

Invaginaciones intestinales poco comunes.

¹Jiménez-Urueta PedroSalvador, ¹Alvarado-García Rafael, ²Jorge E. Gallego Grijalva

¹Médico de Cirugía Pediátrica C.M.N. "20 de Noviembre" ISSSTE, ² Médico de cirugía Pediátrica, Jefe de Cirugía Pediatrica C.M.N. "20 de Noviembre"

Correspondencia.- Serafín Olarte # 88, Col. Independencia, C. P.- 03630, México, D. F.

Recibido: enero 2005. Aceptado julio 2005

Resumen

Objetivo.- Informar la experiencia de 11 pacientes tratados por invaginación intestinal íleo-ileal y colo-cólica, durante un periodo de 21 años, de 1978 a 1999. **Material y Métodos.-** Estudio retrospectivo, descriptivo. Se analizan; edad, sexo, tiempo de evolución, cuadro clínico, estudios de laboratorio y gabinete, diagnóstico preoperatorio, tipo de cirugía, extensión de la resección, anomalías congénitas agregadas. **Resultados.-** De los 68 pacientes con invaginación intestinal, 11 (16%) la presentó en segmentos poco comunes: de localización íleo-ileal 10 y colo-cólicas 1 (1.4%). El paciente de menor edad fue de dos meses y el mayor de 11 años. El tiempo de evolución fue mayor de 24 horas en 10 casos (91%). El vómito fue el síntoma común en 8, dolor en 6, fiebre en 4. El tipo de cirugía fue resección intestinal con anastomosis termino-terminal en 8 casos (72.7%). Solo dos pacientes presentaron complicaciones, uno se reintusó y el otro presentó un cuadro de suboclusión intestinal. **Discusión.-** El tiempo de evolución es mayor de 24 horas en un alto porcentaje de casos (90%), explicando por baja sospecha diagnóstica y cuadro clínico que sugiere de primera instancia complicación quirúrgica de proceso infeccioso intestinal y/o apendicitis. Depende de un buen manejo médico inicial, del segmento intestinal resecado y cuidados postoperatorios adecuados. **Palabras clave.-** invaginación intestinal, íleo-ileal-íleo cólica, necrosis intestinal

Summary

Objective: The outcome of 11 patients treated for intestinal intussusception (10 ileo-ileal and 1 colo-colic), from 1978 to 1999. **Material and methods:** This was a retrospective descriptive trial. Age, sex, outcome, clinical manifestations, laboratory test, preoperative diagnosis, type of surgery and congenital abnormalities were analyzed. **Results:** 68 patients with intestinal intussusception, 11 of them were in uncommon segments (16%), 10 ileo-ileal and one colo-colic. The youngest patient was 2 months old and the oldest one 11 years old. Progress time was over 24 hours in 10 cases (91%). Vomiting was the most common symptom in 8 patients, pain in 6, and fever in 4. The type of surgery was Intestinal resection with termino-terminal anastomosis in 8 cases (72.7%). 2 patients had complications: one of them had reintussusception and the other one had intestinal sub-occlusion. **Discussion:** The progress time is over 24 hours in a high percentage of cases (90%), explaining the low suspicion of the diagnosis and clinical features suggesting at first instance surgical complications of an intestinal infectious process and or appendicitis. It depends on a good medical management of the intestinal segment, and an adequate postoperative care. **Key words:** intestinal intussusception, ileo-ileal-ileocolic, intestinal necrosis.

Introducción

La invaginación es la causa más común de obstrucción intestinal en los lactantes. En el 95% de los casos no hay etiología clara. El 90% a 93% de los pacientes presentan invaginación de un segmento ileocecal ¹, el 10% son íleo-ileales o colo-cólicas, menos frecuentes las yeyuno-yeyunales. ¹⁻³ La presentación clínica en las invaginaciones intestinales poco comunes (íleo-ileales y colo-cólicas) no es clara ni específica; generalmente el dolor y la distensión abdominal son los datos predominantes, y no se presentan

en forma frecuente evacuaciones mucosanguinolentas ("jalea de grosella") ^{1,4}, por consiguiente el diagnóstico preoperatorio en estos casos tiene un elevado índice de error, con importante retraso que se traduce en resecciones intestinales de longitud variable por necrosis y esfacelo. El propósito de este trabajo es conocer las características clínicas, métodos diagnósticos, tipo de tratamiento y hacer el análisis de la experiencia de 21 años en el C.M.N "20 de Noviembre" ISSSTE.

