

INVAGINACION INTESTINAL EN LA INFANCIA

Revisión de 74 casos recopilados en 9 años

Drs. CARLOS AGUIRRE NEUHAUS y JOSE MORICE

Cátedra de Cirugía Infantil del Prof. Arnulfo Johow y
Cátedra de Pediatría del Prof. Arturo Scroggie.
Hospital "Roberto del Río". Santiago.

Con motivo de haber sido operado un niño afecto de una invaginación intestinal cuya etiología nos pareció digna de darla a conocer, hemos revisado la casuística de este Hospital desde el año 1948 hasta 1956, reuniendo un total de 74 casos.

En cuanto a nuestro enfermo, se trataba de un lactante de 7 meses de edad, con antecedentes hereditarios y personales sin importancia. Alimentado al pecho 6 meses y luego en forma mixta con leche Milko. Una sopa desde el 5º mes. Vacunado con BCG al nacer. Fué traído a la Posta de Primeros Auxilios el 19-VIII-1956 a las 7 P. M. porque desde la mañana presentaba llanto intenso y frecuente. Poco antes de llegar al Hospital tiene una deposición con sangre pura. En la palpación abdominal se logra a ratos palpar una tumoración en el hipocondrio derecho. Se lleva al pabellón con el diagnóstico de invaginación intestinal y es intervenida por los Drs. Aguirre y Vial. Se da anestesia etérea. Laparotomía supraumbilical. Abierto el peritoneo sale escasa cantidad de líquido seroso. En el intestino delgado, más o menos a unos 20 cms. de la válvula se encuentra una invaginación ileo-ileal que se deshace fácilmente. En el sitio de iniciación de la invaginación se palpa un tumor duro, el cual se extirpa por medio de una incisión longitudinal y sutura transversal del intestino. En el sitio correspondiente al mesenterio, se encuentran abundantes ganglios. En la exploración del resto no se aprecia nada de especial. Cierre por planos.

El post operatorio fué bueno, dándose de alta 12 días después de su ingreso.

El tumor extirpado fué enviado al Servicio de Anatomía Patológica, informando el Dr. A. Guzmán lo siguiente: El nódulo examinado está integrado por tejido pancreático aberrante, con el tejido exocrino normal y buen número de islotes de Langerhans con predominio de las células Beta. La superficie está recubierta por

epitelio intestinal de intestino delgado, congestivo, hemorrágico y con infiltraciones con caracteres crónicos. Diagnóstico: Nódulo de tejido pancreático aberrante.

Este niño fué controlado a los 18 días de su operación con un tránsito intestinal el cual fué completamente normal.

COMENTARIO DE LA CASUÍSTICA

Hemos recopilado las historias clínicas de invaginaciones intestinales de nueve años (1948-1956), obteniendo un total de 74 casos.

De este total 50 corresponden al sexo masculino y 24 al femenino. Este resultado está de acuerdo con los obtenidos por otros autores, todos los cuales revelan un predominio franco en el sexo masculino (Lozoya⁷, Gross⁴, Artigas¹, etc.).

La frecuencia por año está expuesta en el cuadro N° 1.

CUADRO N° 1
FRECUENCIA POR AÑOS

1948.....	11 niñas
1949.....	5 "
1950.....	10 "
1951.....	2 "
1952.....	0 "
1953.....	10 "
1954.....	10 "
1955.....	8 "
1956.....	18 "
74 niños	

Como podemos ver hay una irregularidad marcada en la presentación de este cuadro según el año estudiado. En el año 1951 la cifra bajó a sólo 2 casos, no habiéndose hospitalizado ningún caso en 1952. Contrariamente a esto tenemos años que hubo gran frecuencia de casos de invaginación, como 1950, 1953 y 1954 y sobre todo el año recién pasado en que el número llegó a 18 niños operados.

