

Invaginación colónica en el adulto * **

Dr. ATANASIO JORGE SIERRA

La invaginación colónica del adulto es una entidad clínica muy poco frecuente, tanto en nuestro medio como en ambientes quirúrgicos extranjeros. Esa poca frecuencia y el hecho de presentar muy a menudo un cuadro clínico bizarro, a veces oclusivo, otras tumoral y otras pseudoapendicular, hacen que su diagnóstico preoperatorio se establezca raramente, y que la intervención quirúrgica suela ser demorada, lo cual explica la mortalidad bastante elevada que se encuentra en todas las estadísticas que hemos consultado.

Si a ello se agrega que la mentalidad del cirujano frente a esta afección debe estar orientada a buscar la causa primaria desencadenante, y hacer tratamiento radical de ella, es que consideramos de interés una somera revisión de este proceso, a punto de partida en dos nuevos casos, que presentaremos a continuación.

Obs. 1.— F. R. E., 40 años, sexo masculino. Sin antecedentes patológicos. Ingresó al Hospital Pasteur por cuadro agudo de abdomen, iniciado 24 horas antes. Cuadro doloroso cólico de epigastrio y región umbilical, que se localiza al cabo de unas horas en F.I.D., donde persiste, intenso, siempre con carácter cólico sobre un fondo de dolor continuo, sin irradiaciones, y acompañado de ruidos hidroaéreos percibidos por el paciente.

Poco antes del ingreso, el propio paciente comprueba distensión abdominal y la presencia de tumoración dolorosa en F.I.D. Estado nauseoso. Detención del tránsito de materias y de gases.

El examen, al ingreso, comprueba buen estado nutricional y de hidratación. Apirexia. *En abdomen*: dolores espontáneos en flanco derecho, donde se observa tumoración de unos 12 x 12 cm., lisa, de consistencia elástica que sufre cambios, haciéndose más consistente coincidiendo con los dolores cólicos. A su nivel, tanto a la palpación como a la auscultación, se

comprueban intensos ruidos hidroaéreos. Tacto: sin particularidades. Resto del examen: sin particularidades.

El estudio radiológico simple de abdomen de pie, mostró netos niveles en las últimas ansas delgadas.

Se decide intervenirlo con diagnóstico de cuadro oclusivo agudo, de urgencia.

Operación (Dres Kmaid y Quagliotto): Incisión paramediana derecha supra-infra. Se halla una invaginación ileocecal que remonta unos 15 cm. en colon ascendente. Se novocainiza el meso, y por expresión suave se logra la desinvaginación, comprobándose íleon y apéndice normales. Placa de aspecto infiltrado, congestivo y acartonado en el fondo cecal, dudándose si se trata de una placa de tiflitis primitiva o secundaria a la invaginación, o de un tumor cecal limitado. Se decide proceder a una ileocolopexia a la fosa iliaca interna, y estudiar luego al paciente.

El postoperatorio fue muy bueno. Sucesivos estudios radiológicos de colon por enema dejan pendiente la duda de si hay o no un proceso neoplásico cecal pequeño. El estado del paciente es muy bueno y el examen clínico es negativo. Se decide efectuar nueva exploración quirúrgica, con buena preparación previa de colon, por una eventual hemicolectomía derecha, un mes y medio después.

Segunda operación (Dres. Quagliotto y Barquet): La exploración detallada, que incluyó una cecostomía sobre la bandeleta para exploración interna del ciego, no reveló lesiones. Apendicectomía. El ciego permanecía fijado por numerosas adherencias a fosa iliaca interna.

Postoperatorio muy bueno.

Obs. 2.— E. T. de U., 84 años, sexo femenino. Paciente añosa, sin antecedentes digestivos, y gozando de buena salud, que comienza diez días antes del ingreso, con dolores discretos en F.I.D., sin otros síntomas y en apirexia. Vista por internista, considera que pueda tratarse de un cuadro apendicular, indicando dieta líquida, hielo y antibióticos.

El cuadro, siempre sin repercusión digestiva, sin fiebre, con tránsito conservado, se arrastra durante ocho o nueve días, hasta que aparece dolor más intenso, que adopta ahora carácter cólico, acompañado de ruidos hidroaéreos. Es vista por cirujano, que la ingresa con diagnóstico de cuadro suboclusivo.

El examen, al ingreso al Sanatorio, muestra una paciente delgada, bien hidratada, apirética.

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Oscar Bermúdez.

** Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 14 de setiembre de 1966.



FIG. 1.—Colon por enema.

