

HOSPITAL INFANTIL SUR DOCENTE
SANTIAGO DE CUBA

Invaginación intestinal doble. Informe de un caso con una invaginación intestinal anterógrada en el interior de otra retrógrada*

Por el Dr.:

CLAUDIO J. PUENTE FONSECA**

Puente Fonseca, C. J. *Invaginación intestinal doble. Informe de un caso con una invaginación intestinal anterógrada en el interior de otra retrógrada.* Rev Cub Ped 56: 2, 1984.

Se hace el informe de una lactante con una variedad de invaginación intestinal poco frecuente, pues se trataba de una invaginación doble, con un segmento íleo-ceco-cólico invaginado en forma anterógrada e introducido en otro segmento colo-cólico invaginado en forma retrógrada. Se describe el proceder quirúrgico empleado, que hizo innecesaria la resección intestinal y logró óptimos resultados.

INTRODUCCION

Nuestras Normas Nacionales de Cirugía¹ incluyen una clasificación de la invaginación atendiendo a la cantidad de segmentos invaginados, en la cual se especifica como invaginación doble aquella en la que participan cinco cilindros intestinales. Sin embargo, en la literatura científica de nuestro país (incluyendo el informe de 100 casos de *Hernández González y colaboradores*),² no hemos encontrado referencias anteriores sobre esta variedad de invaginación, lo cual nos decidió a hacer la presentación del caso de una lactante en la que existía la misma, y que fuera intervenida quirúrgicamente en nuestro servicio.

* Trabajo presentado en el II Congreso Nacional de Cirugía General y I Congreso Nacional de Cirugía Pediátrica.

** Especialista de I grado en cirugía pediátrica. Servicio de cirugía general del Hospital Infantil Sur Docente de Santiago de Cuba.

Presentación del caso

Paciente: Y. R. O. Historia clínica: 145593. Edad: 2 meses. Sexo Femenino.

Raza: Mestiza.

Antecedentes patológicos familiares y personales: nada significativo.

Ablactación: normal

Vacunación: BCG, tres dosis de triple.

Motivo de ingreso: Vómitos, fiebre y deposiciones con sangre.

Historia de la enfermedad actual. Refiere la madre antecedentes de que la niña ingresó en otro hospital el 24 de agosto de 1980 porque tenía vómitos, desde 24 horas antes, fiebre y diarreas con sangre, además de dificultad respiratoria. Allí le realizaron varios estudios complementarios y el día 25 de agosto de 1980 la remiten hacia nuestro centro hospitalario.

Evolución en el hospital de donde procede. Allí observaron dificultad respiratoria, crepitantes en la base pulmonar izquierda, frecuencia respiratoria de 40/minuto y tiraje subcostal, por lo cual le diagnosticaron una bronquiolitis cuando ingresó. También en este momento le reconocen una amebiasis mediante análisis de heces fecales en fresco.

El día siguiente a su ingreso se hace palpable un tumor alargado en fosa ilíaca y flanco izquierdo y al efectuar tacto rectal se le encuentra un tumor en la ampolla rectal. Se indican entonces los siguientes estudios radiográficos:

- Rayos X de abdomen simple: Dilatación gaseosa marcada de asas delgadas (figura 1).
- Rayos X de colon por enema baritado: Detención de la columna de bario en la unión rectosigmoidea, dibujando una cabeza de invaginación (figura 2), que se aprecia mejor en la placa de vaciamiento (figura 3).

Ya realizado el diagnóstico de invaginación intestinal, se remite al servicio de cirugía de nuestro hospital el 25 de agosto de 1980.

Evolución en el hospital infantil sur

A. Período preoperatorio

Al comprobar el diagnóstico, se anuncia para operar de urgencia, pero previamente es necesario realizarle una disección de vena safena interna, por no haber sido posible canalizarle una vena periférica.

B. Acto quirúrgico

Se practica incisión paramedia derecha y se secciona por planos. Al llegar a la cavidad abdominal se verifica que la cabeza de la invaginación llega al rectosigmoideas, y que el punto inicial de la invaginación se encuentra a nivel del ángulo esplénico, pero con la particularidad de que el colon sigmoideas también está invaginado (en sentido retrógrado); el aspecto externo del conjunto es el de dos segmentos intestinales introducidos por cada extremo de un "manguito" o mitón (figura 4). Ello estaba dado por una invaginación ileo-ceco-cólica anterógrada, cuya "cabeza" o porción distal se introducía a través de la luz de la "cabeza" de otra invaginación retrógrada colo-cólica del sigmoideas en el colon descendente, de tal forma que nos hallábamos en presencia de una invaginación doble con cinco cilindros de intestino superpuestos en la forma que se ilustra en la figura 5.

