INVAGINACION INTESTINAL A PROPOSITO DEL DIAGNOSTICO DE LA FORMA ILEO-ILEO-CECO-COLICA

Por el Dr. HECTOR C. BAZZANO.

Es indiscutible que uno de los problemas de cirugía infantil más debatidos en los últimos años es el que se refiere al tratamiento de la invaginación por enema baritado bajo pantalla radioscópica. Las objeciones al procedimiento han sido muchas, pero indiscutiblemente ninguna más defendida que la que se refiere a las dificultades que se plantean para afirmar la desinvaginación, con todos los riesgos que se derivan del hecho de no reconocer la existencia de una forma ileo-cólica, un divertículo de Meckel, una tumoración intestinal o mismo una forma ceco-cólica incompletamente reducida.

Consideramos que, así como las objeciones relativas a otros puntos han sido rebatidas, las que tienen relación con el que planteamos carecen de entidad como para hacer abandonar el procedimiento y mismo para sostener el principio de la intervención quirúrgica sistemática post-enema, como algunos pretenden, con la excusa de comprobar la reducción. El secreto del éxito radica en el hecho de que cirujano y radiólogo que intervengan deben tener experiencia en los "tests" de reducción y antes de afirmarla deben verificar los resultados obtenidos, no sólo radioscópicamente, sino también con radiografías obtenidas en distintas posiciones, para dar una clara visualización del ciego. Con criterio formado y experiencia clínica, la intervención sistemática con fines de contralor está de más; podemos agregar aún, debe prescindirse de ella, puesto que el invaginado es siempre un niño en estado de shock y la anestesia y el traumatismo quirúrgico agravan siempre el pronóstico, aumentando las causas de mortalidad. Sólo deben intervenir aquellos casos de duda fundada o aquéllos de imposibilidad de reducción, previa preparación del pequeño paciente con plasma, etc., dentro de las normas modernas utilizadas en estos casos.

Esta tesis la hemos sostenido con R. del Campo y F. Rodríguez Zanessi ya en 1937 y la practicamos desde el comienzo de nuestros trabajos en el tema, sin que jamás hayamos tenido que arrepentirnos de ello: la comparten en nuestro medio, los cirujanos con quienes desde hace más de doce años tenemos la misión de tratar a estos enfermitos; en Buenos Aires, Rivarola dice que "Los casos que van a la operación hoy día, van perfectamente diagnosticados y son los menos". Mondor, Porcher y Olivier sostienen, como nosotros, que "los errores debidos al enema baritado disminuyen regularmente de frecuencia con la experiencia de los cirujanos. Es que ellos son los más a menudo imputables a exámenes incompletos, a lecturas inaplicadas más que al método mismo". Por último, y para no prodigar las citas, la opinión de Pouliquen: "la laparotomía verificadora, donde no se busca más que convencerse de una buena desinvaginación, tiene su propia mortalidad".

En este trabajo no vamos a tratar el tema de la invaginación intestinal del niño bajo todos sus aspectos ni tampoco todos los problemas que se plantean al tratar esa afección por medio de la enema baritada: nuestros conceptos han sido expuestos en distintos trabajos presentados en la Sociedad Uruguaya de Pediatría y en las IX Jornadas Pediátricas Río-platenses, donde el tema constituyó el trabajo oficial uruguayo (1, 2, 3, 4). Queremos tan sólo insistir en dos puntos: en los caracteres de la forma de invaginación intestinal llamada íleo-íleo-ceco-cólica o más brevemente íleo-cólica y en el estudio del ciego al final de las maniobras de reducción por enema; estudio de la mayor importancia, puesto que depende de las conclusiones que de él puedan deducirse la conducta terapéutica final: o no se interviene por considerar que la invaginación está bien reducida, o se interviene por alguna de estas causas: duda acerca de la reducción ceco-cólica; sospecha de tumor, pólipo o divertículo de Meckel; sospecha o certeza de estar frente a una invaginación íleo-cólica.

Invaginación intestinal, forma íleo-cólica. — Anatómicamente este tipo de invaginación se caracteriza por estar formado por un segmento de íleon, generalmente de su extremo terminal, que se introduce en la porción vecina, habitualmente la distal, de la misma víscera; tenemos así una invaginación íleo-íleal; la cabeza de la invaginación progresa en el sentido del peristaltismo, es decir, hacia el ciego,

llega a la válvula íleo-cecal, la franquea y pasa al colon arrastrando consigo al ciego, mesenterio y mesos; constituye así, secundariamente, una forma íleo-cólica. El comienzo de la invaginación ileal suele encontrarse en la porción final de esa viscera, generalmente entre los 5 y 50 centímetros de la válvula de Bauhin.

Fig. 1.—Imagen lacunar clara en el ciego. Relleno del apéndice.