Artículos originales

Material y Métodos

Se diseñó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y abierto. Se incluye a todos los pacientes con diagnóstico de invaginación intestinal íleo-ileal y colo-cólica tratados en el servicio de cirugía pediátrica del C.M.N. "20 de Noviembre" ISSSTE, durante el periodo comprendido de enero de 1978 a enero de 1999. Se analizan las siguientes variables: edad, sexo, tiempo de evolución, cuadro clínico, biometría hemática, radiografías de abdomen, diagnóstico preoperatorio, tipo de cirugía, extensión de la resección, anomalías congénitas o sistémicas agregadas. Se excluyen los pacientes que no contaban con los datos completos en los expedientes. El análisis de la información se presenta en promedios, proporciones y gráficas.

Resultados

De los 68 pacientes con invaginación intestinal, 11 (16%) la presentó en segmentos poco comunes: de localización íleo-ileal en nueve casos, una colo-cólica y otro paciente presentó invaginación íleo-ileal y colo-cólica simultáneamente (figura 1). Predominó el sexo femenino en siete. El paciente de menor edad fue de dos meses y el mayor de 11 años, con una media de 3 años. La mayor incidencia correspondió a los lactantes menores con cinco casos, solo hubo un paciente lactante mayor, dos preescolares y, tres escolares. El tiempo de evolución fue mayor de 24 horas en diez casos, siendo mayor de 72h en cinco de los pacientes (Gráfica 1). El vómito fue el síntoma común en ocho casos, dolor en cuatro, fiebre en cuatro, signo de Dance presente en un caso e irritabilidad en la exploración en uno (Gráfica 2). El diagnóstico de ingreso fue; gastroenteritis infecciosa en tres casos, apendicitis aguda en tres, invaginación intestinal íleo-ileal en dos, invaginación colo-cólica, obstrucción intestinal y enfermedad isquémica intestinal con un caso cada uno. La biometría hemática mostró leucocitosis mayor de 15000 leuc/mm³, con neutrofilia en 8 casos. Los datos radiográficos mostraron niveles hidroaéreos en cinco, bloqueo parcial en seis y bloqueo mecánico completo

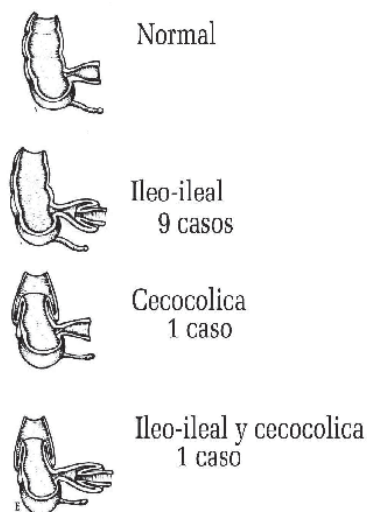
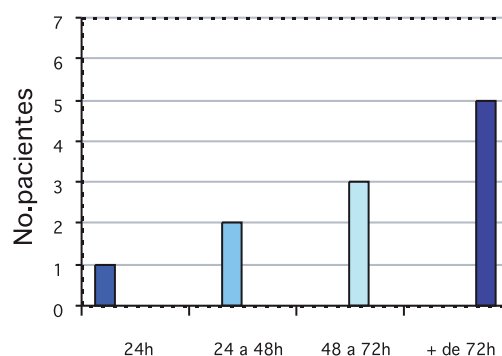