Al comprobar que no había compromiso vascular, se procedió a desinvaginar primero la invaginación anterógrada, haciendo retroceder por ordeñamiento retrógrado (en el sentido de la saeta No. 1 de la figura 6) el intestino que se encontraba en el rectosigmoides desde éste hasta el "manguito", y así lograr que quedaran separadas las dos cabezas de invaginación mediante la extracción de una del interior de la otra.

Una vez conseguido esto, por la dificultad que representaba el completar la desinvaginación del segmento ileo-ceco-cólico, se decidió realizar la desinvaginación del segmento colónico en el sentido de la saeta No. 2 de la figura 7, lo cual resultó muy fácil. No sucedió así en la tercera etapa de la operación, que consistió en desinvaginar el último segmento ileo-ceco-cólico en el sentido de la saeta No. 3 de la figura 7. Esto fue lo más difícil de obtener, debido al edema ya existente. Como el apéndice cecal estaba con equimosis en su punta, se realizó apendicectomía. Después de comprobar la viabilidad de las asas intestinales, la recuperación de su color normal y la ausencia de una causa secundaria de la invaginación, se cerró la cavidad abdominal por planos y se dieron además puntos subtotales de seda.

C. Periodo posoperatorio

Al siguiente día de la operación se le administró sangre total para corregir la anemia posoperatoria (cifras de 4,9 g% de hemoglobina). Además, ese mismo día comenzó a mejorar sus síntomas respiratorios y a hacer deposiciones grumosas sin sangre, por lo que reinició la alimentación por vía oral a las 48 horas de la intervención quirúrgica.

La paciente tuvo deposiciones líquidas durante seis días, que desaparecieron con el tratamiento. Mantuvo fiebre y lesiones inflamatorias pulmonares por espacio de diez días, las que cedieron cuando se cambiaron los antibióticos y se le administró entonces metilina y gentamicina durante 7 días. Debido a la anemia posoperatoria hubo que transfundirle sangre en cuatro ocasiones.

Varios análisis de heces fecales realizados después de la operación en busca de ámbas resultaron negativos.

La herida operatoria evolucionó satisfactoriamente y sin complicaciones; se decidió el alta mejorada a los 18 días de operada, habiendo obtenido resultados normales de leucograma, eritrosedimentación, heces fecales y radiografía de tórax; pero aún con hemoglobina baja (7,4 g%).

DISCUSION

Ya nos referimos a la escasa frecuencia de esta variedad de invaginación, aunque hemos encontrado el informe de un caso similar al nuestro hecho por Buckley³ y otro por Rivarola.⁴ En su monografía sobre invaginación intestinal en el niño, Lagos García⁵ refiere haber observado solamente cuatro invaginaciones dobles, pero en todas ellas los segmentos intestinales progresaban únicamente en dirección anterógrada. Tampoco hemos hallado nada escrito acerca de algún caso de la variedad informada por nosotros, en las últimas series de Rosenkratz,⁶ Janik,⁷ Ein,⁸ Moreno de Orbe,⁹ Yoo¹⁰ y Dammert.¹¹

Figura 1

Radiografía de abdomen simple del día del ingreso. Nótese la dilatación gaseosa de las asas delgadas.



Figura 2

Colon por enema. Se observa detención de la columna de bario en la unión rectosigmoidea.

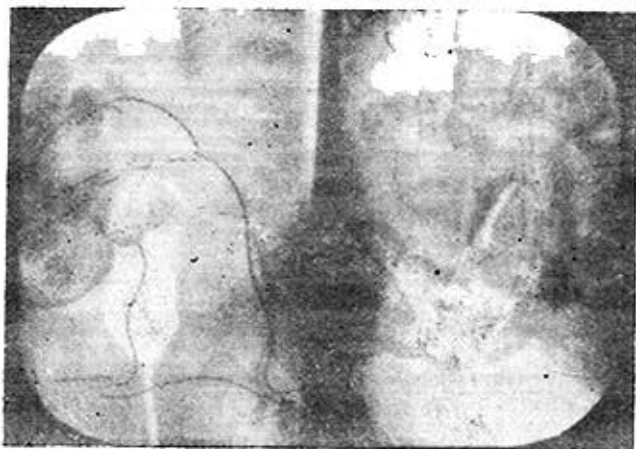




Figura 3

En la placa de vaciamiento se dibuja mejor una cabeza de invaginación.

