

Síndrome de sub-oclusión intestinal por invaginación íleo-cecal en adulto. Diagnóstico operatorio

Por el Dr. GUSTAVO ADOLFO ZUNIGA

La invaginación íleo-cecal constituye en el niño, la causa más frecuente de oclusión intestinal por íleo mecánico y se dice frecuentemente que 70% de dicha afección se produce en el primer año de la vida.

Sin embargo, son frecuentes en el adulto o en el adolescente, intususcepciones: íleo-colicas (93%), cólicas simples (5%), y hasta más raramente las íleo-ileales (2%), descritas por Ombredanne.

Las invaginaciones del niño y del adulto, pueden sin embargo quedar sin explicación satisfactoria como puede pasar en el lactante, pero lo corriente es que las invaginaciones de aquellos se produzcan a consecuencia de la presencia de neoformaciones implantadas en el ansa intestinal, que se ve arrastrada al segmento invaginante; tales pueden ser, los tumores pediculados o no, que arrastran el intestino sobre el que se implantan, bajo la influencia de la contracción peristáltica, o bien las invaginaciones totales o parciales del apéndice íleo-cecal o del divertículo de Meckel, (W. C. Fotheringham).

En el lactante, el diagnóstico de la invaginación intestinal debe tenerse por fácil, dada la sintomatología tan ruidosa, que al menos la presunción asoma al espíritu del cirujano, ya no queda más que un camino; apurar el diagnóstico, nunca esperar acumulación de síntomas que retardan el diagnóstico y hacen perder el tiempo, la operación precoz—dice Fotheringham—es factor del diagnóstico temprano, más tarde la mortalidad crece en proporciones pavorosas.

En el adulto, la sintomatología de la invaginación intestinal es menos dramática, más susceptible a pasar desapercibida; evoluciona en episodios agudos, más frecuentemente SUB-AGUDOS Y REITERADOS DE OCLUSIÓN PASAJERA; y en efecto, ya desde los primeros síntomas de la invaginación hasta la etapa final, obligada de oclusión completa e irreductible, pueden correr SEMANAS y aún MESES; los SUFRIMIENTOS SON IRREGULARES, CAPRICHOSOS, sin relación con la ingestión de alimentos, con alivios que permiten la deambulación y hasta dedicarle a las tareas habituales.

En el tipo íleo-cecal de invaginación la porción terminal del íleo se hunde dentro del colon ascendente empujando la válvula íleo-cecal en primer término el ciego después (tipo íleo-ceco-cólica), progresando a lo largo del colon hasta la proximidad del recto o hasta el ano. Cualquiera que sea su progresión el intestino invaginado y su mesenterio se ve aprisionado por el cilindro externo, especialmente a nivel del pie de la invaginación produciendo los síntomas propios del estado morvoso.

Ombredanne fue el primero en esquematizar en una tríada los síntomas de la invaginación intestinal: «dolor, signos de oclusión y sangre por el ano», formaban para él todo el panorama sintomático; actualmente como se ha dicho, la fórmula de este autor no abarca toda la realidad.

La rareza de la oclusión en el adulto, el hecho de que el diagnóstico op ¿ratono fue el único realizado, me ha insinuado a publicar el presente caso.

L. A. P. de 27 años, zapatero, de Comayagüela D. C. ingresa el día 18 de diciembre de 1944 a La Casa de Salud «La Policlínica S. A.», ficha N9 9750.

Anamnesia próxima

HISTORIA.—Desde hace un año aproximadamente, sufre de trastornos digestivos, consistentes en flatulencias, dificultad en las digestiones y retortijones en el vientre, atribuidos a parásitos intestinales (lombrices) que ha expulsado más de una vez.

Dolores vagos, en forma de pequeños retortijones, que aparecían inesperada y bruscamente en el curso del trabajo o de las digestiones una hora después de las comidas, sin localización precisa, pero que se disminuía con la expulsión de gases y la comprensión momentánea del vientre. Estos fenómenos dolorosos, sin ninguna relación con la calidad y cantidad de los alimentos, aparecían caprichosamente en el curso del día, durando aproximadamente una hora, pasada la cual nuestro enfermo podía reanudar sus trabajos habituales. En estas condiciones permaneció hasta el día 15 de diciembre en que fue presa, después del almuerzo, de dolores en la fosa ilíaca derecha, comparado a torsedura acompañado de vasca que no culminó con vómito y que se calmó con la ingestión de bicarbonato.

En esa misma tarde, como no mejorara, ingirió dos onzas de aceite de ricino (Laxol) que aumentó el dolor, a pesar de originarle una defecación, constituida por materias fluidas y sangre. El día siguiente, 18 de diciembre, ingresa a «La Policlínica S. A.», insertándose en la ficha No 9750.

Estado especial

Sujeto bien constituido, de musculatura bien desarrollada, nada de especial llama la atención, más que moderado abombamiento del vientre y un poco de agitación atribuible al dolor que acusa en el abdomen. Hay taquipnea. El pulso marca 110 sístoles por minuto. Hay 38° C de temperatura.

Palpando la región abdominal, se acusa un vientre blando, distendido y doloroso, pero sin contractura, dolor que se aprecia más en la fosa ilíaca derecha. Hay estado suburral de la lengua. Ningún asiento puede ser obtenido, a pesar de un gran enema; con lo que no mejoró su estado abdominal.

Se prescribe bolsa de hielo, no se inyecta morfina por no enmascarar el cuadro clínico, se ordena inmediatamente examen de sangre.