Figura 1. Tipos de invaginación poco frecuentes

Gráfica 1. Tiempo de evolución

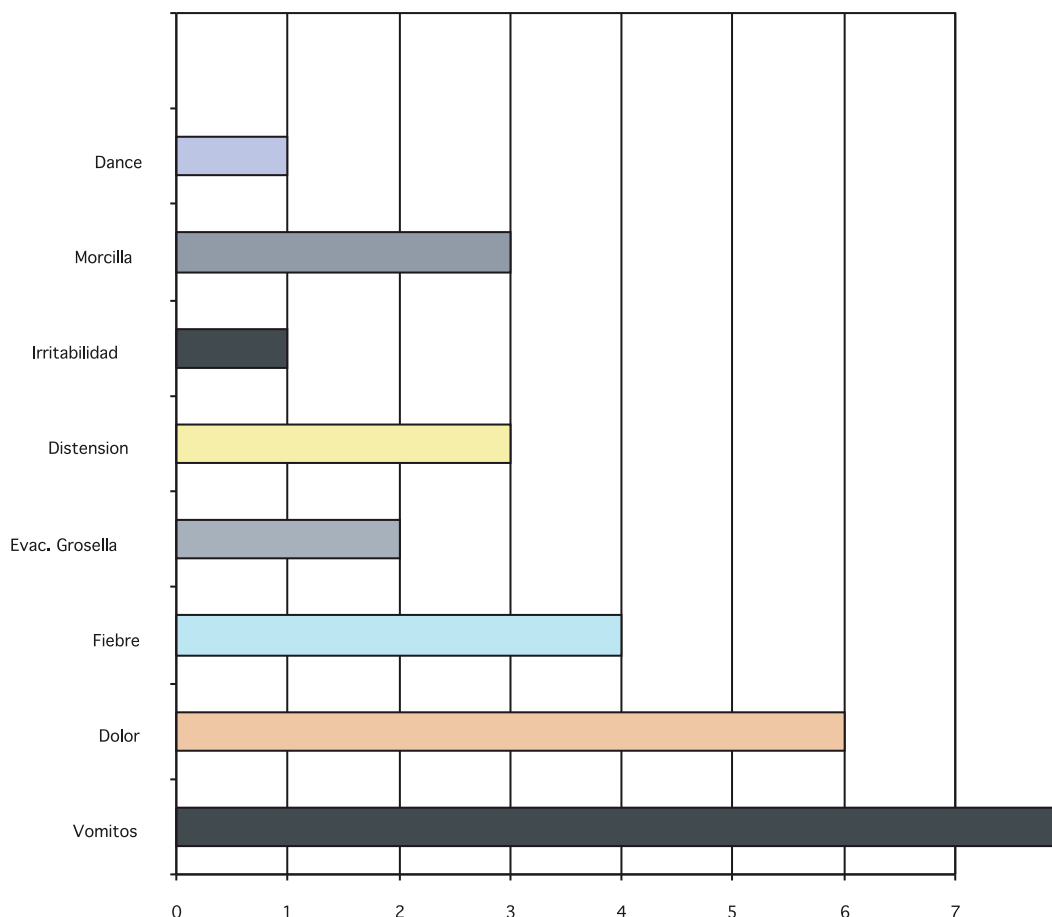


tres. Se realizó colon por enema únicamente en un paciente, en el que no se logra reducir la invaginación. El tipo de cirugía fue resección intestinal con anastomosis termino-terminal en 8 casos, reducción por taxis en tres, uno se le realizó enterotomía y resección de pólipo intestinal. En cinco pacientes la resección intestinal por necrosis fue mayor de 20 cm, en otros dos de 60 cm y uno no especificado (Gráfica 3). Cuatro pacientes tuvieron evidencia anatómica a que atribuir la invaginación intestinal; 3 casos con divertículo de Meckel y uno con pólipo. Un niño cursó con púrpura vascular aguda. Solo dos pacientes presentaron complicaciones, el paciente con púrpura vascular aguda se reinvagino a los 7 días de haber sido operado, ameritando resección intestinal e ileostomía; el otro paciente con invaginación ileoileal presentó un cuadro de suboclusión intestinal al séptimo día postoperatorio, requiriendo nueva laparotomía con liberación de bridas.