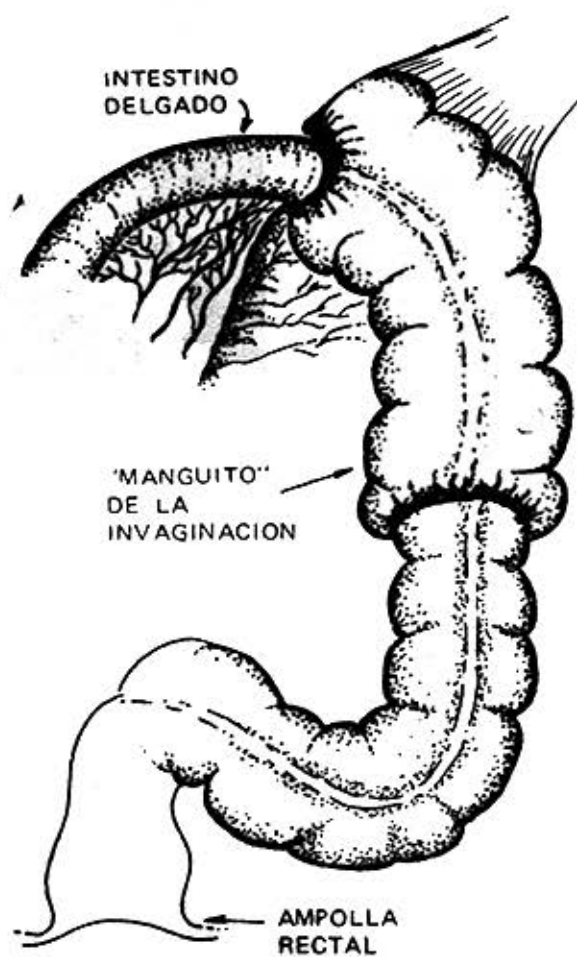


Figura 4

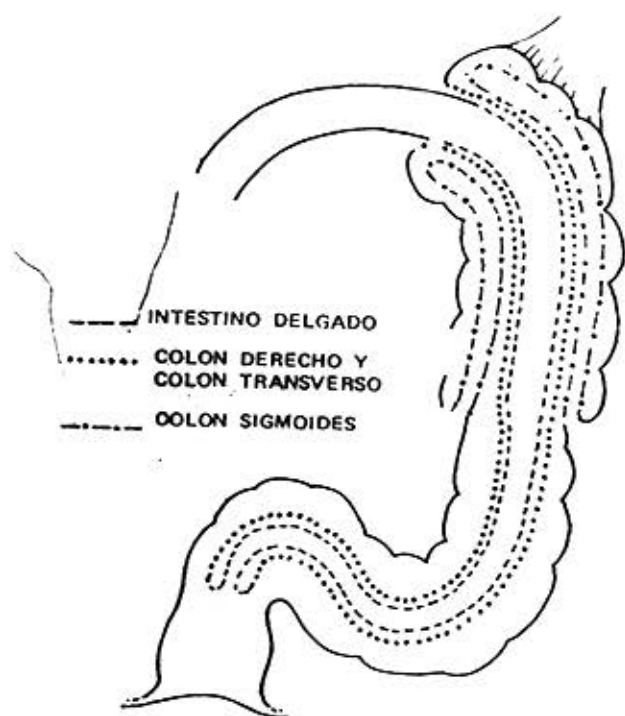


Figura 5



Figura 6

No obstante, creemos útil que se conozca el aspecto que puede ofrecer esta poco frecuente invaginación al realizar el acto quirúrgico; y que en caso de no existir compromiso vascular, es posible evitar una extensa resección intestinal mediante los pasos que hemos indicado al describir el proceso quirúrgico que empleamos.