CUADRO N° 2
FRECUENCIA POR MESES

Enero	3 niños
Febrero	4 "
Marzo	4 "
Abril	4 "
Mayo	3 "
Junio	3 "
Julio	6 "
Agosto	5 "
Septiembre	10 "
Octubre	8 "
Noviembre	11 "
Diciembre	8 "
74 niños	

En cuanto a la frecuencia estacional tenemos una cifra algo más alta en los meses correspondientes a primavera y verano (41 niños) época en que predominan los cuadros enterales agudos.

CUADRO N° 3
FRECUENCIA POR EDAD

— 3 meses	3 niños
3- 6 meses	17 "
6- 9 meses	18 "
9-12 meses	2 "
1- 2 años	7 "
2- 3 años	7 "
3- 4 años	1 "
4- 5 años	3 "
5- 6 años	2 "
6- 7 años	4 "
7- 8 años	4 "
8- 9 años	2 "
9-10 años	1 "
más de 10 años	3 "
74 niños	

La mitad de los casos estudiados corresponden a una edad inferior al año. La mayor frecuencia la tenemos en el grupo de 3 a 9 meses con un total de 35 niños. El niño de menor edad fué un lactante de 2 meses 17 días. Hay otro de 2 meses 22 días. En la literatura revisada el caso de menor edad es un lactante de 14 días. En el adulto el cuadro parece presentarse con mucha menor frecuencia.

Siguiendo nuestro estudio, ahora con los síntomas de esta enfermedad revisaremos la frecuencia de la localización de la tumoración, que, como sabemos, junto con la presencia de sangre en las deposiciones, nos da el diagnóstico de este cuadro. Podemos decir que la morcilla típica puede encontrarse en cualquier parte del abdomen como podremos ver en el cuadro N° 4.

Podemos apreciar la mayor frecuencia de la morcilla en el lado derecho del abdomen. En 3 casos no se palpó la tumoración habiéndose hecho el diagnóstico por la anamnesis y por el carácter de las deposiciones. En 3 casos sólo se apreció re-

CUADRO N° 4
LOCALIZACION DE LA TUMORACION

Hipocondrio derecho	13 niños
Fosa ilíaca derecha	13 "
Hemiabdomen derecho	9 "
Paraumbilical derecho	3 "
Hipocondrio izquierdo	2 "
Fosa ilíaca izquierda	10 "
Hemiabdomen izquierdo	3 "
Paraumbilical izquierda	2 "
Hemiabdomen superior	2 "
No se palpó en	3 "
Palpación imposible por meteorismo	5 "
Prolapso rectal	1 "
Resistencia en fosa ilíaca derecha	3 "
No hay datos	3 "
74 niños	

sistencia en la fosa ilíaca derecha y al no haber deposiciones sanguinolentas se diagnosticó apendicitis aguda, siendo intervenidos con este diagnóstico. En 5 casos fué imposible practicar en buena forma la palpación abdominal por presentarse meteorismo intenso.

En cuanto a los vómitos hemos encontrado que no se trata de un síntoma constante, ya que 46 niños lo presentaron y 28 no tuvieron vómitos, lo que depende de la localización de la invaginación como de la duración del proceso en el momento de consultar.

También hemos estudiado el carácter de las deposiciones y el resultado lo exponemos en el cuadro N° 5.

CUADRO N° 5
PRESENCIA DE ENTERORRAGIA

Deposiciones con sangre	20 casos
Deposiciones mucosas con sangre	10 "
Sangre pura	16 "
Sangre después de enema	1 "
Deposiciones diarreicas con sangre	1 "
Deposiciones normales	3 "
Sin deposiciones	17 "
Deposiciones diarreicas	2 "
Sin datos	4 "
74 casos	

Si bien el dato de la sangre eliminada por vía rectal, ya sea pura o con deposiciones, es un factor de primer orden, en 22 niños no se presentó este síntoma por lo que no podemos rechazar la invaginación por su ausencia al presentarse otros síntomas de este cuadro.

Buscando la causa probable de la invaginación la hemos encontrado en 31 niños (43%), siendo su etiología la expuesta en el cuadro N° 6.