Discusión

La pobre certeza diagnóstica en los casos de invaginaciones intestinales íleo-ileales y colo-cólicas se explica por lo atípico del cuadro clínico y lo raro de esta localización^{1,4-6}, lo que se refleja en el alto índice de resecciones intestinales por el retraso en el diagnóstico. El cuadro clínico se confunde con otras patologías abdominales en nuestra serie con complicaciones quirúrgicas de las gastroenteritis. El diagnóstico en la mayoría de los casos se realiza como hallazgo transoperatorio (80%). Solo en caso de púrpura vascular aguda se sospecho clínicamente invaginación íleo-ileal, debido a que se palpó la masa abdominal ("morcilla") en el mesogastrio, siendo sometido a cirugía sin estudio baritado. Se realizó el diagnóstico de probabilidad en otro paciente con invaginación colo-cólica cuya exploración mostró tumoración en fosa ilíaca izquierda. El ultrasonido en este caso no fue de utilidad ya que se reportó normal. La obstrucción intestinal, la biometría hemática con leucocitosis y las radiografías con imágenes de bloqueo mecánico completo y/o incompleto son indicadores de problema abdominal agudo quirúrgico, sin embargo siguen siendo muy inespecíficos. Solo la revisión cuidadosa del paciente incluso bajo sedación, nos hará sospechar invaginación íleo-ileal o colo-cólica, debiéndose realizar exploración quirúrgica inmediata

Gráfica 2. Síntomas



independientemente del tiempo de evolución por la alta probabilidad de necrosis intestinal. Duarte y cols ⁷, en una revisión de 21 casos complicados, encontraron que en los factores asociados a necrosis intestinal son, la invaginación ileoileocólica, la obstrucción intestinal completa y el nivel del ápex de la cabeza de invaginación posterior a la flexura esplénica. El valor de los estudios de gabinete en invaginación íleo-ileal y colo-cólica dependerá de la sospecha diagnóstica preoperatoria correcta. En un porcentaje importante de casos no se sospecha este tipo de invaginación, siendo diferente el diagnóstico clínico con el que es llevado a quirófano; principalmente apendicitis aguda y complicaciones agudas de las diarreas.^{2,3,6}

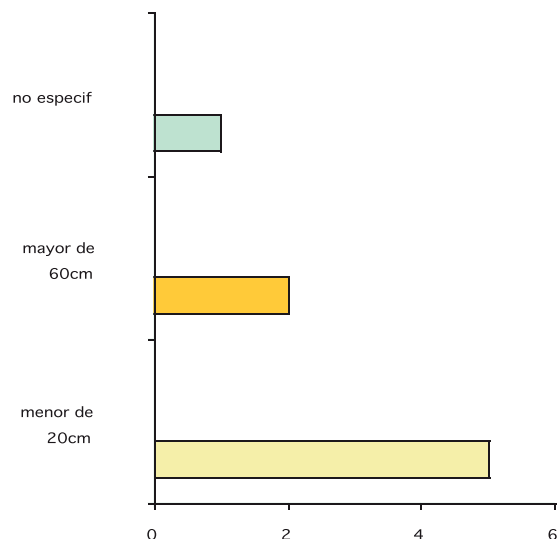
La púrpura vascular aguda asociada a dolor, distensión y masa abdominal fuera del marco cólico, es importante pensar en primer lugar en invaginación intestinal íleo-ileal, debiendo ser sometido el paciente a cirugía aun sin estudios baritados. En nuestra casuística un paciente presentó púrpura vascular asociada a dolor abdominal y obstrucción intestinal. Cuando existe patología sistémica como púrpura de Henoch-Shönlein asociada a cuadro clínico de invaginación intestinal, es importante sospechar el problema en el segmento ileal.^{5,7,8} La literatura

internacional,^{1,7,9,10} informa datos aislados con casuísticas menores de 10 casos generalmente asociados a púrpura vascular aguda.

Desde el punto de vista clínico es importante revisar el comportamiento de los pacientes con invaginaciones intestinales poco frecuentes. El paciente con dolor abdominal agudo y vómitos incoercibles debe ser revisado repetida y cuidadosamente por el cirujano aún cuando el cuadro clínico sugiera proceso infeccioso. Los estudios contrastados de colon ya sea con aire o bario son de importancia diagnóstica y terapéutica^{5-7,11}, en las invaginaciones intestinales íleo-ceco-cólicas. En las invaginaciones íleo ileales los estudios contrastados tienen nula utilidad diagnóstica y terapéutica.

