

## INVAGINACION INTESTINAL CRONICA EN UN LACTANTE DE 12 MESES DE EDAD (\*)

POR LOS DOCTORES

JOSE E. RIVAROLA  
Médico Interno del Hospital  
de Niños

ANIBAL LEMOS IBAÑEZ  
Médico Radiólogo del Hospital  
Rivadavia

La invaginación intestinal crónica del lactante es una afección rara; con más frecuencia se la encuentra en la segunda infancia. Por eso es que queda justificada esta comunicación, pues es interesante su sintomatología típica, que sin embargo, mantuvo en jaque a numerosos colegas que tuvieron la ocasión de ver al niño, y no pudieron dominar la *diarrea permanente y prolongada* a pesar de los múltiples regímenes alimenticios. Diarrea que es un signo típico de la invaginación intestinal crónica. El diagnóstico fué hecho, cuando la cabeza de la invaginación hizo saliencia por el ano, en forma de prolapso, después de 50 días de evolución.

La invaginación intestinal crónica del lactante tiene dos formas clínicas:

La *forma gastroentérica* caracterizada por diarreas y vómitos, con adelgazamiento y alteración del estado general.

La *forma enterocólica* en que hay diarrea, faltan los vómitos o aparecen de vez en cuando. Se acompaña también de adelgazamiento y alteración del estado general, aunque no tanto como en la forma anterior.

Nuestro enfermito pertenecía a esta última forma. Tuvo vómitos en dos o tres ocasiones, durante toda la evolución de la enfermedad. La enterorragia, síntoma característico de la invaginación intestinal aguda, falta en la crónica durante toda la enfermedad o

---

(\*) Comunicación presentada a la Sociedad Argentina de Pediatría, en la sesión del día 24 de junio de 1941.

aparece en ciertos momentos, para cesar luego y conducir aún más al error de diagnóstico, al creerla dominada por el tratamiento médico.

Nuestro enfermo, de la clientela privada, de 12 meses de edad, proviene de Mendoza, de donde es enviado urgentemente, pues desde hace 24 horas, continuamente hace saliencia la cabeza de la invaginación a través del ano.

Comienza su enfermedad el 10 de noviembre de 1940, con vómitos y diarreas. A los 7 días tiene deposiciones con sangre y mucus. La enterorragia desaparece, pero la diarrea persiste con notable pérdida de peso. Hace 9 días (el 21 de diciembre), aparece por el ano la cabeza de la invaginación, que es reducida, y continúa con sus diarreas. El 28 de diciembre pasa el día muy molesto, pues la cabeza de la invaginación sale constantemente a través del ano, con los esfuerzos que realiza el niño, sobre todo al llorar y tiene además vómitos.

Niño sumamente adelgazado: pesa 7 kilos; pesaba 9 kilos antes del comienzo de su enfermedad. Deshidratado, piel seca con pliegue fácil; escaso panículo adiposo. Su facies no revela ni shock ni anemia. Ojos excavados.

Aparato circulatorio: normal. Aparato respiratorio: se auscultan rales diseminados en ambos pulmones.

Abdomen plano excavado. Hay signo de Dance positivo franco: la fosa ilíaca derecha está completamente vacía. Se palpa en fosa ilíaca izquierda e hipogastrio una tumoración alargada longitudinalmente, lisa, dolorosa, móvil en sentido transversal. Trae colocada una tira de tela adhesiva que mantiene las nalgas juntas. Una vez retirada ésta, inmediatamente, con el llanto del niño hace saliencia a través del ano, una tumoración roja, cilíndrica, de una longitud de 8 cms. y un ancho de 4 cms., con un orificio en su extremidad por el cual sale materia fecal líquida.

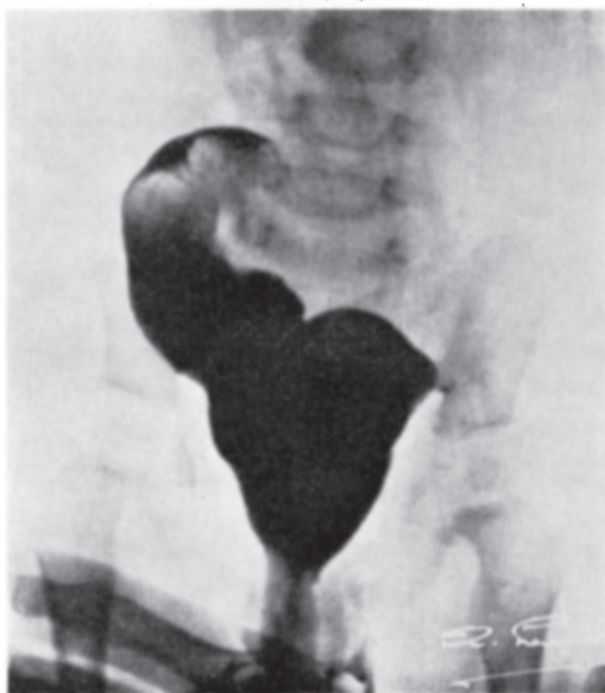
El dedo introducido entre ésta y el borde anal no encuentra ningún fondo de saco. Se reduce fácilmente y se observa una vez desaparecida la tumoración, la *abertura permanente* del ano, signo que Cabrera y Scholbach han descripto como patognomónico de la invaginación. Nosotros es la primera vez que lo comprobamos, en más de un centenar de casos en que hemos tenido ocasión de actuar.