Hemos querido comparar este resultado con una estadística extranjera como la presentada por Gross (en más de 700 niños):

Divertículo de Meckel	32 niños
Pólipo intestinal	5 "
Lipoma del intestino	2 "
Duplicidad intestinal	3 "
Hematoma del ileon	1 "
	43 niños

Llama la atención la diferencia apreciable entre ambas estadísticas, ya que Gross ⁴ encuentra un porcentaje muy elevado de divertículo de Meckel, causa rara en nuestro estudio. El mayor grupo lo encontramos en las producidas por bridas y ganglios mesentéricos (según Ombredanne este infarto ganglionar se produciría secundariamente a la formación de la invaginación).

Como causas menos frecuentes tenemos los pólipos intestinales, divertículo de Meckel y las hemorragias locales del Síndrome de Schönlein-Henoch.

CUADRO N° 6
CAUSA DE LA INVAGINACION

Bridas	11 niños
Ganglios mesentéricos	7 "
Pólipos	2 "
Probable pólipo	1 "
Contenido parecido a semillas o nudosidades	2 "
Síndrome de Sch.-Hen.	2 "
Páncreas aberrante	1 "
Malrotación intestinal	1 "
Quiste enterógeno	1 "
Divertículo de Meckel	2 "
Zona estrecha del colon ...	1 "
	31 niños

También se ha mencionado como causa productora de invaginación a paquetes de áscaris, linfosarcoma de la pared, etc.

En cuanto al tipo de invaginación encontrado, más de la mitad de los casos fueron ileo-cólicas (intestino delgado introducido en el ciego) con un total de 46 casos, lo que corresponden a un 62%. Siguen en número bastante inferior (11 casos, 14,8%) las colo-cólicas y las restantes corresponden casi a todas las porciones de ambos intestinos y recto como podremos apreciar en el cuadro N° 7.

En la literatura se citan casos raros de invaginación del estómago ⁵ en el duodeno y del estómago ² en el esófago; nosotros no las hemos visto y al parecer en nuestro país no se han descrito.

Errores diagnósticos.

Nos parece de interés dar a conocer aquellos casos en que hubo error diagnóstico, tanto por creerse que se trataba de

CUADRO N° 7
SITIO DE LA INVAGINACION

Yeyuno-yeyunal	1 niño
Ileo-ileal	6 niños
Ileo-ileal e ileo-cólica	2 "
Ileo-cólica	46 "
Id. con apéndice parcialmente introducido ..	1 "
Colo-cólica	11 "
Ileo-cecal y colo-cólica	1 "
Transv. en descendente	2 "
Ileo-cecal, transv.-transv. y transv.-rectal ...	1 "
Ileo-cecal hasta la S. sigm.	1 "
Ileo-cecal hasta el recto	1 "
Ileo-cecal con prolapso rectal	1 "
	74 niños

una invaginación intestinal siendo otro cuadro, como cuando resultó invaginación sin pensar en ella.

En 3 niños que presentaban resistencia dolorosa franca en la fosa ilíaca derecha, junto con vómitos y en ausencia de dolores de tipo cólico intenso se diagnosticó apendicitis aguda y fueron operados con este diagnóstico, encontrándose en los tres casos invaginaciones de tipo ileo-cecal.

En otro lactante de 4 meses se creyó en una enterocolitis, pues por meteorismo intenso no se pudo palpar el abdomen en buena forma y sólo se vino a llegar al diagnóstico de invaginación por un enema baritado que dió la imagen típica.

Otro niño de 2 años 3 meses que presentaba estitiquiz y un meteorismo no muy acentuado se pensó en obstrucción intestinal; se operó y se comprobó la existencia de una invaginación ileo-cecal.

Por último y para demostrar lo difícil que es a veces el diagnóstico de invaginación, tenemos un lactante de 6 meses que sufre una caída desde los brazos de su madre. Llega a la Posta con una conmoción cerebral. Se hospitaliza, al tercer día presenta vómitos y deposiciones sanguinolentas. Se interviene pensando en un traumatismo abdominal, encontrándose una invaginación ileo-cecal en la que hubo necesidad de reseca parte del intestino por hematoma de la pared intestinal.