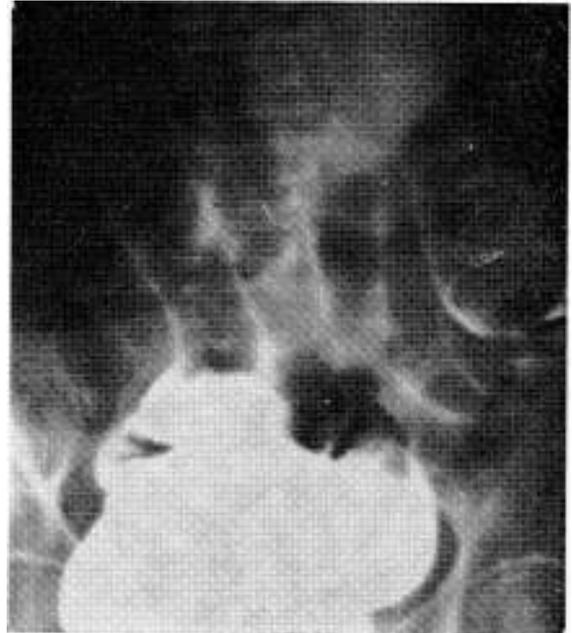


FIG. 2.—Colon por enema. Etapa de vaciado.

Dolores cólicos discretos, apagados. Reptación de ansas delgadas, sin mayor dolor, en un abdomen algo distendido. Se palpa tumoración alargada, tensa, en hipocondrio izquierdo, que se pierde bajo el reborde costal izquierdo. No se palpa ciego distendido.

En el correr de ese día la paciente tiene una deposición bastante abundante y expulsa gases. Se hace estudio radiográfico simple de abdomen, que muestra ansas delgadas algo dilatadas, con niveles y ausencia de gases en colon.

Con el cuadro clínico subagudo y los hallazgos semiológicos de suboclusión de tipo cololeal, con una tumoración de topografía colónica transversa, y sin embargo con ausencia clínica y radiológica de ciego distendido, se hace diagnóstico de invaginación ileocecólica y se pide estudio de colon por enema que confirma el diagnóstico de manera concluyente, mostrando una imagen típica en cúpula, en colon descendente. Se ven también ansas ileales distendidas e incluso ambos cabos del ansa delgada comprometida en el "boudin". Se opera con diagnóstico de invaginación ileocecólica, que ha progresado hasta más allá del ángulo izquierdo del colon (ver figuras).

Operación (Dres. Bermúdez y Sierra): Incisión mediana supra-infra. Se localiza el "boudin" en hipocondrio izquierdo y por expresión cuidadosa se logra la desinvaginación total. No hay lesiones importantes, sólo discreta congestión y edema. En el fondo del ciego se palpa tumor pequeño, duro y retráctil, redondeado, de unos 3 cm. de diámetro, de caracteres malignos. No adenopatías. Se practica hemicolectomía derecha típica sobre la marcha, con ileotransversostomía laterolateral. Peritonización. Cierre sin drenaje.

Postoperatorio: Muy bueno. Alta al 8º día.
Anatomía patológica: Adenocarcinoma ulcerado, que no alcanza a invadir pared muscular en su totalidad. No hay adenopatías.

Revisando la bibliografía sobre el tema de los últimos años, surgen una serie de premisas que pasaremos a recordar:

a) La invaginación colónica del adulto es generalmente secundaria a otro proceso que actúa como factor causal de ella y ese proceso es, muy a menudo, de naturaleza tumoral. La frecuencia de la patología tumoral maligna, como factor primitivo de invaginación, aumenta con la edad (ver cuadro 1).

b) La poca frecuencia de estos procesos y lo poco claro del cuadro clínico, a veces bizarro y de evaluación subaguda o crónica, hacen que el diagnóstico preoperatorio sea sumamente raro.

Y así, Hardie nos dice de dos diagnósticos preoperatorios en 15 casos; y en la serie de Cotlar, sólo se hicieron seis diagnósticos preoperatorios en 25 casos: uno porque había tenido ya antes una invaginación, tres por hallar un "boudin" rectal al tacto y dos radiológicos, con imagen típica en el colon por enema.

c) Debido a la dificultad del diagnóstico en tiempo útil, la mortalidad persiste alta; Cotlar (1965) acusa un 11 % de mor-

CUADRO 1

Invaginación intestinal del adulto

Roper (1956):

80 % secundarias $\left\{ \begin{array}{l} 13 \% \text{ causas diversas.} \\ 67 \% \text{ tumores} \end{array} \right. \left\{ \begin{array}{l} 36 \% \text{ malignos.} \\ 31 \% \text{ benignos.} \end{array} \right.$

Por encima de 50 años, los tumores malignos llegan al 70 % por sí solos.