Otro grupo erario que debemos considerar dentro de las invaginaciones intestinales poco frecuentes, son las presentadas en el periodo neonatal (incluso en útero), se considera que el 3% de los casos de obstrucción intestinal neonatal son debidos a esta patología⁷. Debido a la presencia de otras patologías como enfermedad isquémica intestinal y otras que provocan sangrada transrectal, se retrasa mucho el diagnóstico en estos pacientes. En un estudio, Zamir y cols¹², el diagnóstico se retrasa hasta 4 semanas. La mayor parte de estos casos se presenta a nivel

Gráfica 3. Longitud de resección intestinal



de la válvula ileocecal y un tercio de los casos presentan un punto fijo. El tratamiento consiste en la resección del segmento invaginado, rara vez es posible reducir la invaginación. La excepción a la regla es la invaginación no isquémica del yeyuno sin congestión vascular mesentérica de importancia.

Conclusión

La edad de presentación en las invaginaciones íleo-íleales, no difiere de las íleo-ceco-cólicas; predominan ambas en los lactantes. El tiempo de evolución es mayor de 24 horas en un alto porcentaje de casos (90%), explicando por baja sospecha diagnóstica y cuadro clínico que sugiere de primera instancia complicación quirúrgica de proceso infeccioso intestinal y/o apendicitis. Ante síndrome de oclusión intestinal debe tenerse como posibilidad diagnóstica. La existencia de cuadros sistémicos como la púrpura vascular y la ausencia de datos clásicos de invaginación en presencia de dolor agudo obliga a pensar en la invaginación íleo-íleal ^{1,6,10}. El tratamiento de la invaginación intestinal debe individualizarse y los factores asociados a necrosis intestinal deben ser tomados en cuenta, para una correcta elección del tratamiento.

Bibliografía

- David LC, Vidal R. Surgical implications of Henoch-Schonlein púrpura. *J Pediatr Sur*; 1990; 25: 742-43
- Cruz MF Alfonso AM, Andrade VW. Invaginación intestinal-Hospital pediátrico de Coimbra. *An Esp Pediatr* 1991; 37: 200-204
- Stringer MD, Pablot SM, Bereton RJ. Pediatric intussusception. *Br J Surg* 1992; 79: 867-76
- Martínez-Fontanilla LA Haase GM et al. Surgical complications in Henoch-Schonlein púrpura. *J Pediatr Sur* 1984; 19: 424-235
- Margarit Mallol J. Invaginación Intestinal Aguda: reducción hidrostática vs. Reducción neumática. *Ann Esp pediatr* 1993; 38:17-19
- Shekhawat NS, Pronhakar G, Sinha DB. Nonischemic intussusception in childhood. *J Pediatr Sur* 1992; 27: 1433-5
- Duarte VJC, Sainz CR, Ariza AFA, Hernández-Peredo RG, Gutiérrez UJA, Barraza R. Resección intestinal para tratar la necrosis debida a invaginación. *Acta Pediatr Mex* 1999; 20(6):284-9
- Katz ME, Kolm P: Intussusception reduction 1991. An international survey of pediatric radiologist. *Pediatr Radiol* 1992; 22:318-22
- Verschelden P, Filiatrault D, Garel L, Girgnon A et al: intrussusception in children: reliability of US in diagnosis prospective study. *Radiology* 1992;182:741-4
- Couture A, Veyrac, Galifer RB, Armelin I Evaluation of abdominal pain in Henoch-Schonlein syndrome by higg frequency ultrasound. *Pediatr Radiol* 1992; 22: 12-7
- Shuh AJ. Colotomy with minimum for advanced irreducible intrussusception. *J Pediatr Surg* 1991; 26; 462-43
- Zamir O, Hadari A, Arad I. Intussusceptions in the premature infant. *Pediatr Surg Int.* 1986;1:187-8