Tenemos también un lactante de 3 meses que ingresó con un cuadro de síndrome tóxico, deshidratación aguda y dispepsia que falleció poco después de llegar y que la autopsia reveló una invaginación ileo-ileal.

Contrariamente en tres niños se diagnosticó invaginación por palpase morcilla indudable. En 2 niños (1 año y 1 año 10 meses sexo masculino y femenino respectivamente) se palpaba una morcilla

típica en el hipocondrio derecho y aunque no había sangre en las deposiciones, se pensó que no podría tratarse sino de una invaginación, pero al intervenir se encontró en ambos casos una vesícula hidrópica que caía verticalmente por debajo del hígado.

En otro niño de 4 meses, meteorizado, por las deposiciones sanguinolentas se hizo el diagnóstico de invaginación resultando una brida ileo-cecal con divertículo de Meckel.

Finalmente tenemos otro niño de 3 años en que se palpaba una morcilla, se trataba de una asa intestinal estrangulada por bridas del epilón.

Evolución post-operatoria.

De los 74 niños, 72 fueron intervenidos quirúrgicamente. Los otros dos no. Uno de ellos por llegar en muy malas condiciones, agónico, y el otro por tener un síndrome tóxico grave que lo hizo fallecer a poco de su ingreso demostrando la autopsia la existencia de una invaginación ileo-ileal de la parte media del intestino.

En diez de los operados, hubo necesidad de efectuar *resección intestinal* parcial debido a las malas condiciones de éste.

Ocho niños intervenidos fueron *re-operados* por motivos diversos. Por ser de interés daremos detalle de cada uno de ellos.

1. Lactante de 2 meses (168707), en que se sospecha la invaginación por la eliminación de sangre al enema; no se palpó morcilla por el gran meteorismo. Estaba estítico desde 3 días antes. Al intervenir se comprueba una invaginación ileo-cecal, transverso-transversa y transverso-rectal que llegaba hasta el ano. Como causa se encontró una malrotación intestinal. Había rotura del colon descendente, la que se sutura. Al día siguiente se reopera por peritonitis generalizada. Se encuentra ostomía del delgado abierta. Se vuelve

Siete días después presenta gran meteorismo, anemia, shock. Tercera intervención. Se encuentran suturas totalmente abiertas y gran cantidad de pus peritoneal con olor típico a coli. Se reseca la parte de intestino alterado, pero el enfermo falleció pocas horas después. A la autopsia se encuentra peritonitis generalizada.

2. Lactante de 1 año 1 mes (184713). Consultan por dolores cólicos desde un día antes y deposiciones con sangre siete horas antes de su ingreso, a lo que se agregaron vómitos. Se palpa morcilla en la fosa iliaca izquierda. A la intervención se encuentra invaginación ileo-cecal hasta el descendente. No hay

lesión intestinal, por lo que no hay necesidad de resección. El post-operatorio se presenta malo por la presencia de vómitos, a pesar del tratamiento adecuado. A los 8 días está decaído, no expulsa gases por lo que se interviene nuevamente encontrándose ahora una invaginación ileo-ileal que se desinvagina con facilidad. Posteriormente sigue en excelentes condiciones siendo dado de alta 14 días después de esta segunda intervención.

3. Lactante de 4 meses (179964), de Pensionado. Se opera de una invaginación ileo-cecal, con un budín que llegaba hasta el recto y que se deshace con dificultad. Se secciona brida sobre el intestino y se pliega el delgado al ciego con 3 puntos de hilo. Dos días después se reopera seccionándose brida sobre la válvula ileo-cecal. Dos días después nueva operación por presentar signos de peritonitis, lo que se comprobó durante la operación. Post-operatorio bueno, se da de alta cuatro días después con indicaciones de control en su casa.

