abrir de algún modo el intestino, expone a contaminaciones que deben ser evitadas. En cambio, si el apéndice está enfermo debe ser extirpado. Algunos fijan el apéndice a la cara anterior del ciego para posterior operación. La extirpación de un pólipo intestinal se hará en el mismo acto de la desinvaginación o en una operación siguiente según lo permita el estado general y lo exija el local. La extirpación de los ganglios mesentéricos es un absurdo, pues no hace sino dilatar la intervención con grave riesgo para el paciente; ya hemos explicado el origen de esos infartos ganglionares.

Si la desinvaginación ha sido posible y no hay nada anormal se cierra la pared según los casos y los deseos, en uno, dos o tres planos.

Si la operación se efectúa con excesivo retardo y el cirujano encuentra una invaginación irreductible por gran infiltración o esfacelo del boudin, el pronóstico se hace tan sombrío que quedan pocas posibilidades de curación. No obstante, estas dificultades y a pesar del edema, cianosis, infarto del cilindro externo y del tiempo transcurrido, ~~U de Pca~~ ~~Angulo de Bel~~ ~~Pone~~ ~~P~~ ~~A~~

toda su pericia para efectuar todavía la desinvaginación simple. Mientras no haya gangrena es ésto lo único que debe hacerse. El caso seguirá siendo muy grave y probablemente de grandes complicaciones postoperatorias.

Para el tratamiento de la invaginación irreductible, con o sin gangrena, el cirujano dispone de varios procedimientos, algunos de muy escasas perspectivas; otros como recursos desesperados. Enumeraremos algunos de estos procedimientos: lo: La resección del boudin a través de la sección longitudinal del cilindro externo, de acuerdo a la técnica de Maunsell. Después de exteriorizado el cuerpo de la invaginación, se traza sobre el cilindro externo, a partir del cuello y en una extensión que permita abordar cómodamente el boudin, una sección completa y longitudinal del intestino. El boudin queda así al descubierto. Se lo reseca por delante del pie de la invaginación, cortando simultáneamente los dos cilindros internos, que por lo general se hallan adheridos por su cara serosa. Se sutura con catgut la circunferencia cruenta resultante de esta resección, con lo cual los dos cilindros internos quedan solidarios por delante del cuello, al par que se asegura la hemostasia de los vasos mesentéricos comprometidos por la invaginación y alcanzados por la resección del boudin. Resecado éste, sólo queda por suturar la brecha fraguada en el cilindro externo y asegurar la soldadura entre el cuello de la invaginación y la serosa del intestino invaginado. Se consigue esto con una sutura en dos planos, como es corriente en cirugía gastro-intestinal; y con puntos se-

parados seromusculares que vinculan el cuello de la invaginación a la porción sana del intestino invaginado, inmediatamente por encima de aquel. Esta operación ha procurado algunos éxitos en casos muy graves, operados con grave retardo. No produce estenosis intestinal, ni esbozo de invaginación persistente.-

2o: Una variante de la operación de Maunsell, es la operación de Brown, que consiste simplemente en facilitar la desinvaginación, seccionando el anillo estrangulante de la invaginación, con lo cual luego de conseguida la reducción, queda en la pared del intestino que hacía de cilindro externo, una brecha que es preciso suturar en dos planos como habitualmente.

3o: Resección en block con o sin desinvaginación previa. Decidida la resección, la sección de los cabos intestinales por encima como por debajo de la invaginación, debe hacerse a buena distancia de la porción alterada por la estrangulación; sobre tejido sano. La anastomosis debe ser la termino-terminal. Los tropiezos que pudieran resultar de la diferencia de calibre entre el cabo intestinal y el cabo colónico, son subsanables si al primero se lo secciona en sentido oblicuo a expensas del borde libre, lo que procura una brecha de mayor circunferencia adaptable a la del colon.

