

## INVAGINACION ILEO ILEAL AGUDA MÚLTIPLE SIMULTANEA (\*)

Dra. María Teresa Cabrera Roca

Los casos que dan origen a esta comunicación, son tres. (1)  
En todos ellos se encontrarán invaginaciones ileo ileales agudas múltiples simultáneas. Hemos excluido las invaginaciones ileo-ileo-cecocolicas, e ileo ileales simples.

Las tres historias difieren, siendo en nuestro concepto la diferencia debida tan sólo al momento que fueron diagnosticados los niños.

**1ª Historia clínica: M. T., 4 años.**

**Resumen:**

- 1º Diarrea de 3 días de evolución.
- 2º Dolor a tipo cólico.
- 3º El dolor se acentuó y se fijó en F. I. D. con defensa pero manteniendo el tipo cólico.
- 4º Vómitos

1º Biliosos

2º Porraceos

5º Douglas ocupado por una masa dolorosa.

6º No hay sangre en el tacto rectal.

**Diagnóstico: Cuadro oclusivo.**

**Posibles causas**

Invaginación ileo ileal

Vólvulo

Apendicitis retromesentérica

**Tratamiento: Exploración quirúrgica.**

Siendo el máximo de síntomas F. I. D. se hace una incisión de Mac-

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 11 de octubre de 1961.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Burney Gosset: Apéndice algo congestivo, que no explica el proceso. Doce invaginaciones ileo ileales múltiples simultáneas. Se explora el intestino hasta la zona donde comienzan a estar las ansas dilatadas. Se reintegran en orden. No hay alteraciones de la pared del ileon. Apendicectomía. Cierre por planos.

### 2ª Historia: M. F., 4 años.

1º Dolor a tipo cólico desde la mañana del día del ingreso.

2º No tuvo vómitos.

3º Máximo de dolor en F. I. D. sin defensa. Parecen palparse masas dolorosas en F. I. D. (se piensa en apendicitis o ganglios desplazables y dolorosos).

5º No hay sangre al tacto rectal.

6º Leucocitosis 11.700 (no hay otro foco que justifique esa leucocitosis). Se hace diagnóstico de apendicitis. Se opera.

Mac-Burney. Apéndice con algunas adherencias. Once invaginaciones ileo ileales múltiples simultáneas anterogradas. Ansas sin alteraciones. Apendicectomía. Cierre por planos.

### 3ª Historia: J. B. A., 6 años.

1º Dolor datando del día anterior a tipo cólico.

2º Manteniendo este tipo cólico se localiza en F. I. D.

3º Vómitos abundantes biliosos.

4º Al examen defensa en F. I. D.

5º Douglas doloroso y ocupado.

6º No hay sangre en el tacto rectal.

7º Retención de orina.

**Diagnóstico:** Apendicitis aguda.

Incisión de Mac-Burney-Gosset,

a) Apendicitis aguda franca (Anatomía Patológica Dr. Scandroglío).

b) Cuatro invaginaciones ileo ileales múltiples simultáneas que se desinvaginan.

c) Libertículo de Meckel que no participa en las invaginaciones y que se reseca con sutura intestinal Cierre por Planos.

### Diagnóstico

A) Antes de la instalación del cuadro oclusivo.

a) apendicitis aguda.

b) colitis espasmódica.

c) deliberadamente no incluimos la adenitis mesentérica por considerar que este no es un cuadro clínico primitivo.

B) Luego de la instalación del cuadro oclusivo.

a) invaginación ileo ileal simple o múltiple.

b) vólvulo.

c) cuadro de ileo por apendicitis aguda sobre todo retromesentérica.

**Posibles causas**

En todas ellas hay un denominador común.

**Dolores a tipo cólico** y aún diarrea en el comienzo. El hiperperistaltismo debe jugar un gran papel en la instalación de estos cuadros.

No hemos encontrado causas intracanaliculares como pólipos, lo que es común en las invaginaciones simples y en el tercer caso había un divertículo de Meckel causa también de invaginación que en este caso no participaba de ellas y al cual resecaamos profilácticamente.