Dick (1961):

15 casos (colónicas) . 100 % secundarias $\left\{ \begin{array}{l} 11 \text{ tumores malignos (10 car., 1 miosarc.).} \\ 4 \text{ tumores benignos (lip, papil., pól).} \end{array} \right.$

Hardie (1961):

15 casos 100 % secundarias 11 tumores malignos.

Cotlar (1961):

27 casos $\left\{ \begin{array}{l} 7 \text{ primitivas.} \\ 20 \text{ secundarias} \end{array} \right. \left\{ \begin{array}{l} 5 \text{ lesión inflamatoria.} \\ 15 \text{ tumores} \end{array} \right. \left\{ \begin{array}{l} 9 \text{ benignos.} \\ 6 \text{ malignos.} \end{array} \right.$

Burmeister (1962):

25 casos 76 % secundarias.

alidad. En 9 de sus 25 casos había ya gangrena intestinal en el acto operatorio.

d) En cuanto *al tratamiento* (ver cuadro 2), dada la frecuencia de la patología tumoral como causa primitiva, se hace hincapié en que, frente a estos procesos, se debe estar dispuesto al intervenir, a tratar ambas cosas, la invaginación y el neoplasma.

CUADRO 2

Esquema de tratamiento

- a) *Salvo groseras lesiones, intentar la desinvaginación.*
- b) *Si se logra la desinvaginación:*
 - Lesiones secundarias graves: Resección.
 - Lesiones primitivas inflamatorias o tumorales benignas: Resección o no.
 - Lesiones primitivas tumorales malignas o sospechosas de tal: Ileocecal o colon derecho: hemicolectomía derecha radical. Colon izquierdo: desde colostomía con hemicolectomía izquierda radical ulterior, hasta hemicolectomía izquierda radical, con anastomosis.
- c) *Si no se logra o no se intenta la desinvaginación:*
 - Resección radical, con criterio de cirugía cancerológica.

En este sentido, es conveniente recordar que muchos de estos pacientes, que no cursan con un cuadro agudo, permiten una preparación previa de 12 ó 24 horas tonificando el estado general, balanceando el metabolismo hidrosalino, practicando limpieza y antibiosis intestinal y antibiosis general.

Enfrentados al proceso, salvo groseras lesiones, se debe intentar la desinvaginación, por expresión retrógrada con toda la mano, y maniobras suaves. Cuando la desinvaginación se logra, puede encontrarse en el intestino afectado lesiones secundarias a la propia invaginación y/o lesiones primitivas.

Las lesiones secundarias pueden ir, desde discreto edema y congestión, o pequeños desgarros serosos que requieren algunos puntos de sutura, hasta gangrena intestinal notoria, que obligará a una resección.

Si el factor primitivo en causa son lesiones inflamatorias, o tumorales benignas, se resecará o no de acuerdo a las circunstancias.

El hallazgo de una lesión tumoral de tipo maligno o sospechosa de tal, ileocecal o de colon derecho, conducirá a una hemicolectomía derecha radical en el mismo acto operatorio, con ileotransversostomía.

Si el tumor fuera de colon izquierdo, de acuerdo a las circunstancias, estado del paciente, y a los distintos criterios quirúrgicos, se optará entre un ano desfuncionalizante, con hemicolectomía izquierda ulterior, hasta una hemicolectomía izquierda sobre la marcha, con restitución o no del tránsito en el mismo acto quirúrgico.

En caso de no ser posible la desinvaginación (cosa bastante frecuente en el adulto), o en caso de que groseras lesiones contraindiquen el intentarla, se deberá proceder a una resección intestinal radical y amplia del sector afectado, con criterio de cirugía cancerológica, dado que tendremos alrededor de cuatro chances en cinco de que dentro de ese "boudin" halla un tumor maligno en causa.

REVISION DE NUESTROS CASOS

Nuestros dos casos fueron invaginaciones ileocecocólicas, con origen en el fondo cecal y con íleon arrastrado por la progresión del proceso. Ambas fueron invaginaciones simples con sólo tres cilindros en su pared.

En una de ellas la progresión fue mediana, quedando en colon a endente. La otra tuvo una progresión larga, hasta el colon descendente.

Clinicamente se presentaron de manera diferente. Una como cuadro agudo de oclusión intestinal, con dolor cólico en F.I.D. La otra como cuadro subagudo en un comienzo pseudoapendicular, que desembocó luego de varios días en un cuadro suboclusivo. En ambas había tumor palpable de topografía colónica: en una en flanco derecho, en la otra en hipocondrio izquierdo.