4. Lactante de 6 meses (124959), que llega a la Posta por un prolapso rectal. Este había sido precedido por una diarrea de una semana de duración. A través del ano se apreciaba unos 30 cms. de intestino fuera, de color violáceo. A la laparotomía se aprecia invaginación colo-cólica; el intestino delgado está sin contracciones. Al reducir el prolapso se aprecia un trozo de intestino sin meso, el que se reseca entre dos clamps. Después de un post-operatorio relativamente bueno, bruscamente una semana después se encuentran hilos de sutura en las deposiciones y hay deshidratación de la pared abdominal con visceración de casi todo el delgado y parte del transverso y descendente. Se reopera y se observan ambos cabos sueltos. Se abocan ambos cabos a la pared (ano contra-natura). Sigue grave, aparece edema generalizado. Fallece a los tres días por una peritonitis fibrino-purulenta y en atrofia.

5. Lactante de 3 meses (11163) que presentaba dolores abdominales desde el día anterior. Al consultar en la Posta presenta deposiciones mucosas sin sangre. Se palpa budín en la fosa iliaca derecha. Se comprueba una invaginación ileo-cecal. No hay resección del intestino. Excelente post-operatorio, se da de alta a los seis días. Dos días después reingresa por haber pasado con llanto frecuente. Se comprueba eventración y al abrir el abdomen se encuentra una perforación intestinal a 8 cms. de la válvula ileo-cecal. Se reseca el intestino por no poder suturarse la perforación sin correr el riesgo de una obstrucción intestinal. Anastómosis látero-lateral. Sigue con vómitos, se deja con fleboclisis de suero glucosalino y con antibióticos, pero fallece al día siguiente. En la autopsia se comprobó una peritonitis fibrino purulenta y bronconeumonía.

6. Lactante de 1 año 20 días (36537), con dolores cólicos, deposiciones con sangre y palpación de morcilla en el hemiabdomen izquierdo. Se comprueba

una invaginación ileo-cecólica de unos 30 cms. Se desinvagina con facilidad. El intestino se ve de buen aspecto y en el ileon cerca del ciego se encuentra un quiste enterógeno del tamaño de una nuez; por el mal estado del enfermo sólo se vacía el quiste por punción, saliendo un líquido filante; se cierra el resto del quiste con garetá. Hace, contrariamente a lo que se esperaba, un buen post-operatorio. Trece días después tiene deposiciones sanguinolentas y dolores cólicos y se aprecia eventración de la herida operatoria, pero con afrontamiento con tela, curaciones y antibióticos se recupera más o menos bien.

Al mes de su operación reingresa por dolores cólicos y deposiciones sanguinolentas, a lo que se han agregado vómitos. Se re-opera y se aprecian múltiples adherencias fibrinosas y una invaginación ileo-cecal producida nuevamente por el quiste que se había reproducido por nueva colección de su secreción. Las suturas en cañón de escopeta que se habían efectuado en la intervención anterior habían desaparecido. Se hace resección de la válvula ileo-cecal y anastomosis látero-lateral. Después de un post-operatorio bueno se da de alta en buenas condiciones casi un mes después.

7. Lactantes de 4 meses (176721) que consulta en la Posta por dolores cólicos intensos, deposiciones sanguinolentas. No se palpa morcilla por meteorismo. A la intervención se aprecia doble invaginación ileo-ileal e ileo-cecal. Se desinvagina con facilidad. A los pocos días de operado se aprecia drenaje supurado de la herida operatoria y luego eventración. Se reopera a los 12 días comprobándose dos perforaciones intestinales que produjeron una peritonitis. A pesar de las transfusiones y antibióticos falleció horas después.

8. Lactante de seis meses (39404) que ocho horas antes de su ingreso presenta dolores cólicos intensos, deposiciones mezcladas con sangre y vómitos. Se palpa budín en el hemiabdomen derecho. La operación revela una invaginación ileo-cecal (unos 10 cms. invaginados), que se deshace con facilidad. Se corta una brida que une la válvula ileo-cecal al ciego. Cuatro días después aparecen síntomas de peritonitis. Se reopera y sigue ahora un post-operatorio satisfactorio con su tratamiento general y local adecuados.