La frecuencia de estas formas de invaginación intestinal varía según los autores; en el Río de la Plata, Rivarola⁵ la fija en un 20 % de los casos; Yanicelli⁶, en un 5 %; en nuestra estadística figura en una proporción de alrededor del 10 %.

Radiológicamente, esta forma de invaginación no presenta ninguna imagen característica al examen simple de abdomen; la enema baritada muestra al comienzo del examen, cuando la columna líquida opaca encuentra a la cabeza de la invaginación, las clásicas imágenes en "escarapela" o

en "creciente", según la región en que se halle el "boudin"; no hay en esto tampoco nada de característico que permita presumir y menos afirmar, que nos hallamos frente a una forma ileo-cólica; pero cuando se llega a las etapas finales de la reducción, cuando el íleon ha sido arrastrado hasta el colon derecho y el ciego, las imágenes típicas aparecen y permiten asegurar en forma categórica el tipo de invaginación. Se ve, entonces, al líquido opaco baritado contornear las paredes cecales y cólicas, rodeando a una o varias imágenes lacunares claras encerradas en esas vísceras. El aspecto del ciego, especialmente, llama la atención, pues la substancia opaca llena siempre su contorno externo y el fondo y habitualmente, en forma más o menos completa también, su contorno interno. No es raro tampoco ver llenar en forma masiva al apéndice y hasta llegamos a ver, en un caso de los Dres. Rodríguez Castro, Vizziano y Soto⁷ y en otro publicado por el Dr. Rivarola, un discreto relleno parcial de la parte final del íleon.

El significado de esta zona clara lacunar se deduce fácilmente: representa la parte no rellena por la substancia opaca, por estar ocupada por la porción ileo-ileal no reducida. El líquido de la enema, después de empujar a la cabeza de la invaginación, haciéndola retroceder y con su presión reducir la parte ceco-cólica, es incapaz de hacer lo mismo con la parte ileo-ileal y no sólo no la reduce, sino que al ejercer presión sobre las paredes de la válvula ileocecal, las comprime e impide que la desinvaginación se produzca. Lógico es pensar, pues, que cuanto más grande sea la zona clara lacunar, mayor será la porción de íleon metida en el ciego y, por lo tanto, más lejano de la válvula de Bauhin el punto de comienzo de la invaginación.

Vemos, pues, la importancia enorme que tiene el estudio del proceso de la desinvaginación y la constatación de la existencia de esta zona lacunar; este signo, por sí solo, permite afirmar la existencia de una forma ileo-cólica e impone una conducta terapéutica: la intervención quirúrgica, única forma posible de reducirla, ya que la enema, por sí sola, es ineficaz; como ya dijimos, su presión cierra la válvula e impide la expulsión del íleon invaginado y, por otra parte, es incapaz, por disminución de la presión, de lograr el retroceso del cilindro ileal interno o invaginado, sacándolo del externo o invaginante.

Esto no significa fracaso de la enema ni menos aun pérdida de tiempo o realización de maniobras inútiles, como

algunos sostienen. La enema cumplió su misión y misión doble; por un lado, de valor diagnóstico: certificar la existencia de la enfermedad y la variedad de la misma; por otro lado, de valor terapéutico: llevar la cabeza de la invaginación desde el lugar donde se hallaba (a veces desde el colon sigmoide o el descendente) hasta el ciego, maniobra de reducción

Fig. 2.—Después de la enema se observa una gran imagen clara, lacunar, en el ciego.

parcial que influye notablemente en el pronóstico, puesto que permite terminar la reducción por maniobras manuales en la intervención quirúrgica, mediante una pequeña incisión en la fosa ilíaca derecha (Mac Burney o Jalaguier), ahorrando al pequeño paciente, generalmente en estado de shock, el manejo de su intestino y la gran evisceración necesarias para la reducción completa por maniobras quirúrgicas solamente, que agravan tanto el pronóstico en lo que se refiere a mortalidad. Por otra parte, esa reducción parcial con la enema opaca, permite la liberación de los mesos tironeados, lo que disminuye el shock y permite efectuar la intervención quirúrgica en mejores condiciones.

Resumiendo, podemos afirmar que la enema baritada bajo contralor radiológico tiene, en lo que a las formas ileo-cólicas se refiere, si se practica por cirujanos y radiólogos, con experiencia y criterio formado, gran valor diagnóstico y terapéutico.

Signos de desinvaginación. — Acabamos de ver que la existencia de la zona lacunar cecal permite reconocer que la invaginación no está reducida y que estamos frente a la variedad ileo-cólica; pero, al final de las reducciones no es sólo esta zona lacunar central la que se observa en el ciego, planteando dudas respecto a si se ha logrado el éxito buscado; son frecuentes los rellenos incompletos del ciego y la falta de pasaje al íleon, signos éstos que se consideran como los más típicos de la desinvaginación; otras veces, aunque no con tanta frecuencia, persiste tumor palpable en la región de la válvula ileo-cecal; ¿cómo guiarnos para resolver el problema...?, ¿qué signos debemos buscar para afirmar la reducción...?