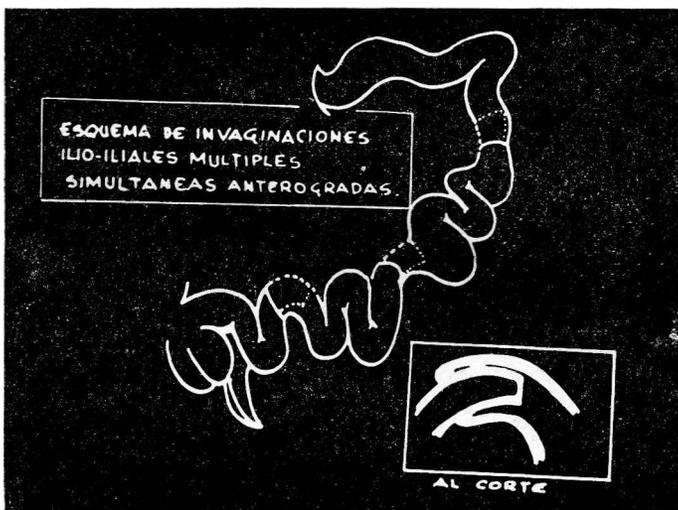


Fig. 1

En resumen las causas pueden ser:

- 1º) espasmódicas (todos nuestros casos).
- 2º) traumáticas.

En la bibliografía que poseemos extraída de Anales de Cirugía de Abril de 1948 William H. Falor cita una invaginación ileo ileal múltiple anterograda y retrograda producida durante una explosión de nafta.

De ese mismo trabajo extraemos los siguientes casos:

Según Fritz Williams — 12 casos en mil.

Ladd and Gros — 3 casos en 372.

Kabole — 3 casos en 151.

Grill — 1 caso de 19 meses.

Baron — 1 caso de 2 años.

Todyos — 3 casos.

En algunos de estos casos fue necesaria la recesión intestinal por gangrena del ansa.

- 1º) **Resumen Sintomático de Invaginación Ileo-Ileal.**  
A) Dolores de Tipo Cólico.  
B) Máximo Dolor en F. I. D. y Región Peri Umbilical.  
C) Presencia de Enterorragia.

**SI SE DEJA EVOLUCIONAR:**

**CUADRO OCLUSIVO**

- 2º) **Resumen Sintomático de Invaginación Ileo-Cecal.**  
A) Dolor a Tipo Cólico:  
Schok y dolores que aparecen con períodos cada vez más cortos.  
B) Enterorragia.  
C) Palpación Abdominal.  
a) Posible Signo de Dance.  
b) Posible Palpación de Boudin.

**LA OCLUSION ES UNA COMPLICACION QUE JAMAS  
HAY QUE ESPERAR PARA ACTUAR**

- 3º) **Resumen Sintomático de Invaginación Ileo-Ileal.**  
Múltiple - Simultánea - Aguda.  
A) Dolor de Tipo Cólico.  
B) Pequeño período, antes de la instalación del Cuadro Oclusivo que clásicamente fue negado pero que en la Historia N° 2 y aunque menos en la Historia N° 3 **SE VE QUE EXISTE.**  
C) No hay enterorragias por lo menos en el período en que operamos nuestros casos.  
D) Dolor en F. I. D. y Región Periumbilical.  
a) Palpitación de pequeñas masas dolorosas (Historia N° 2)  
b) Dolor sin defensa.  
c) Defensa (Historia N° 3).  
E) Oclusión (Si se deja evolucionar).  
4º) **Resumen Sintomático de Invaginación Ileo-Ilio Cecocólica.**  
A) Dolor de Tipo Cólico (SCHOK).  
B) Más precoz la Instalación del Cuadro Oclusivo.  
C) Enterorragia constante.

**PRONOSTICO**

El pronóstico depende de no dejar evolucionar el cuadro y su consecuencia la alteración del ansa que expone a una resección intestinal como se ve en algunos casos citados; alteración que no existía en ninguno de nuestros enfermos.

**TERAPEUTICA**

La terapéutica es quirúrgica y urgente.

Es imposible por la clínica llegar al diagnóstico de invaginación ileo ileal múltiple simultánea aguda (1). Se opera en dos momentos.

La Radiología sólo nos auxiliaría, para certificar el cuadro oclusivo pero no su causa.

1º) Por error de diagnóstico pensando en apendicitis aguda.

2º) Cuando ya está instalado el cuadro oclusivo.

El diagnóstico definitivo se hace intraoperatorio y nunca nos arrepentiremos de actuar con un mínimo de síntomas pues ello nos ha permitido encontrar las ansas delgadas sin alteraciones y la reducción ser la curación con restitución integral del enfermo.

En e primer caso hubimos de realizar terapéutica previa de hidratación por ya estar instalado el cuadro oclusivo. En los otros dos se redujo a un simple Mac-Burney con reducción y apendicectomía sin ninguna insidencia sobre el estado general del niño.