4o: Las anastomosis intestinales salvando el sitio de invaginación, que algunos practican, deben rechazarse sistemáticamente. Si bien pretenden poner remedio a una oclusión aguda, dejan en el vientre un intestino estrangulado, condenado a la

gangrena, que rápida y seguramente infectará al peritoneo, a menos que el boudin se elimine por vías naturales, eventualidad que como sabemos no hay que contar.-

POSTOPERATORIO.

Así como cada hora que pasa en la evolución de la enfermedad, tiene su influencia en la conducta a seguir como tratamiento y en el pronóstico de la enfermedad, así también, cada minuto de más durante la operación repercutirá decididamente en el postoperatorio.

Para fijar la importancia del postoperatorio podemos afirmar que un lactante operado de invaginación y abandonado de tratamiento está destinado a morir. El tratamiento del shock operatorio debe hacerse lo más rápido, con plasma intravenoso, o transfusión sanguínea. Si no se dispone de estos medios se hidrata al paciente con suero fisiológico o de Ringer. Esta hidratación puede hacerse por vía parenteral o rectal. Se combatirá la alcalosis e hipocloremia. En las distensiones gaseosas del estómago se hará aspiración y lavado gástrico. Nosotros hemos practicado siempre, después de la operación, la plasmoterapia intravenosa.-

Como la más grave complicación postoperatoria mencionaremos de manera especial, al síndrome de palidez e hipertermia, cuya principal característica es la elevación rápida y tenaz de la temperatura, que se presenta a las pocas horas de la salida

de la sala de operaciones y que salvo escasas excepciones, acaba con la vida del paciente entre las doce y las treinta horas de su aparición. Es un trastorno del sistema vegetativo en que la termorregulación se haya seriamente afectada. Tratamos de evitar esta complicación grave, cuidando la temperatura desde que el paciente sale de Cirugía, haciéndole antitérmicos apenas pase la temperatura rectal de 39 grados, enemas de agua fría (no helada) o bolsas de hielo sobre el vientre y cabeza.

La eventración es otro accidente posible en el post-operatorio. Ocurre casi siempre en las incisiones medianas supra e infraumbilicales.-

CASA DEL NIÑO.-

Historia Clínica No. 126.-

Fecha de Entrada: 18 de Octubre de 1.952

Día de salida: 19 de Octubre de 1.952- por muerte.

Nombre: Orlando H. Montenegro.-Padres: Luis Montenegro, y J. de Montenegro.- Fecha de Nacimiento Mayo 1º/52- Edad 6 meses.

Antecedentes hereditarios: Padres jóvenes y en aparente buen estado de salud.

Antecedentes personales: Gastroenteritis hace dos semanas.

Enfermedad actual y relación de los síntomas: Niño nacido a término, de parto normal, alimentado en forma mixta desde hace 3 semanas con sopas de verduras, peso normal para su edad y como único antecedente patológico una gastroenteritis aguda hace dos semanas en Bogotá. Cae enfermo de pronto al amanecer del Viernes 17 de Octubre de 1.952 con deposiciones diarréicas, verduzcas y fiebre. En la tarde de ese día 17 es llevado en consulta al Dr. Rafael Muñoz T, encontrándolo éste en aparente buen estado general. Con el antecedente de la enteritis en Bogotá le ordena suprimir la alimentación artificial y le deja solo el seno materno y Palmitato de Cloromicetina. En la noche de ese día le empezaron dolores abdominales agudos intermitentes seguidos de períodos de sopor; el niño no pudo dormir. La madre le aplicó un enema de agua dando según ella deposiciones verduzcas sin sangre. A las 8 a. m. del día 18

