

OCLUSION INTESITINAL DELGADA POR INVAGINACION ILEO-ILEAL

Dr. José Nande Aramburu

Con la colaboración anatómo-patológica del Dr. Aguiar

J. A. T. S., de 22 años, soltero. Anamnesis familiar y personal s p.

Enfermo de 22 años, sin ningún antecedente de importancia que un mes antes de su ingreso en el Hospital tiene bruscamente dolor de cabeza fronto-temporal izquierda; mareos y después de algunos minutos (15'), pérdida de conocimiento, permaneciendo en coma 7 días. En ese momento P. L. normal. Luego, se comprueba hemiplejía derecha, parálisis facial del tipo central y afasia. En el primer momento, fondo de ojo normal, parece haberse encontrado un edema de papila en el curso de su evolución. Retrocesión rápida de la hemiplejía.

Examen actual: 1) Afasia predominante a la comprensión. 2) Fondo de ojo normal: agudeza visual, parece haber disminuido visión de cerca en ojo izquierdo. 3) Parálisis facial de tipo central. 4) Síntomas piramidales a derecha: reflejos más vivos, alguna disminución de fuerza. Cutáneo abdominal más débiles.

12/X/54. Ha evolucionado muy bien, su afasia ha mejorado casi totalmente. Persiste algún discreto error siempre corregido en la terminación en algunos aspectos.

15/X/54. — Arteriografía carotídea izquierda. Se rellena bien carótida interna y sus ramas. Después de la arteriografía, la afasia se intensifica. No puede decir su nombre ni nombrar la mano. Se hace infiltración de ganglio estelar.

16/X/54. Mejoró de su trastorno post-arteriográfico.

17/X/54. — Se queja de dolor en epigastrio sin irradiaciones, sin vómito, sin fiebre. Se indica paratropina y bolsa de hielo.

19/X/54. — El dolor persiste, siempre de escasa entidad; visto por el cirujano de guardia, lo interpreta como un cuadro médico banal. El tacto rectal es negativo. Sigue apirético, lengua húmeda y limpia.

21/X/54. — Visto por el cirujano de guardia. Apirético, buen estado general, piel y mucosa coloreadas. Pulso 96, regular. Lengua húmeda y saburral, fascies tranquilo. A la palpación: duele región paraumbilical derecha. No duele F.I.D. ni hipocondrio. El hemiventre derecho se resiste a la palpación, pero se deprime algo. Tacto rectal s/p. Constipación de materias y gases. Apirético. Se pide radiografía de abdomen y leucocitosis. Se entuba con sonda de Cantor. El Pte. Deboni, interno de la sala Lavalleja del Instituto de Neurología, insiste en la agravación del cuadro clínico.

22/X/54. — Dr. Nande. **Ex-Clinico:** Enfermo con cuadro agudo de hemiventre derecho, que se inicia el día 18. post-arteriografía cerebral para estudio de síndrome neurológico.

Enfermo apirético, pulso 104. Lengua discretamente saburral, 500 cc. de vómitos porráceos, espontáneos, al retirar la sonda de Cantor. Abdomen móvil a la incursión respiratoria discretamente saliente en la parte inferior derecha; muy poco dolor a la tos. **Palpación.** Tensión uniforme de todo el abdomen pero predominante en F.I.D. en su parte interna, detrás del tercio inferior del recto anterior derecho. **Percusión.** Sonoro pero sensible, más en esta zona descripta. Genitales externos s/p. Tacto rectal. Canal anal, ampolla rectal y Douglas s/p. Se interpreta cuadro peritoneal oclusivo con proceso a derecha en su F.I. Confirma ello la observación de la radiografía que revela una oclusión de delgado con proceso a derecha. Se cree razonable el abordaje quirúrgico inmediato que se realiza a las 12 hs.40". Previa atropomorfinina e intubación gástrica.

22/X/54. — **Operación:** Dr. Nande, Dr. Comas, Pte. Mallada, Anestesia: Dr. Bengoechea.

Anestesiado el enfermo, se palpa el abdomen, confirmando a la palpación una tumefacción alargada de 6 a 7 cms. por 2 cms. (Boudin) detrás del recto derecho zona sub-umbilical.

Cuadro de vientre. Invaginación íleo-ilcal.

Incisión para mediana, sub-umbilical derecha. Se reclina el recto hacia afuera. Abierto el peritoneo, abundante líquido hemático en el mismo. Explorado se observa un asa delgada ileal, necrótica, que es exteriorizada y observada. Responde a una invaginación, íleo-ilcal; meso muy edematoso. Se resuelve resecar el intestino previa aspiración del cabo proximal. Anastomosis látero-lateral a dos planos. Gaster-gut y lino. Cierre del meso, drenaje en cigarro. Cierre por planos, lino en piel.

Se indica: Penicilina 800.000 y Estreptomicina $\frac{1}{2}$ gr. cada 8 hs.

25/X/54. — Se moviliza el drenaje.

26/X/54. — Movilizó el intestino.

28/X/54. — Se retira el drenaje.

- 29/X/54.** Se levanta.
- 30/X/54.** Alta en buenas condiciones.
- 4/XI/54.** Habiendo mejorado de su intervención quirúrgica y recuperado casi totalmente de su afasia y de sus trastornos nerviosos, se resuelve darle el alta. Persiste sólo una discreta afasia nominal.

CONSIDERACIONES

1º) Diagnóstico afirmativo de oclusión intestinal por el examen clínico.

2º) Confirmación del mismo por el estudio de la placa radiográfica.

3º) Etiqueta de causa de oclusión por la palpación de abdomen durante el sueño anestésico (maniobra ésta, clínica de gran valor, como la realización del tacto combinado).

4c) Rareza de la invaginación intestinal a esta edad no encontrando al estudio de la pieza el móvil inicial de la misma.

5º) Que la observación clínica diaria fué de gran valor para llevar a la exploración quirúrgica un cuadro de abdomen agudo que no había sido durante varios días etiquetado.

INVAGINACION INTESTINAL

Pieza de invaginación intestinal de 40 cms. de longitud, reseca con el meso correspondiente. Segmento de intestino delgado por delante de la masa invaginada con la luz dilatada, aproximadamente el doble de la luz del segmento distal.

La masa invaginada mide 22 cms. de longitud por 4 cms. de diámetro.

Es una masa densa, de consistencia elástica. Incindido el cilindro externo (Fotos 1 y 2). Se la observa en toda su extensión, en partes cubiertas por restos de fibrina y con zonas de necrosis.

Todo el cilindro intestinal invaginado presenta fenómenos de necrosis hemorrágica, difusa, parietales, que se hacen muy evidentes en la superficie de sección.

El corte, realizado siguiendo el eje mayor del intestino muestra los dos cilindros constituyentes de la invaginación (Fig. 3).

Se aprecian con mayor nitidez las alteraciones parietales ya descritas, y se reconoce el mesenterio del asa invaginada, con proceso de hemorragia en su espesor, muy tironeada. (Fig. 4).

No se encuentra en la disección ningún elemento anormal, ni en la luz, ni en la pared, ni en el meso.

El estudio histológico sólo muestra las lesiones de necrosis hemorrágica correspondiente, sin otros caracteres.



3 4 5 6 7 8 9 10

Figura 1



1 2 3 4 5 6 7 8 9

Figura



Figura 3



Figura 4