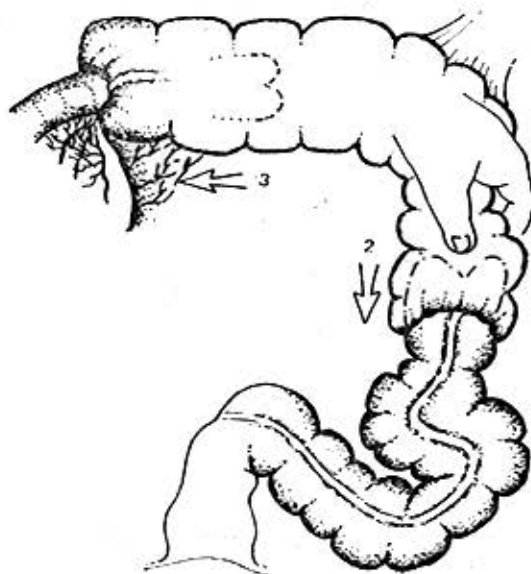


Figura 7

CONCLUSIONES

1. La invaginación intestinal doble es una variedad muy poco frecuente; y menos aún es aquella en la cual se introduce una invaginación anterógrada en otra retrógrada.
2. Resulta conveniente que el cirujano conozca el aspecto anatómico que ofrece esta afección en el interior de la cavidad abdominal.
3. Ante una invaginación intestinal doble, existe la posibilidad de hacer una adecuada desinvaginación de los segmentos intestinales involucrados.

SUMMARY

Puente Fonseca, C. J. *Double intestinal invagination. Report of a case with anterograde intestinal invagination inside another retrograde one.* Rev Cub Ped 56: 2, 1984.

The case of a suckling girl with an unfrequent intestinal invagination though it was a double invagination, with an ileal-cecal-colic segment retrograde invaginated and introduced into another colo-colic segment retrograde invaginated, is reported. Surgical treatment employed, which made unnecessary intestinal resection and got optimal results, is described.

RÉSUMÉ

Puente Fonseca, C. J. *Invagination intestinale double. A propos d'un cas avec une invagination intestinale antérograde à l'intérieur d'une autre rétrograde.* Rev Cub Ped 56: 2, 1984.

Il est rapporté le cas d'un nourrisson porteur d'une variété d'invagination intestinale rare, car il s'agissait d'une invagination double, avec un segment iléo-caeco-colique invaginé en forme antérograde et introduit dans un autre segment colo-colique invaginé en forme rétrograde. On décrit le procédé chirurgical employé, qui fait que la résection intestinale ne soit pas nécessaire et qui a donné des résultats optimums.

BIBLIOGRAFIA

1. *Hernández González, A. y otros: Invaginación intestinal aguda en el niño. 100 casos.* Rev Ciencias Médicas de Oriente 1: 1, jul.-ago.-sep., 1969.
2. *Grupo Nacional de Cirugía. Normas de Cirugía.* Instituto Cubano del Libro, La Habana, 1969. P. 431.
3. *Buckley, S. P.* Superimposition of a retrograde intussusception upon a direct intussusception. Citado por Lagos García. En: *Invaginación intestinal en el niño. Diagnóstico y tratamiento.* El Ateneo, Buenos Aires, 1947.
4. *Rivarola, J. B.; A. Lemos Ibáñez: Invaginación intestinal crónica en un lactante.* Citado por Lagos García. En: *Invaginación intestinal en el niño. Diagnóstico y tratamiento.* El Ateneo, Buenos Aires, 1947.
5. *Lagos García, A.: Invaginación intestinal en el niño. Diagnóstico y tratamiento.* El Ateneo, Buenos Aires, 1947. P. 17.
6. *Rosenkrantz, J. G. et al.: Intussusception in the 1970: indications for operation.* J Ped Surg 12: 367, Jun, 1977.
7. *Janik, J. S.: Nonischemic intussusception.* J Ped Surg 12: 567, August, 1977.
8. *Ein, S. H.: Recurrent intussusception in children.* J Ped Surg 10: 751, Oct., 1975.

9. *Moreno de Orbe, M. y otros*: Contribución al estudio de la invaginación intestinal en el niño, con un análisis de 26 casos tratados. *Rev Esp Pediatría* 22: 579, Sep.-Oct., 1966.
10. *Yoo, R. P.; R. Touloukian*: Intussusception in the newborn. a unique clinical entity. *J Ped Surg* 9: 495, August, 1974.
11. *Dammert, G.; P. Votteler*: Postoperative intussusception in the pediatric patient. *J Ped Surg* 9: 817 Dec., 1974.

Recibido: 26 de junio de 1983.

Aprobado: 25 de agosto de 1983.

Dr. Claudio Julio Puente Fonseca
Félix Pena No. 307, Santiago de Cuba.
Provincia Santiago de Cuba.