Consideramos que los signos radiológicos, si bien son suficientes por sí solos para afirmar siempre la existencia de una invaginación ceco-cólica pura o asociada a una ileal, no lo son, en cambio, tan absolutos todas las veces, para certificar su reducción; es necesario muchas veces recurrir a signos clínicos o funcionales para ser categóricos en nuestro juicio. En efecto: la experiencia quirúrgica enseña que es sumamente frecuente la existencia de edema de las paredes intestinales, generalmente localizado y sobre todo en la región de la válvula ileo-cecal; ese edema es capaz de producir imágenes lacunares de la pared y de palpase en forma tumoral. Uno de nuestros casos es sumamente ilustrativo. Un niño de 11 meses de edad (que 5 meses antes había hecho ya una invaginación intestinal que fué operada) presenta un cuadro diarreico que dura desde hace 10 días, etiquetado por el pediatra que lo

atiende como de colitis; esa mañana los dolores se intensificaron; por la tarde tuvo una nueva crisis muy dolorosa, que hizo arrollar y palidecer al niño; 2 horas después tuvo una deposición con sangre y más tarde apareció el "boudin", entreabriendo el orificio anal. Lo vió entonces el Dr. Yannicelli, quien nos llamó y con él intentamos la reducción con

Fig. 3.—Imagen lacunar de la pared interna del ciego debida al edema.

enema bajo pantalla radioscópica. Como sucede generalmente, cuando la cabeza de la invaginación avanza muy rápidamente, pudimos reducirla con toda facilidad; pero el borde interno del ciego no se relleno bien; conservó una imagen irregular, lacunar, de la pared, que correspondía a una tumoración del tamaño de una nuez constatada por la palpación abdominal combinada con el tacto rectal. ¿Se trataba del "boudin" de una invaginación no reducida?, ¿era simple-

mente edema de la pared? El niño se había dormido después de la enema, con sueño tranquilo; su fascies había recobrado el color natural. Pensamos en reducción completa con persistencia de edema de la pared y dejamos al niño hospitalizado bajo vigilancia, con suero a la Murphy y horno Bier. A la hora volvimos a verlo; dormía tranquilo y su estado general seguía haciendo pensar en la reducción; pero recordando que era un reinvasinado en el plazo de 5 meses y que podría existir una causa local (tumor, etc.), que provocara su enfermedad, el cirujano decidió intervenir. La operación fué fácil, con anestesia local e incisión de Mac Burney. Se constató la perfecta desinvasinación con la enema y la existencia de un edema localizado en las capas internas de la pared interna del ciego y que correspondía a la tumoración palpable que describimos. Posteriormente tuvimos otro caso semejante de tumor palpable por edema de la pared con el Prof. Curbelo Urroz, que no fué operado y desapareció como en el del caso anterior, al cabo de unas pocas horas.

Vemos, pues, que, si bien cuando el relleno del ciego es perfecto y el pasaje del líquido opaco al íleon amplio, llenando las asas delgadas en una buena extensión, los signos radiológicos bastan para afirmar la reducción, cuando eso no sucede se debe recurrir a otros "tests" y éstos los encontramos en la clínica y el estado general. El pasaje amplio al delgado falta en un 50 % de los casos; y falta porque el edema de la válvula cierra su luz. Por la misma causa, como ya explicamos anteriormente, suele verse una zona lacunar parietal, pero no central; jamás el edema produce una laguna clara central: ese signo indica falta de reducción del íleon.

Clínicamente debe buscarse la desaparición del "boudin" a la palpación, cuidando de no confundir al "boudin" con el edema de la pared. Los signos generales son sumamente importantes: reducida la invaginación desaparece el estado de shock; el fascies recobra su color normal; el niño, que ya no sufre, se duerme con sueño tranquilo y profundo, muchas veces en la misma mesa radiológica.

Resumiendo: nosotros consideramos como signos de desinvasinación el relleno completo del ciego, el pasaje amplio del líquido opaco al íleon en una buena extensión, la desaparición del "boudin" a la palpación y el sueño tranquilo y profundo del niño con recoloración de su fascies.

Algunos autores, aun en nuestros días, siguen oponiéndose al procedimiento de la reducción por la enema baritada y como consideramos que sus argumentos ante la experiencia

y la razón son refutables, nos consideramos en la obligación de hacerlo, porque entendemos que, a pesar de todos los éxitos que los progresos de la cirugía les permiten obtener, el método de la enema baritada es más sencillo, más simple, más inocuo, tan eficaz como aquél en la mayoría de los casos y aplicados por cirujanos y radiólogos experimentados, jamás perjudica al enfermo ni a la intervención quirúrgica que pudiera ser necesaria, a la que, por el contrario, beneficia simplificando su ejecución.