Resumiendo tenemos como causas de reoperación las siguientes: 6 casos re-operados por peritonitis y 2 casos re-operados por haberse reproducido la invaginación (1 por quiste enterógeno y 1 por una nueva invaginación en otro punto del intestino).

Mortalidad.

Del total de nuestra casuística hay 10 fallecidos. De estos 10 niños, dos corresponden a no operados, como ya hemos mencionado (uno que llegó agónico y

otro en que no se hizo diagnóstico). De los ocho restantes 2 fallecieron por causa extraña a la operación de la invaginación (diseminación tuberculosa y Schönlein-Henoch grave), por lo que podemos concluir que hubo 6 niños fallecidos en el post-operatorio por causas quirúrgicas propiamente tales.

Relataremos cada caso separadamente.

1. Corresponde al N° 1 de los re-operados.

2. Lactante de 1 año 2 meses (21725), que desde tres días antes presentaba vómitos y dolores abdominales intensos, deposiciones escasas y con poca sangre. Al tercer día acude a la Posta donde se cree palpar una morcilla en la fosa iliaca derecha. Se interviene y se encuentra invaginación ileo-ileal a unos centímetros de la válvula ileo-cecal. Se deshace con cierta dificultad. Hay ruptura de la serosa del intestino que se reconstituye. Había gran cantidad de líquido abdominal y distensión franca de las asas intestinales. Se le practica transfusión sanguínea gota a gota. Desgraciadamente el estado de shock intenso no permite la sobrevida sino algunas horas. No se le practicó autopsia.

3. Lactante de 5 meses (13647) que desde 15 días antes presentaba deposiciones líquidas, y desde el día anterior presenta deposiciones sanguinolentas. Consulta la Posta donde se comprueba morcilla en el hemiabdomen izquierdo hasta la cavidad pelviana. Al tacto rectal se comprobó budín a tres traveses de dedo del ano. Se aprecia al intervenir gran cantidad de líquido claro, abundante y dilatación de las asas intestinales. Se encuentra una invaginación ileo-cecal tan desarrollada que hay rechazo del intestino hacia el hemiabdomen izquierdo. Se deshace bien hasta la válvula ileo-cecal quedando parte de ésta y el apéndice parcialmente invaginados, lo cual no se logra deshacer ni abriendo el anillo. Además hay desgarros múltiples serosos en el intestino. Se practica entonces una resección de una porción del intestino grueso y otra del delgado tomando la válvula ileo-cecal. Anastomosis látero-lateral.

Se le practicó transfusión sanguínea durante la operación.

Se dejan todas las indicaciones necesarias pero no se consigue mejorar el cuadro. El niño sigue grave y fallece a las pocas horas. Sin autopsia.

4. (11163). Mencionado en los reoperados.

5. Lactante de 8 meses (12906) que es traído de San Antonio. Desde el día anterior estaba con dolores abdominales intensos, sin tener deposiciones. Al llegar a la Posta se comprueba una morcilla en el hipocondrio derecho. Se le practicó enema salino que da salida a líquido sanguinolento.

Se opera y se encuentra invaginación ileo-cecal que se deshace fácilmente. Luego de operado sigue grave y fallece horas después.

En la autopsia (376/48): complejo primario tóxico lado derecho, enteritis tuberculosa, tuberculosis de los ganglios mesentéricos y diseminación tuberculosa.

6. (124959). Mencionado en reoperados.

7. (176721). Mencionado en reoperados.

8. Niño de 6 y medio años (138745) que desde 5 días antes presentaba manchas petequiales en las extremidades inferiores, sin fiebre, tumefacción muñeca izquierda. Se hospitaliza y se trata por su cuadro de Schönlein-Henoch. Como sigue más o menos bien se le da de alta al tercer día. Reingresa 16 días después por dolores abdominales intensos y nuevos elementos purpúricos de la piel. No se palpa bien el abdomen por estar tenso. Se interviene y se encuentra invaginación ileo-ileal. Difícil de deshacer por lo que hay que resecar parte del intestino. Surura término-terminal. Sigue grave durante el post-operatorio. Caen coma no recuperándose y fallece una semana después. En la autopsia (240/54) se encuentra una peritonitis fibrinosa, bronconeumonía y lesiones congestivas hemorrágicas en casi todos los órganos.