de Octubre estuvo con tranquilidad aparente, sin dolores, $\pm$ tomo el seno. A las 10 hizo vómito alimenticio y deposición verduzca con estria sanguinolenta. A la palpación abdominal no se localizó tumoración o boudín.- El examen de heces reportó quistes de amiba y hematíes +++ (tres cruces). A las 12 $\frac{1}{2}$ se le suspendió alimentación y se le ordenó solución de Ringer por via oral; los dolores continuaron en la misma forma aguda pero con mayor frecuencia. A las 2 $\frac{1}{2}$ la palpación abdominal revela una masa tumoral como "una morcilla" en el hipocondrio derecho. La temperatura rectal es de 39 $\frac{1}{2}$ grados. A las 3 $\frac{1}{2}$ p.m. de ese día 18 de Octubre es traído de emergencia a la Casa del Niño por el mismo Dr. Muñoz T. con el diagnóstico de INVAGINACION INTESTINAL. La temperatura es a las 8 $\frac{1}{2}$ de 39 grados en el recto. Al acostarlo en la camilla de observación hace otra deposición verduzca con estrias sanguinolentas. A las 5 $\frac{1}{2}$ p.m. es llevado a la Sala de Cirugía.-

OPERACION: REDUCCION DE INVAGINACION INTESTINAL.

Cirujano: Dr. Rafael Muñoz T.

Asistente: Dr. N. Franco Pareja

Anestesia: Eter.

Incisión paramedia supraumbilical derecha, que comprende piel - tejido celular. Se profundiza esta incisión hasta llegar a la - cavidad abdominal. Se localiza a nivel del ciego una invaginación poco profunda con la apendice en via de necrosis. Se observan varios ganglios aumentados de volumen en el meso cecal. Se reduce la invaginación, se hace apendicectomía y se fija el meso cecal con varios puntos de sutura. Se hace la extirpación de los ganglios mas prominentes, se colocan compresas tibias hasta ob-

servar normal coloración del intestino desinvaginado. Por último se cierra por planos la pared abdominal.-

POSTOPERATORIO. Observaciones. Al salir de la Sala de Cirugía se le dió oxígeno durante media hora por observársele respiración disneica. Se le empieza hidratación, que dura toda la noche con Suero de Ringer per os y suero fisiológico en hipodermocclisis, además de Penicilina y Estreptomicinaa. Durante la noche la temperatura se conservó en 39 grados bajando a las 6 a.m. a 38. A las 4 a.m. hizo dos vómitos amarillos y empezó a quejarse. A las 7 a.m. lo encuentra el médico de cabecera Dr, Muñoz, con temperatura de 38 grados, abdomen blando normal a la percusión y en aparente buen estado general. Mas tarde a las 9½ a.m. empezó a subirle la temperatura rectal, llegando a las 10 a.m. a 41½ grados, se pone lipotímico y sudoroso. Se le hacen tónicos cardíacos y medicina de urgencia (supositorios de glicerina). A la hora de haber empezado este último cuadro, es decir a las 10½ muere.

CASA DEL NIÑO.

Historia Clinica No. 133

Nombre: Teofilo A. Colon.

Nombre de los padres: Aquiles Colon-Berta Espinosa.

Fecha de entrada: Noviembre 21/52.

Día de salida: Noviembre 27 de 1.952- por muerte.

Fecha de nacimiento: Mayo 20/52- Edad 6 meses.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Catarros ligeros, dispepsia.

Enfermedad Actual y relación de los síntomas: El paciente de nuestra historia es un niño de seis meses de edad, hijo de padres jóvenes y en buen estado de salud, nacido a término, de parto normal, ha tenido alimentación mixta desde el primer mes de nacido con Leche Dryco y Lactógeno. Su constitución física es la de un niño eutrófico, con peso y talla correspondiente a su edad. Con antecedentes patológicos personales ha tenido trastornos ligeros respiratorios manifestados en forma de tos húmeda rinitis; pirexia ligera, deposiciones diarreicas líquidas de color amarillo sin alteración de su estado general. El miércoles 19 de Noviembre después de haber salido, 5 días antes de los trastornos dispepticos descritos arriba, de pronto rechaza el seno en la tetada de las 9 p.m. a la fuerza sólo ingiere una mínima cantidad que le ocasiona