Hecho el diagnóstico de invaginación intestinal crónica, se recurre al enema opaco, a fin de ilustrar y con una vaga esperanza de que se tratare de una forma sumamente laxa, que no hubiera hecho adhe-



rencias y que al obrar con suma prudencia, con baja presión, se consiguiera la desinvaginación.

Bajo la pantalla, se observa que el bario se detiene a la altura de la unión del sigmoideo con el colon descendente y se forma una imagen típica de invaginación (imagen en escarapela, ver radiografía). Allí se detiene la mezcla opaca, y no se considera prudente insistir por lo que se decide la intervención.



*Radiografía 1*

*Operación:* Cirujano Dr. José E. Rivarola. Incisión paramediana transrectal derecha. Abierto peritoneo sale abundante cantidad de líquido citrino. El boudin grande se encuentra en el colon descendente. Se lo hace retrogradar hasta el transverso y allí es necesario exteriorizarlo para terminar la desinvaginación. Se trata de una forma sumamente rara. Una doble invaginación colocolica: una anterógrada y retrógrada (tal como lo muestra el esquema).

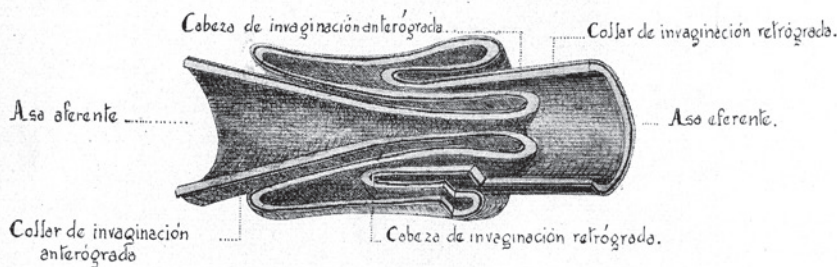
La invaginación retrógrada, muy apretada, era la que impedía la desinvaginación; que a no ser por ella la invaginación anterógrada

— 358 —

se hubiera reducido fácilmente con el enema a baja presión: tal era su laxitud.

Las paredes intestinales se encontraban en buenas condiciones. Únicamente a nivel de la porción correspondiente a la invaginación retrógrada, eran de un color blanco sucio y muy edematosas. La aplicación de compresas húmedas calientes en dicho lugar, hace recuperar en parte la coloración. El comienzo de la invaginación primera era entre el ciego y el colon ascendente. Dichos segmentos muy dilatados y sumamente móviles, con un meso común con el delgado, tipo embrionario, permitieron la progresión exagerada de la cabeza de la invaginación.

Se reintegran las asas dentro de la cavidad y sin fijar ciego ni extirpar apéndice que se encontraba en posición retrocecal, fijo, se procede al cierre de la pared.



Esquema I

*Postoperatorio:* Se le hace suero fisiológico subcutáneo durante tres días. Las deposiciones en los primeros días continúan en número de 5 ó 6, ligeramente sanguinolentas. Luego se normalizan a medida que comienza a alimentarse en forma normal.

A los cinco días se retiran los agrafes, la herida se halla cicatrizada.

El estudio y tratamiento de este enfermo es interesante.

Por lo pronto, es la primera vez que nos encontramos en presencia de un tipo anatómopatológico como el descripto. La invaginación retrógrada la hemos observado aislada y en enfermos agónicos. Pero asociada a una anterógrada es un hecho de observación muy rara en el lactante.

El enema opaco tiene dos aplicaciones: una con fines de diagnóstico y otra con fines de tratamiento. Como diagnóstico se puede aplicar, cualquiera sea el tiempo de evolución de la enfermedad y



el estado de enfermo, siempre que se obre con prudencia, dando poca presión al enema. Es lo que aconsejamos en los casos en que hay la menor duda o en que se sospecha una invaginación. Es un acto sencillo, pero requiere la interpretación de las imágenes, que no es el caso aquí de detallar.

Como tratamiento, está consagrado en ciertos tipos de formas agudas. Las formas crónicas son menos susceptibles de ser tratadas así, pero se puede intentar con una presión suave, la desinvaginación que se producirá en las invaginaciones laxas.

En cuanto al tratamiento quirúrgico insistimos en la prescindencia de toda otra maniobra o acto que no sea el de desinvaginar. Así es que en presencia de un ciego móvil y grande, no lo fijamos ni lo plegamos ni hacemos la extirpación del apéndice. Estas operaciones se deben hacer en un segundo tiempo, con un enfermo en buenas condiciones.

En conclusión: presentamos un caso de invaginación intestinal crónica; hacemos resaltar su sintomatología típica, con su principal síntoma: la diarrea, y dejamos constancia del tipo anatómopatológico excepcional que tuviera el enfermo que motiva esta comunicación.