## RESUMEN

1º) Se presenta 3 casos de **Invaginación ileo ileal múltiple simultánea aguda.**

2º) De la historia clínica se deduce que **hay un período de dolor** a tipo cólico antes de la instalación del **cuadro oclusivo franco.**

3º) Que la enterorragia es un signo tardío que **no hay que esperar.**

4º) La conveniencia de la exploración precoz.

## BIBLIOGRAFIA

- BADERKER, I. Traumatic triple Intussuception of the Ileum in a Child J. A. M. A. pág. 112 - 1939.
- BARON, CH. — A case of multiple Intussuception Kentucky M. J. Vol. 30 pág. 406, 1932.
- FALLOR, W. H. — A case of Multiple Intussuception Anals of Surgery Vol. 127, Abril 1948.
- FEBRE, M. — Chirugie Infantil d' Urgence Masson y Cia. Paris 1958.
- FITZ-WILLIAMS, O. — The Pathologie and etiologie of Intussuception from the Study 1.000 cases Lancet. Pág. 628, 1908.
- GROBB, M. — Patología Quirúrgica Infantil, 1958.
- GROSS, R. — The Sugery of Infancy and Child hood Sauders Philadelphia, 1953.
- LAURENCE, P. TOURNIER etc. — Adenoilyphitis mecenterica aigüe de l' enfant pág. 325-337, Tomo 79, Nos. 13 y 14. Memoires de l' Academie de Chirugie 1953.
- LATAIX P., ET PERNY, M. — Adenitis Mesenteric e invagination intestinal-Memoire de l' Academie de Chirugie. Pág. 615, Tomo 87, Nos. 21 y 23, 1961.

**Dr. Yannicelli:** Se trata de una entidad rara: invaginaciones ileo-ileales múltiples. No hemos tenido oportunidad de verla. ¡Estoy de acuerdo con lo que dijo la doctora. Pero a pesar de que hizo muy bien la diferenciación de que no hay que esperar el estado oclusivo, sin embargo, en uno de los cuadros que llegué a ver, pone como constante la enterorragia, a pesar de que después reconoce, que, en la historia de ella, no la encontró. Quiere decir que la salva lo que encontró y no lo que escribió. También hace tiempo estamos diciendo que no hay que esperar la enterorragia y no es cosa nueva, porque ya Pouliquen en sus tiempos se enojaba con un practicante interno porque había dejado evolucionar una invaginación esperando la enterorragia. Nosotros enseñamos desde la cátedra que un dolor tipo cólico de abdomen en un lactante, que se repite, hasta demostración en contrario, es una invaginación intestinal. Estamos de acuerdo con todas las precauciones tomadas en el caso: llevarlo a la pantalla y resolver la reducción por enema o por operación. Desde luego las ileo-ileales no tienen otro recurso que el dicho por la doctora, que es la reducción operatoria. Es interesante, sin embargo, lo que ella dijo y lo que mostró. La entidad anatomopatológica ileo-ileal, penetración de un segmento intestinal en otro que lo sigue ó lo procede, es capaz de constituirse sin mayores síntomas, y que a veces hay 3 o 4, y sin embargo el estado general es muy bueno. Eso lo hemos discutido muchas veces. La invaginación empieza a afectar, empieza a ocluir, empieza a dar sintomatologías que se han descrito con grandes detalles, al cabo de muchas horas, y si nosotros las esperamos, encontraremos un período después difícil para intervenir, con resecciones intestinales y a veces con la muerte del enfermo. En cambio, al comienzo se presenta casi siempre, el dolor tipo cólico. Yo he encontrado solamente tres casos en que había ausencia de ese dolor. Pero en todos los otros casos que he tenido en mi experiencia a lo largo de los años, siempre he encontrado el dolor tipo cólico intestinal repetido, y es el gran síntoma de comienzo de la invaginación intestinal. Por eso, ni esperamos enterorragia ni constipación, ni oclusión. Ahora, se debe deducir y está muy bien dicho, que cuando la invaginación se produce en el sector ileo-ileal, por lo mismo que es de calibre menor, la complicación oclusiva a pesar de demorar aparece más pronto. Y si uno la quiere detectar más pronto, tiene que hacer una radiografía. Haciendo una radiografía simple, a veces encuentra un síndrome oclusivo que más el dolor tipo cólico, hace pensar en síndrome oclusivo ileal, probablemente por invaginación intestinal. Así que estamos de acuerdo en general, y en todo sí, bien borrado, donde decía "constante la enterorragia". Se que al final la Dra. piensa así.