un vómito. En la siguiente tetada, a las 12 se repite su rechazo al seno materno y unas pocas onzas ingeridas a la fuerza son expulsadas en un vómito. Desde ese momento, 12 m. del día 19, empieza a hacer crisis dolorosas abdominales intermitentes, seguidas de ratos de sopor y que se repiten cada media hora. Durante toda la noche no duerme, hace dos vómitos y el llanto es casi constante. De emergencia, la madre en la madrugada, llama a su médico quien lo examina y le ordena "calcibronat e Imunodina". El Jueves 20, los dolores abdominales se repiten con mas frecuencia, los vómitos se suceden siempre después de cualquier líquido ingerido, la temperatura sube a 38 grados. A las 12 m, es decir, 15 horas de haber empezado la enfermedad, la madre llama de nuevo al médico, al notar en las deposiciones de su niño estrías sanguinolentas; a las 2 p.m. la deposición es francamente sanguinolenta, muestra que es enviada por el médico al Laboratorio para investigar amibas. El Laboratorio, al cabo de varias horas, pide nueva muestra por ser la enviada de puro contenido sanguinolento. El médico ordena recoger otra muestra fecal para el laboratorio. En la tarde del mismo Jueves 20, la madre recalca la presencia de una masa en el hipocondrio derecho pero el médico dice no palparla. Durante toda la noche del Jueves, los dolores abdominales son ya más agudos, más frecuentes, seguidos de vómitos, que le ocasionan sudores profusos, p_{ir}exia moderada. A la una a.m. para amanecer el Viernes 21 otra vez es llamado el mismo facultativo, quien le ordena Aureomicina, Coramina y un enema de agua. Este es puesto a las 6 de la -

mañana dando ocasión a la salida de gran cantidad de sangre con coágulos. A las 10 $\frac{1}{2}$ de esa mañana, el mismo médico Dr. L., envía al niño en consulta al Dr. N. Franco Pareja, quien lo examina y envía de Emergencia a la Casa del Niño para operar inmediatamente, con el diagnóstico de Invaginación Intestinal. Se presenta a este Hospital, a las 12 m. del Viernes 21, en estado de shock, temperatura de 38,8 grados, abdomen duro, con defensas musculares y síntomas clásicos de irritación peritoneal. El tacto rectal, ocasiona la salida de varios coágulos de sangre negruzca. A la 1. p.m. es llevado a la Sala de Cirugía.

OPERACION: REDUCCION DE INVAGINACION INTESTINAL. RESECCION A NIVEL DEL ILEO.

Fecha: Noviembre 21/52

Cirujano: Dr. N. Franco Pareja

Asistente: Dr. Cesar Guerrero

Anestesia: Eter.

Incisión paramedia supraumbilical derecha, de 12 cms. de longitud, que comprende piel, tejido celular; se hace la hemostasia de los vasos que sangran y se sigue abriendo la pared hasta llegar a la cavidad abdominal. Se encuentra a nivel del ileo una extensa zona invaginada que llega hasta el ciego. El cirujano - con gran cuidado hace la desinvaginación y nota a nivel del ileo parte cerca al ciego, una zona necrosada con perforación. De toda esta zona en un trayecto de 25 cms. hace la resección haciendo después sutura termino-terminal. Con compresas tibias cubre por varios minutos toda la zona desinvaginada. Por último,

se cierra la pared abdominal, siguiendo los planos anatómicos. No se extirpó apéndice. La piel se suturó con seda y a puntos seguidos. Observaciones: Durante la anestesia hizo un período de apnea y un tiempo mas largo de respiración disneica. Se le estuvo hidratando durante la intervención con suero dextrosa- de en agua destilada en hipodermocclisis. La temperatura era de 39 grados.

EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD.

Noviembre 21. Inmediatamente después de operado se le empezó a hacer hidratación con Suero de Ringer per os, Dextrosa al 5% en agua destilada por via parenteral, plasma 250 c.c. por vía endovenosa. Antibióticos: Penicilina y Estreptomicina; Gardenal 0.01 gr. cada seis horas. A las 8 horas de operado, es decir, en la noche del 21, hace de pronto hipotermia periférica con temperatura rectal de 41 grados. Se le aplica un enema de agua fría, le desciende a 38 grados la rectal. Su grave decaimiento general da la impresión de no alcanzar al día siguiente.