9. Lactante de 3 meses (156599) que es traído agónico con un cuadro de diarrea líquida desde 15 días antes, se palpa morcilla franca en el flanco derecho. Dado su extrema gravedad no se interviene. Falleció poco después. A la autopsia se encontró una invaginación ileo-cecal (235/55).

10. Lactante de 2 meses 22 días (168325) que ingresó por Policlínico por estar 2 días con dolores abdominales, vómitos y deposiciones líquidas con mucosidades, embotamiento sensorial. Falleció pocas horas después de su ingreso.

La autopsia (368/55) reveló invaginación ileo-ileal de la parte media del intestino delgado.

Podemos resumir diciendo que de 72 niños operados la mortalidad fué de sólo 6 niños, lo que corresponde a un 8,3% del total (eliminados los 2 no operados). Esta cifra es una de las más bajas que hemos encontrado en las diversas publicaciones que hemos revisado¹⁻⁶⁻⁷.

Uso del enema baritado.

Llamará la atención que en nuestro trabajo no se mencione el diagnóstico y tratamiento por el enema baritado, procedimiento que no se efectuó sino en un solo niño y sólo con fines diagnósticos. Este medio de diagnóstico es de excelentes resultados por lo que ha sido usado cada vez más en los últimos años^{1/10}. Sin embargo, también tiene sus detractores. Así Artigas¹ cita a Eberhart quien estudiando 1.673 casos de invaginación intestinal declara: "Siempre debe ser quirúrgico el tratamiento de la invaginación in-

testinal, pues los enemas desinvaginantés tienen los siguientes defectos: fracasa en ciertos casos, falta el control seguro de la desinvaginación, no revela el estado de las paredes del intestino ni su vitalidad, no elimina la causa que lo produce y retarda la intervención".

En nuestro Hospital no se ha usado este procedimiento como medio de diagnóstico por no contar con un servicio de Rayos permanente junto al Servicio de Primeros Auxilios y además, no lo hemos usado como tratamiento por no creer indispensable este método, dados los buenos resultados del tratamiento quirúrgico de urgencia.

RESUMEN

Se revisa la casuística del Hospital "Roberto del Río", durante los años 1948-1956, obteniéndose un total de 74 niños afectados de invaginación intestinal.

Cincuenta son del sexo masculino y 24 del femenino. Se obtiene mayor número de casos en el periodo primavera-verano, observándose además aumento en su frecuencia en los últimos años.

En cuanto a la edad, su mayor frecuencia se observó antes del año de vida, siendo su máximo en el periodo 3-9 meses. El de menor edad fué un lactante de 2 meses 17 días.

La localización más frecuente de la morcilla fué en el hemiabdomen derecho y en especial en el hipocondrio y fosa iliaca.

Las deposiciones presentaron sangre en 48 casos y en 36 niños no fué posible obtener este síntoma. Los vómitos no fueron constantes, ya que sólo los presentaron 46 niños.

Entre las causas más frecuentes de invaginación tenemos: ganglios, bridas y con menor frecuencia pólipos, tumor de la pared, hemorragias del Síndrome de Schönlein-Henoch, divertículo de Meckel, etc.

El tipo más frecuente de invaginación es la ileo-cólica (62%), siguiendo la coló-cólica (14,8%).

Hemos tenido dificultades diagnósticas en 6 niños en los cuales se diagnosticó otra afección: 3 como apendicitis agudas (resistencia en la fosa iliaca sin otros síntomas de invaginación), 1 como obstrucción intestinal y 1 como traumatismo abdominal (estos dos últimos también quirúrgicos agudos).