**Dr. Prat:** Sr. Presidente: Pido perdón por ocuparme de un tema que no es de mi especialidad, y sobre todo que uno ya está en las tiendas de la pasividad y eso me ha separado un poco de los hechos

activos y actuales. Pero en la comunicación de la Dra. Cabrera hay un asunto sumamente interesante; habla de invaginaciones múltiples, y eso tiene una importancia muy grande. Y por eso quisiera hacerle dos preguntas a la Dra. Cabrera, una, que no lo especificó bien, puede ser que lo haya dicho, pero quizás el oído no estuvo bien atento y entonces no lo he comprendido bien. Si estas invaginaciones eran simples, que se reducían muy fácilmente y que no dejaban ningún rastro en la pared intestinal. Y el otro dato que me parece muy importante, cómo estaba ese mesenterio, si el mesenterio tenía ganglios o no. Esas son las dos preguntas categóricas que me permito hacerle a la Dra. Cabrera, porque así podríamos entrar a un problema sumamente interesante, que se ha debatido mucho y que todavía no se ha resuelto: es la relación que tiene la adenolinfitis mesentérica con la invaginación intestinal. Lo que algunos consideran la Enfermedad invaginante, y por eso deseo averiguar si este caso tiene algo de eso.

**Dr. Yamicelli:** En favor de lo que dice el Dr. Prat, tenemos algunos casos, no son superponibles, no es la generalidad de los casos, pero me acuerdo bien, la hija de un colega, de un anestesista que tuvo una invaginación ileo-ileal, precisamente uno de los pocos casos que cursó sin el síntoma de dolor y por lo tanto llegó a constituirse un síndrome oclusivo que hubo que tratar con resección de intestino. En ese caso la infiltración linfoidea era tan enorme que el anatomopatólogo, la Dra. Perdomo, antes de informar pasó mucho tiempo, incluso consultando, porque le llamó la atención la extraordinaria infiltración linfoidea. De manera que da la impresión de que esa infiltración, en ese sector invaginante actuó como causa probablemente de edema, de infiltración, lo que hizo que eso, movilizado, sirviera de cabeza de invaginación. Pero no es lo que encontramos en la generalidad de los casos. Yo creo que es a eso que se refería el Dr. Prat, muchas gracias.

**Dr. Prat:** Muchas gracias Dra. Cabrera por los datos suministrados. Creo que con esos datos precisamente, las invaginaciones múltiples muy fáciles de reducir y que no dejaban lesiones en la pared, es decir que no había alteración intestinal y que existían ganglios mesentéricos, trae aquí al tapete, el problema que ha discutido tanto Laurence de las adenolinfitis del mesenterio, que según él y un estudio profundo ya desde el año 1953 y después seguido al 59, etc., con colaboradores llegaba él, a la conclusión de que la causa directa o casi muy posible, de las invaginaciones intestinales múltiples, eran estas lesiones adenomesentéricas, que tienen una característica muy especial. Así como la invaginación es simple, que se reduce muy fácilmente, a veces el cirujano al tironear un poco el asa, ya la invaginación se ha reducido sin mayor esfuerzo, y que estas adenopatías y linfitis, por más que se han estudiado, no se les ha encontrado la causa etiológica, es decir que no son infeccio-