Noviembre 22. Pirexia elevada continua. Empieza a hacer vómitos, hay timpanismo abdominal, continúan los síntomas peritoneales. Se le continúa la hidratación del día anterior y se le aplica otro plasma. Antibióticos, igual. La hidratación parenteral en hipodermocclisis se facilita con Kinadena.

Noviembre 23. Continúan los vómitos, hace deposición con coágulos de sangre, micciones normales, pirexia elevada continua, aumenta la tensión abdominal. Se le hace otro plasma. Antibióticos igual. Coramina II gotas cada hora.

Noviembre 24.- La temperatura disminuye a $38\frac{1}{2}$ grados. Hay mejoría de la tensión abdominal, no hubo vómitos. Llama la atención su grave decaimiento general, ojos hundidos, capa glerosa en la conjuntiva ocular. A los antibióticos anteriores se le agrega Aureomicina.

Noviembre 25. Igual al día anterior. No hay mejoría.

Noviembre 26. Desde ayer no ha hecho micción ni ha defecado. Pírexia elevada continua. Igual tratamiento.

Noviembre 28. Ha amanecido disneico, la peritonitis ha progresado, la tensión abdominal ha aumentado. No ha vuelto a defecar. A las 3 p.m. de este díamuere.-

CASA DEL NIÑO.-

Historia Clínica N°106.

Nombre: Rodolfo Llamas.

Nombre de los padres: Jesús Llamas -Socorro de Llamas.

Fecha de entrada: Junio 24 de 1.952.

Fecha de salida: Junio 28 de 1.952- por curación.

Fecha de nacimiento: Abril 17/52- Edad 2 meses.

Antecedentes hereditarios: Nada de particular. La madre ha tenido tres hijos, que viven todos.

Antecedentes personales: Ninguno patológico.-

Enfermedad actual relación de los síntomas: Este paciente, de dos meses de edad, eutrófico, nacido a termino, parto normal, ha sido alimentado al seno exclusivamente y no ha enfermado hasta ahora. Hijo de médico, ha sido siempre bien cuidado. En la mañana del 24 de Junio el padre le nota cambio brusco de su estado de ánimo, se vuelve apático y rechaza al seno, manifiesta dolores abdominales, que le repiten tres veces en dos horas. Lo pone en observación y a las 2 de la tarde llama en consulta a un cuñado suyo también médico. Observan en las horas de la tarde emisión de sangre por el ano. Este último médico, piensa en invaginación intestinal y a las 5½ p.m. llama al Dr. Cesar Guerrero F. para que lo examine. El Dr. Guerrero lo examina y envía a la Casa del Niño con el Diagnostico de Invaginación Intestinal. Llega aquí a las 7 p.m.-Lo examinamos encontrando un niño con los antecedentes físicos descritos,

abdomen blando, depresible, con masa pequeña en el hipogastrio. Esta masa da la impresión de un boudin. Hacemos tacto rectal y se localiza la misma masa. En el guante del tacto sale sangre roja. Con estos antecedentes se decide intervenir de emergencia.-

Preoperatorio: Mientras se prepara la sala de Cirugía se le empieza a hidratar con suero Dextrosado en agua destilada, aplicandole una ampolla de Kinadina para facilitar la absorción del líquido.-

OPERACION: REDUCCION DE INVAGINACION INTESTINAL:

Anestesia: Eter.

Cirujano: Dr. N. Franco Pareja.

Asistente: Dr. Llamas.

Incisión para umbilical derecha de 15 cms. de longitud mas o menos. Abertura de la cavidad abdominal.

2º Exploración del intestino hasta encontrar una invaginación que comienza en el ciego y llega casi al recto. Esta porción de intestino invaginado se encuentra negra en unas partes, cianótica en otras. En forma cuidadosa se va desinvaginando hasta reducir completamente la porción invaginada. Se humedece el trayecto desinvaginado con suero fisiológico y se sutura el meso en el origen de la invaginación. Hay ganglios aumentados de volumen. No se hace apendicectomía.-

3º: Se coloca de nuevo el intestino en su lugar y se cierra la pared siguiendo los planos anatomicos. Se cogen puntos de reforzamiento.