En una no se hizo diagnóstico preoperatorio, sino que se operó como cuadro agudo oclusivo.

En la otra, la evolución clínica, el hallazgo de un cuadro de tipo suboclusivo, con un tumor en hipocondrio izquierdo de tipo colónico, con reptación de ansas delgadas y con paradójal ausencia semiológica de ciego distendido, condujo al diagnóstico

clínico firme de invaginación, que fue confirmado por el estudio de colon por enema.

En ambos casos la desinvaginación operatoria, por expresión, fue posible sin mayores problemas, y el intestino afectado casi no presentaba lesiones secundarias.

En el primer caso, la invaginación fue posiblemente secundaria a una tiftitis en placa. No habiendo seguridad de la índole anatomopatológica del proceso en el acto operatorio inicial, se procedió prudentemente, no haciéndose resección y sí solamente cecocolopexia. Un segundo acto operatorio, un mes y medio después, confirmó la ausencia de lesión cecal, así como la efectividad de la fijación realizada.

En el segundo caso, se hizo diagnóstico operatorio de pequeño carcinoma cecal como causa de la invaginación y se procedió en consecuencia a una hemicolectomía derecha radical típica. Ulteriormente el examen anatomopatológico de la pieza confirmó el diagnóstico.

Ambos casos evolucionaron bien, confirmando una vez más, la segunda paciente, que la edad avanzada no debe inhibir al cirujano para realizar procedimientos quirúrgicos bien indicados.

RESUMEN

Se presentan dos nuevos casos de invaginación ileocecocólica del adulto.

Se analizan sus caracteres clínicos y se procede a una breve revisión de las premisas que deben guiar el diagnóstico y tratamiento de estos procesos.

RÉSUMÉ

On présente deux nouveaux cas d'invagination ileo-ceco-colique de l'adulte.

On analyse ses caractères cliniques et on procède à une brève revision des premisses qui doivent guider le diagnostic et le traitement de ces procès.

SUMMARY

Two new cases of ileo-cecal invagination in the adult are reported upon.

Following a discussion of their clinical features, a brief survey of keys to diagnosis and treatment is presented.

BIBLIOGRAFIA

1. WELTI, H. Chirurgie du colon. Masson Ed. Paris, 1960.
2. DICK, A. and GREEN, G. J. Large bowel intussusception in adults. *Brit. J. Radiol.*, 34: 769, 1961.
3. BURMEISTER, R. W. Intussusception in the adult. *Am. J. Digest. Dis.*, 7: 360, 1962.
4. HARDIE, G., HERSHEY, CH., NORTHWAY, R. and MAC LEAN, K. Intussusception in adults: a report of 15 cases. *Am. Surg.*, 154 spl., p. 215, 1961.
5. COTLAR, A. and COHN, I. Intussusception in adults. *Am. J. Surg.*, 100: 114, 1961.
6. SANDERS, G. and KINNAIRD, D. Intussusception in the child and the adult; a comparison. *South M. J.*, 52: 920, 1959.
7. DELGADO PEREIRA, B. A propósito de un caso de invaginación sigmoideo rectal procedente a través del ano, ocasionada por carcinoma rectosigmoideo. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, Nº 1-2, 1960.
8. DEAN, O., ELLIS, F. and SAVER, W. Intussusception in adults. *Arch. Surg.*, 73: 6, 1956.
9. ROPER, A. Intussusception in adults. *S. G. O.*, 103: 267, 1956.
10. SANDERS, G., HAGAN, W. and KINNAIRD, D. Invaginación en adultos y carcinoma de colon. *Anales de Cirugía*, 3: 763, 1958.

DISCUSION

Dr. Delgado: Simplemente para recordar un trabajo de la Clínica Quirúrgica "A" que fue presentado y publicado en esta Sociedad de Cirugía hace unos años. Era un enfermo (una enferma mejor dicho) que tenía una invaginación colorrectal, que tenía la particularidad de ser procedente por el ano y la cabeza de la invaginación, era un carcinoma. Esa enferma no tenía cuadro oclusivo ni cuadro urgente. Se hizo el diagnóstico, porque la cabeza de la invaginación se exteriorizaba por el ano y se pudo evidenciar perfectamente. A raíz de esa publicación, nosotros hicimos una revisión del problema y esa observación fue presentada y publicada aquí, en la Sociedad de Cirugía. Nada más.