De los 74 niños, se operaron 72; los otros 2 no fueron intervenidos (1 por falta de diagnóstico y 1 por su gravedad extrema).

Hubo necesidad de resección intestinal, por las malas condiciones del intestino, en 10 niños. Fueron reoperados 8; 6 por agregarse peritonitis y 2 por reinvaginarsse (1 la misma invaginación y 1 otra invaginación).

En cuanto a la mortalidad han fallecido 10 niños. Debemos restar 2 niños no operados y otros 2 que murieron por causas ajenas a la misma invaginación (Diseminación tuberculosa y Coma urémico del Schönlein-Henoch), lo que nos da una mortalidad operatoria de 8,3%. Dado que en nuestro Servicio no se usó el enema baritado consideramos esta cifra altamente satisfactoria y nos ha llevado a no necesitar de este procedimiento.

SUMMARY

INTUSSUSCEPTION IN INFANCY AND CHILDHOOD.

In this paper an abstract is done on 74 cases of intussusception gathered in the "Roberto del Río" Children's Hospital during 9 years (1948-1956).

A complete clinical study of this casuistry is made, including sex and age of patients, symptoms and signs more important, different locations of intussusception and causes that have produced this condition (lymph nodes, bristles, polypus and tumors of the intestinal wall, Schönlein-Henoch's Syndrome, Meckel's diverticulum, etc.).

The authors show also diagnostic difficulties and complications they have had in their cases.

All cases were operated. Barium contrast enema was not used, neither as diagnostic nor as treatment procedure. Fatality rate of casuistry was 8,3%.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.—ARTIGAS, R. — "Invaginación intestinal en el niño". *Rev. Chilena de Ped.* 22:60, 1951.
- 2.—COHEN, H. y col. — "Gastroesophagical Intussusception". *J. Pediat.* 34:387, 1949.
- 3.—DENISON, W. M. — "Acute Intussusception in Infancy and Childhood". *Glasgow. M. J.* 29:71, 1943.
- 4.—GROSS, R. E. — "The Surgery of Infancy and Childhood". B. Saunders Company, Philadelphia and London, 1953.
- 5.—LAMBRE, F. — "Invaginación del estómago". *Rev. de la As. Méd. Arg.* 15:750, 1939.
- 6.—LINDBERG, G. y MORALES, O. — "Treatment of acute Intussusception by an enema of roentgen contrast medium". *Am. J. Dis. Child.* 77:303, 1949.
- 7.—LOZOYA, J. y ELIZONDO, E. — "Estudio sobre 71 casos de invaginación intestinal en el niño". *Bol. Med. Hosp. Infantil*. México. 4:29, 1947.
- 8.—MOORE, T. C. — "The Management of Intussusception in Infants and Children". *Ann. Surg.* 135:184, 1952.
- 9.—NELSON, T. Y. — "The Place of Hydrostatic Pressure in the Treatment of Intussusception". *M. J. Australia.* 1:825, 1949.
- 10.—PACKARD, G. B. — "The Treatment of Intussusception in Infancy and Childhood". *Pediatrics.* 15:291, 1955.
- 11.—PACHARD, J. B. y PARKER, R. — "Results in the Treatment of Intussusception in infancy and childhood". *Surg.* 41:567, 1935.
- 12.—RAVITCH, M. M. y McCUNE, R. M. — "Intussusception in Infancy and childhood". *J. Pediat.* 37:153, 1950.
- 13.—SANTULLI, T. V. y FENER, J. M. — "An appraisal of present Treatment of Intussusception". *Ann. Surg.* 143:8, 1952.
- 14.—THATCHER, D. S. — "Intussusception in infancy and childhood". *Ann. Surg.* 140:180, 1954.
- 15.—WYATT, O. S. — "Intussusception in infancy". *Post Grad M. J.* 14:153, 1953.
- 16.—YANNICELLI, R. — "Invaginación intestinal en el lactante". *Arch. de Ped. del Uruguay.* 17:594, 1946.