Observaciones.- Después de la operación se le continúa la hidratación con suero dextrosado y se le hace plasma endovenoso. Antibióticos: Penicilina y Estreptomina. La temperatura se conserva en 38 grados. El postoperatorio es normal. El día 28 se le da de alta en buen estado.

CASA DEL NIÑO.

Historia Clínica No.2075

Nombre: José M. Daza.

Nombre de los padres: Nemesio Daza- Pérez-

Fecha de entrada: Junio 30/53.

Fecha de salida: Julio 1º/53- por muerte-

Fecha de nacimiento: Febrero 11/53- Edad 5 meses.

Antecedentes hereditarios: Nada de particular.

Antecedentes personales: Ninguno de importancia.

Enfermedad actual y relación de síntomas: Este niño es nacido a término, en parto normal, sin antecedentes patológicos de importancia, ha sido alimentado al seno exclusivamente, eutrófico, cae ayer enfermo 29 de Junio a las 4 p.m.-Rechaza la tetada de esa hora; al cabo rato la madre le observa crisis dolorosa abdominal, en que el niño desespera, se pone hipotermico, llora angustiosamente y cae finalmente en estado de sopor; este período doloroso le repite por primera vez a las dos horas, pero después, durante la noche se hace más frecuente apareciéndole cada hora. Rechaza sistemáticamente las tetadas de por la noche. En la mañana de hoy coge el seno con ansias pero vomita inmediatamente. Visita a un facultativo y este le recomienda traerlo a esta ciudad. En el camino le repiten los dolores, los vómitos y hace una deposición mucosanguinolenta. Las crisis dolorosas le duran 15 minutos - mas o menos apareciéndole cada hora. A las 5.p.m., es decir,

25 horas después de haber empezado ~~ala~~ enfermedad, se nos presenta a consulta. Encontramos un niño de constitución física normal para su edad, en estado de somnolencia, de sopor, con temperatura rectal de 39 grados. El abdomen es timpánico a la percusión, muy doloroso a la palpación ligera y más aun a la profunda; con este medio de exploración no podemos localizar "salchicha o boudin", ni ninguna otra tumoración. El tacto rectal provoca una deposición ~~macosanguinolenta~~ y en nuestro guante quedan adheridos varios coágulos de una sangre negruzca. Con estos antecedentes lo hospitalizamos con el diagnostico de ~~in~~ invaginación Intestinal, preparándolo para operación inmediata.

OPERACION: REDUCCION DE INVAGINACION INTESTINAL.

Cirujano: Dr. Rafael Muñoz T.

Asistente: Dr. Roberto Brieva G.

Anestesia: Eter.

1o: Incisión paramedia infraumbilical derecha, de 12 cms. de longitud, mas o menos.

2o: Abertura de la pared abdominal. Localización a nivel de la válvula ileocecal de una porción invaginada de 8 a 10 cms. de longitud. Se observa una zona cianótica, bastante negruzca pero que no llega a la necrosis; el apéndice está intacto y fuera de la zona invaginada. Se observan ganglios hipertróficos en el meso ileocecal.

3o: Se hace en primer término apendicectomía con la tecnica usual. Después, reducción de la invaginación y desbridamiento de las adherencias del ciego al ileo. Extirpación de los ganglios

hipertróficos. Cierre de la pared abdominal siguiendo los planos anatómicos.-

Observaciones: Al salir de Cirugía se le aplican 250 c.c. de plasma intravenoso, 150 c.c. de Suero de Ringer y suero dextrosado en agua destilada. Antibióticos, Penicilina y Estreptomicina.-

No obstante, ese tratamiento no obtiene mejoría el paciente. A las 6 horas de operado hace período de hipotermia periférica y temperatura rectal de 42 grados. Muere a las 2½ a. m. del 1º de Julio de 1.953.-

HOSPITAL DE MANGA.-

Historia Clínica N° 456.-

Nombre: Rafael Vergara.