Y entre los autores que se oponen al enema, debemos citar, por su autoridad reconocida, a Ladd y Gross³, quienes, argumentan entre otras cosas: que la enema hace perder tiempo y postergar la intervención, a la vez que disminuye el estrecho margen de reservas del niño; que las formas ileo-cólicas pueden ser desconocidas y, por lo tanto, quedar sin reducir y, por último, que en los casos de existencia de pólipos, tumores o divertículo de Meckel, la intervención quirúrgica los reconoce y los trata, mientras que con la enema pueden pasar desapercibidos con todas sus consecuencias.

Respondiendo a estos argumentos y sintetizando nuestro modo de pensar, decimos:

1º Que consideramos el tratamiento de la invaginación intestinal con enema baritada como el procedimiento ideal dentro de las primeras 24 horas de su comienzo; que después de las 24, pero antes de las 48 horas, puede y debe usarse con precauciones, tanto mayores cuanto mayor sea el número de horas transcurridas. Después de las 48 horas, en general, debe preferirse la cirugía.

2º Que el enfermo debe ser tratado en un servicio de radiología contiguo a un medio quirúrgico, porque la cirugía puede ser la etapa final del tratamiento, por radiólogo y cirujano experimentados, con criterio formado respecto a los "tests" de desinvaginación.

3º Que el empleo de este método terapéutico no demora la intervención quirúrgica, en el peor de los casos, más de media hora; pero, en cambio, resuelve por sí solo, según nuestras estadísticas, alrededor del 80 % de los tratados. En los casos que deben operarse, el cirujano prepara su enfermo de acuerdo con las técnicas modernas y consideramos que dentro de lo establecido en la primera conclusión, el tiempo perdido por las demoras no disminuye sus reservas; es más, durante ese tiempo el enfermo puede ser calentado, y si se logra una reducción parcial de su invaginación, va a la intervención en mejores condiciones que al ingreso.

4º Que las formas íleo-cólicas no pueden ser reducidas por este método; pero pueden ser diagnosticadas y reducidas parcialmente, con lo que se mejora notablemente su pronóstico.

5º Que en los casos de tumores y pólipos, si son del intestino delgado, pueden provocar, lo mismo que el divertículo de Meckel, una invaginación íleo-ileal secundariamente ceco-cólica y estas formas son reconocidas en el curso de la enema e intervenidas todas; de modo que la causa productora no puede pasar desapercibida. Si son del intestino grueso dan una falta de relleno que obliga también a la intervención y, por lo tanto, a su reconocimiento.

6º Que los enfermos tratados y curados por este método deben quedar hospitalizados no menos de 24 horas después de la reducción, bajo vigilancia del cirujano.

7º Que la experiencia nos enseña que, tratándose de enfermos shockados y deshidratados, es necesario, para evitar trastornos en la alimentación de la barita, administrarles suero a la Murphy después de la reducción.

Bibliografía.

- 1.—DEL CAMPO, R. M.; BAZZANO, H. C. y RODRIGUEZ ZANESSI, F. — El enema baritado como tratamiento de la invaginación intestinal del lactante. Arch. de Pediat. del Urug. VII. Abril de 1946.
- 2.—DEL CAMPO, R. M.; BAZZANO, H. C. y RODRIGUEZ ZANESSI, F. — Consideraciones sobre invaginación intestinal aguda en el niño. Arch. de Pediat. del Uruguay. VIII. Junio de 1937.
- 3.—DEL CAMPO, R. M. y BAZZANO, H. C. — Invaginación intestinal aguda en el lactante. Arch. de Ped. del Urug. IX. Julio de 1938 y Arch. Argent. de Pediat. IX-2-II. Agosto de 1938.
- 4.—BAZZANO, H. C. — A propósito de diagnóstico de la invaginación íleo-ceco-cólica. Sociedad Uruguaya de Pediatría, sesión del 28 de noviembre de 1946.
- 5.—RIVAROLA, J. E. — La forma íleo-íleo-ceco cólica de la invaginación intestinal y algunos comentarios al margen. "La Semana Médica" Nº 44. 1942.
- 6.—YANNICOLLI, R. — Invaginación intestinal aguda en el lactante. Pediatría. XIV curso de perfeccionamiento. Montevideo, 1946.
- 7.—RODRIGUEZ CASTRO, A.; VIZZIANO, PIZZI, J. y SOTO, J. A. — Cinco casos de enemas baritados en invaginaciones agudas de lactantes. Arch. de Pediat. del Urug. VIII. 1937.
- 8.—LADD and GROSS. — Abdominal Surgery of Infancy and Childhood. 1941.