Dr. Rosa: Como contribución a la casuística, nosotros citaremos dos casos: uno es un enfermo que ingresó en noviembre de 1942, de 40 años, al Hospital Maciel, con la historia de una apendicitis aguda, pero que en el examen se comprobó el signo de Dance positivo, es decir, la fosa ilíaca vacía, signo al que no se le dio el valor que tenía en ese momento. Fue intervenido por el Dr. Rolando. Se trataba de una invaginación ileocecal que evolucionó bien con la simple desinvaginación. Posteriormente se le hizo un examen radiológico de colon que no reveló ninguna lesión. El segundo caso es reciente y es un enfermo de 70 años, operado

por el Dr. Bosch, que fue operado con diagnóstico de oclusión intestinal de delgado y en la intervención encontraron una invaginación ileocecológica, a punto de partida del divertículo de Meckel. Caso extraordinariamente raro en el adulto. Söderlund, autor de un exhaustivo trabajo sobre divertículo de Meckel, con una casuística de más de 400 observaciones, tiene sólo 19 casos de invaginación por divertículo de Meckel, de los cuales ninguna en el adulto, por lo cual esta observación del doctor Bosch es excepcional. No se pudo desinvaginar y tuvo que hacerle una hemicolectomía con resultado favorable.

Dr. Chiara: Creo que es un problema interesante el que han traído los autores, porque me parece que cada uno de los cirujanos que hacemos urgencia, tenemos poca experiencia en la invaginación del adulto. Yo, personalmente, he operado solamente dos enfermos, uno con una invaginación ileoileal por tumor benigno y otro por una invaginación colónica ileocecal que no tenía tumor. Situación muy semejante a la que planteó el doctor en la primera observación. Era una obstrucción crónica intermitente, en el cual el radiólogo informó invaginación ileocólica, pero nosotros, desconfiando del diagnóstico, lo operamos con el criterio de que podía existir un tumor. Efectivamente, hicimos lo que hicieron en la segunda operación: una cecostomía. Abrimos ampliamente el ciego, exploramos la válvula de Bauhin, no encontramos tumor y la dificultad más grande que tuvimos fue qué hacer para que no se produjera la invaginación, confirmado que era una invaginación. No nos pareció prudente fijar el íleo y entonces, como la incisión del ciego había llegado casi hasta la propia válvula, pensamos que el proceso inflamatorio que se iba a desarrollar iba a impedir la invaginación. Este es un enfermo que está operado hace más de seis meses, de 58 años y que no ha tenido otros accidentes. Por lo tanto, yo les agradezco que hayan traído este problema porque me parece muy importante para los cirujanos de urgencia, estar en conocimiento de qué es lo que se debe hacer y cómo se debe plantear la cirugía de estos casos.

Dr. Sierra: Quiero agradecer a todos los que se han ocupado del tema. Con respecto al Dr. Chiara, él plantea una cosa muy interesante, que es lo de la presunta inocuidad de abrir un ciego que termina de estar invaginado y que tiene pared edematosa, que tiene sus vasos ectásicos. Justamente por esa razón fue que en el primer caso se prefirió no abrir el ciego y se dejó, a nuestro parecer prudentemente, para un estudio ulterior y para una reintervención, la solución del problema.

Con el Dr. Vaccarezza estamos de acuerdo que en el niño el problema es completamente distinto, por lo mismo que él dijo, que es el aumento de la patología primitiva con la edad. Ese aumento, que ya se ve en los niños grandes, llega a las cuatro quintas partes en los adultos y más aún en el viejo, donde el 100 %

son secundarias prácticamente. En nuestro primer caso eso se comprobó al mes, cuando se reintervino el paciente; la pepsia había sido muy útil, el ciego estaba totalmente acolado en la fosa ilíaca interna, muy bridado, de modo que daba realmente la impresión de que había quedado fijo allí.

Al Dr. Bolívar Delgado, el caso que él había presentado el año 1962 a la Sociedad de Cirugía, figura en la bibliografía del trabajo entregado. Ahora no lo comentamos porque no quisimos detenernos en otros casos particulares y sí, solamente, hacer un esquema de las premisas que debían regir el tratamiento.

Con respecto a los Dres Folco y Yannicelli, les agradezco mucho su participación. Las llamamos colónicas, Dr. Yannicelli; en realidad, en rigor de la verdad, son invaginaciones ileo-cecocolónicas, pero como en los dos casos se encontró una lesión muy neta en el fondo del ciego y no en la válvula ileocecal, ni en la última asa ileal, fue que preferimos llamarlas colónicas, que nos pareció muy ajustado, aunque por supuesto al invaginarse el ciego, arrastró el ansa delgada dentro del "boudin".

Y al Prof. Bermúdez, nuestro agradecimiento por lo expresado acá y por su inapreciable ayuda en la elaboración de este trabajo.