Nombre de los padres. Rafael Vergara. Sra. de Vergara.

Fecha de entrada: Julio 26/48-Médico de cabecera: Dr. Rafael Mu-

Fecha da salidad: Julio 31/48-

Ñoz Tilve.-

Fecha de nacimiento: Enero 13/48-Edad: 6 meses.-

Antecedentes familiares: Nada de particular.

Antecedentes personales:

Enfermedad actual y relación de los síntomas: El día 26 de Julio fui llamado a las 4 p.m. para ver a un niño de 6 meses de edad, quien desde por la mañana, venía quedándose de fuertes dolor abdominal, vómitos, rechazo de los alimentos. Al examinarlo lo encontré tranquilo, medio dormido, con cierta actitud de indiferencia; hacía varias horas que no tenía vómitos y en la mañana había hecho una deposición normal. Un colega que lo había visto en la mañana le mandó unas cucharaditas a base de citrato y bicarbonato de sodio, dieta hídrica.- En esas condiciones ordené reposo absoluto, una bolsa de hielo al vientre, supresión de las cucharadas y toda alimentación, sospechando por la manera que me describieron los dolores del niño, que pudiera tratarse de una Invaginación Intestinal. Además, la indicación de avisarme inmediatamente se presentara el dolor.-

A las 7 $\frac{1}{2}$ de la noche, en vista de que no se me había dado ningún aviso, inquirí telefónicamente por el estado del niño y se me informó que había dormido y que hasta el momento no había presentado vómitos, ni deposiciones y estaba perfec-

tamente tranquilo. Advertí que lo iría a ver. A las 8½ p.m. cuando me preparaba a salir para la visita, se presentó el papá a buscarme, no porque se hubiera presentado cólico, sino alarmado por el estado deprimido en que se encontraba el niño. Al llegar a la casa encontré que se había producido el cólico y una deposición francamente sanguinolenta y había quedado en el mismo estado de postración.-Repetí el examen del vientre y entonces pude observar un cilindro a nivel del colon transversal cerca al ángulo cólico izquierdo. El cólico, el estado deprimido del paciente, la presencia del cilindro cólico y por último la enterorragia, me confirmaron en mi primera sospecha de una invaginación intestinal. Planteé a la familia inmediatamente la intervención quirúrgica y si lo consideraban conveniente, una consulta médica, que se realizó a las 9½ con el Dr. Napoleón Franco Pareja. Este estuvo de acuerdo conmigo en el diagnóstico.-

Resuelta la intervención se hospitalizó a las 10 p.m., se practicó laparatomía, encontrándose una invaginación ileocecal avanzada con estrangulación del apéndice como una morcilla; se introducía, lo mismo que el meso en la invaginación. Con maniobras de deslizamiento se logró hacer la desinvaginación, se practicó apendicectomía y fijación del ileo al meso.- Se cerró sin dejar drenaje.- El postoperatorio fue normal.-Se le dió de alta a los 4 días.-

Hospital Naval "Esguerra López "

Historia Clínica N° 9143.

Nombre del paciente: Julia Josefina Badel.

Fecha de entrada: Octubre 8/52.-

Fecha de salida: Octubre 16/52. Causa de salida: CURACIONZ-

Edad: 4 meses.

Enfermedad actual y relación de los síntomas: Niña de 4 meses, alimentada al seno, viene al Hospital por llanto continuo, vómitos y estado de shock.-Comienza su enfermedad al rededor de la una a.m. Nota la madre a esa hora que la niña respiraba mal, con estridencia. Al tomarla estaba sudorosa y pálida.- Desde entonces continuó el llanto, vómitos casi continuos, flacidez muscular y rechazo del seno.- A las 6 a. m. es examinada.-