sas. Y entonces hay que pensar, como pensaron seguramente ellos en la etiología de los virus, que fueran lesiones de orden virósico, pero lo que sí, sostienen categóricamente de que estas lesiones adenolinfitis del mesenterio son primitivas. Es decir que se inicia esa lesión y después vienen las invaginaciones múltiples sucesivas del intestino delgado o del ileon y que eso sería la causa directa de la invaginación. Nosotros en la práctica, tuvimos un caso que trataba el Prof. Bonaba. Un chico de unos 14 años que tenía un cuadro cuyo diagnóstico oscilaba entre una invaginación intestinal y apendicitis, que tenía las características de estos síndromes al principio. Pero en un momento dado aparece una hemorragia y entonces todavía no siendo muy claro el diagnóstico pidió mi colaboración y no siendo muy claro el síndrome, lo seguimos vigilando, mejoró y poco tiempo después tiene una segunda hemorragia; sin embargo el estado general del enfermo era excelente y finalmente ante una tercer hemorragia que tiene y entonces sí no esperamos más, lo operamos; se podría decir: cuánto tardamos en operarlo, pero como el estado general del chico era excelente, esperamos. Y cuando lo operamos no encontramos invaginación: nuestro diagnóstico era de invaginación intestinal, pero no tenía absolutamente ninguna lesión de esa afección, ni siquiera las lesiones que podrían hacer sospechar la existencia de ella. El enfermo curó perfectamente. Hay otro caso de Roldán, de oclusión por invaginación intestinal, que además de una invaginación típicamente alta, tenía una invaginación ileo-ileal de esas que se reducen sumamente fácil. Lo hace constar él cirujano precisamente en su comunicación. Ahora, es indudable que cuando se presenta ante el cirujano una lesión de esta clase de las invaginaciones múltiples, inmediatamente hay que ir a examinar cuidadosamente ese mesenterio y ver los ganglios, cosa que encontramos a menudo en las ileitis terminales, que más a menudo tomamos también por apendicitis y lo que encontramos es un reguero o una cantidad grande de ganglios y que no hay ninguna otra cosa y que nos quedamos en la duda diagnóstica de lo que pueda ser. Hay todavía una cosa más. Se ha hecho notar como lo han establecido algunos cirujanos, que como hay que conocer la causa de estas lesiones y entonces algunos de ellos sacaron ganglios, que estudiaron, histológicamente en toda forma y con cultivos. Ha habido en estos casos oclusiones intestinales posteriores por brida, por bridas que se hicieron en la cicatriz de la extracción de un ganglio, lo que parece ser que eso fuera ya un motivo de cuidado y atención para hacer estas biopsias. Por eso se recomienda mucho que esta biopsia se haga si hay una necesidad categórica. Ahora bien el cirujano dice que la necesidad categórica de la biopsia existe siempre, porque si no, nos quedamos sin saber el diagnóstico. Pero lo curioso del caso es que en casi todos estos exámenes que se han hecho, no se ha encontrado ni microbios ni la explicación de la adenitis y en algunos casos el ganglio ya estaba supurado completa-

mente. Y en esos casos la invaginación era simple, que parece que se produce y desaparece pero que, se había hecho ya definitiva, aguda y se había transformado ya en una invaginación clásica con todo su síndrome. Por eso creo que en esta comunicación que presenta la Dra. Cabrera, el hecho fundamental de las invaginaciones múltiples con ganglios del mesenterio, debe llamar muy especialmente la atención del cirujano para considerar que estos elementos que hoy día están en el tapete de la discusión y que es un problema que todavía no ha sido resuelto definitivamente. Para Laurence y algunos de los otros que trabajaban en este asunto, creen que esa lesión es categórica: la causa de esta invaginación es la adenolinfitis de mesenterio. Nada más.

**Dra. Cabrera.** Respondiendo al Prof. Prat. 1) Estas invaginaciones fueron fáciles de reducir, pequeños de 2 a 8 cms. y sin alteraciones del ansa ni del meso. Nosotros hemos tenido oportunidad, en otro caso, de hacer una gran resección de intestino por invaginación ileo ileal única por divertículo de Meckel. 2) Había adenitis mesentérica. Pero ésta yo la llamaría el convidado de piedra de todos los abdómenes, que por una u otra causa, se operan o se exploran en el niño. Por esa razón es que creemos que ésta no es una entidad primitiva.

Llama la atención la presencia casi constante de adenitis mesentérica coincidiendo con otros procesos, y la poca cantidad de invaginaciones de este tipo.

**Dra. Cabrera.** — Bien, vamos a responder al Dr. Yannicelli y para terminar después con las preguntas del Prof. Dr. Prat. Al Prof. Yannicelli, en realidad yo no leí el resumen. Al leerlo está la comprobación de que estoy tan de acuerdo con él como lo siguiente: De la historia clínica se deduce que hay un período de dolor a tipo cólico antes de la instalación del cuadro oclusivo franco. Segundo, que la enterorragia es un signo tardío que no hay que esperar y tercero, la conveniencia de la exploración precoz. En cuanto a las interesantes consideraciones del Prof. Prat, en realidad al pensar que pudiera haber una relación entre la adenitis mesentérica y la invaginación, llama profundamente la atención la enorme cantidad de adenitis mesentérica que uno encuentra concomitante con la apendicitis, o cuando explora el abdomen por otra causa. En realidad es tanta la cantidad de adenitis mesentérica, que es raro que ésa sea la causa. No quiere decir que en algún caso particular no hubiese producido ese efecto, pero uno ve una gran desimetría entre el enorme volumen de adenitis mesentérica y la poca cantidad de síndromes con invaginaciones ileo-iliales de este tipo. Agradezco a todos los conceptos vertidos.