Niña en estado de shock, que vomita facilmente y que presenta a la palpación abdominal una tumoración delgada, blanda, movil en el hipocondrio derecho. Esta tumoración parece desaparecer pero palpando profundamente debajo del hígado se le logra encontrar. No hay defensa abdominal pero llora al palpar con cierta presión la tumoración. No se encuentra sangre al tacto rectal, ni se logra palpar con el dedo ninguna tumoración, aún ayudándose con la palpación combinada.-

Al efectuar un enema baritado para radiografía del colon aparece el líquido teñido con sangre y moco. Desde ese instante se decide la operación para invaginación intestinal.-

Actúa como Cirujano el Dr. Rubén Fernández R.-Al abrir el abdomen se encuentra una invaginación a nivel de la válvula ileocecal; es una morcilla de unos 10 cms. de largo.- Se hace la desinvaginación por expresión y se fija el extremo del ileo al extremo del ciego, a unos 3 cms. de la válvula ileocecal. Durante la operación se la hidrata con suero fisiológico subcutáneo al cual se le ha agragado hialuronidasa.-

Observaciones: Después de la operación emite sangre por e ano. Hace luego pirexia alta que le dura 48 horas. A las 24 horas comienza a tomar lecha descremada de la madre. Tratamiento: Penicilina y Estreptomicina.- El postoperatorio fue completamente normal.-

Al día siguiente de la operación se le hizo el siguiente Cuadro Hématico: Nombre Julia Josefina Badel- Examen N°8398.

Hematíes.....	4.000.000 mm ³
Leucocitos.....	17.200 mm ³ .
Neutrófilos	62%
Linfocitos.....	32%
Monocitos.....	3%
Bastones.....	3%

C O N C L U S I O N E S :

1o: Lo importante en la Invaginación Intestinal es el Diagnóstico precoz. Oportunamente diagnosticados los pacientes, es posible un tratamiento que los cure a casi todos. Tardíamente diagnosticados, todos los tratamientos pueden fracasar.-

2o: Toda invaginación intestinal que se presente, debe tratarse: en las primeras doce horas, con el enema de sulfato de bario, si hay medios posibles; de la 13a. hora en adelante con intervención quirúrgica.

3o: Todas las invaginaciones que se hacen con participación del intestino grueso, que a su vez son el 95% del total, pueden ser diagnosticadas en las primeras horas (a veces 3 ó 4 horas) si ante un dolor de tipo cólico en el abdomen de un lactante pensamos en invaginación y practicamos un enema baritado.

4o: Es un error, a veces de consecuencias trágicas, esperar la aparición de morcilla o boudín, de constipación, o de oclusión, para definir un cuadro sospechoso de invaginación. La morcilla es de palpación dificultosa para el no experimentado y su aparición puede ser tardía.

5o: No debe confundirse Invaginación con oclusión. La oclusión no es síntoma de Invaginación; es una complicación tardía de ella.-

6o: Debe fomentarse desde la Cátedra, la importancia del Diagnóstico precoz, en la Invaginación Intestinal. La importancia del Enema de sulfato de Bario como contribución al Diagnóstico y al Tratamiento.

DEPARTAMENTO DE
BIBLIOTECA
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

B I B L I O G R A F I A .

L. Ombredanne.- Clinique et Opératoire de Chirurgie Infantile.-

H. Mondor.- Diagnostica Urgents- Abdomen.-

W. Tejerina Fotheringham- Operaciones Urgentes.

Ricardo Yanicelli.- Invaginación Intestinal aguda del lactante. Archivos de Pediatría del Uruguay.-

Luis Ramond.- Conferencias de Clínica Médica Práctica.

Emilio Roviralta. El abdomen quirúrgico en el niño.

Emilio Roviralta. Palidez e Hipertermia.-

H.C.Bazzano y F. Rodríguez Zanessi.- El enema baritado como tratamiento en la invaginación intestinal del lactante. Arch. de Pediatría del Uruguay.-

Ricardo Yanicelli. La oclusión intestinal en el recién nacido y el lactante.- (Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo).-

Filkenstein.- Tratado de las enfermedades del lactante.

Roviralta.- Consideraciones sobre el tractament incruent de la invaginació intestinal aguda del lactante.