

RESULTADO DE LA APLICACION SISTEMATICA DEL METODO DE LA INTUBACION INTESTINAL EN LA PERITONITIS DEL NIÑO DE 1ª y 2ª INFANCIA

Dr. Folco Rosa

En una serie de 300 intervenciones de urgencia en niños (cuadro 1) hemos tenido 50 peritonitis por apendicitis (cuadro 2). (Trabajo leído en la Sociedad de Pediatría en la Sesión del 3 de noviembre de 1954).

300 OPERACIONES DE URGENCIA (Cuadro 1)

N I Ñ O S

Enero 1947 a junio 1954

Apendicitis agudas	128
Peritonitis por apendicitis	50
Peritonitis por apendicitis localizadas	5
Apendicitis subagudas	12
Adenitis mesentérica	19

Síndrome doloroso de F. I. D.	10
Ileitis terminal	1
Peritonitis aguda de causa no vinculada a la apendicitis	6
Invaginación intestinal	13
Oclusión intestinal por brida	3
Colecistitis aguda	1
Hernias estranguladas	15
Contusiones de abdomen	9
Heridas de abdomen	2
Rotura de uretra posterior	1
Heridas por empalamiento	2
Scalp de pene y hemiescrotó izq.	1
Hematoma del cordón inguinal	1
Torsión de testículo	2
Infarto hemorrágico traumático de testículo y epididimo	
Torsión de hidatide de morgagni	3
Hundimientos de cráneo	11
Fractura expuesta de tibia y fractura de peroné	1
Fractura supracondílea	1
Sección del tendón de aquiles	2

PERITONITIS POR APENDICITIS (Cuadro 2)

Número	50	16.6%
Sexo {	M	31
	F	19

FRECUCENCIA DURANTE LOS MESES DEL AÑO			
Enero	4	Julio	3
Febrero	4	Agosto	2
Marzo	3	Setiembre	—
Abril	5	Octubre	6
Mayo	4	Noviembre	2
Junio	3	Diciembre	9

E D A D			
2 años	1	9 años	5
4 "	3	10 "	3
5 "	5	11 "	6
6 "	7	12 "	7
7 "	1	13 "	4
8 "	4	14 "	3

TIEMPO DE EVOLUCION

12 horas	2	5 días	1
1 día	15	6 "	1
2 "	19	7 "	1
3 "	7	8 "	1
4 "	3	PURGANTE 3	6%

TEMPERATURA

Mx. R	41°	Mn. R	38°	
Diferencial (rectal y axilar) {			de 1°	21
			más de 1° ..	18
			menos de 1°	9

TRATAMIENTO

Apendicectomía y drenaje del Douglas	33	66%
Apendicectomía y drenaje del Douglas y del foco ..	17	34%
Piel abierta en todos.		

COMPLICACIONES

Abscesos del Douglas	5	10%
Douglasitis	5	10%
Eventraciones	3	6%
Fistula cecal	1	2%

M U E R T E

por accidente anestésico	1	2%
--------------------------------	---	----

Creemos que en el momento actual la causa de muerte mas importante en los enfermos operados de peritonitis por apendicitis, es el ileo paralítico.

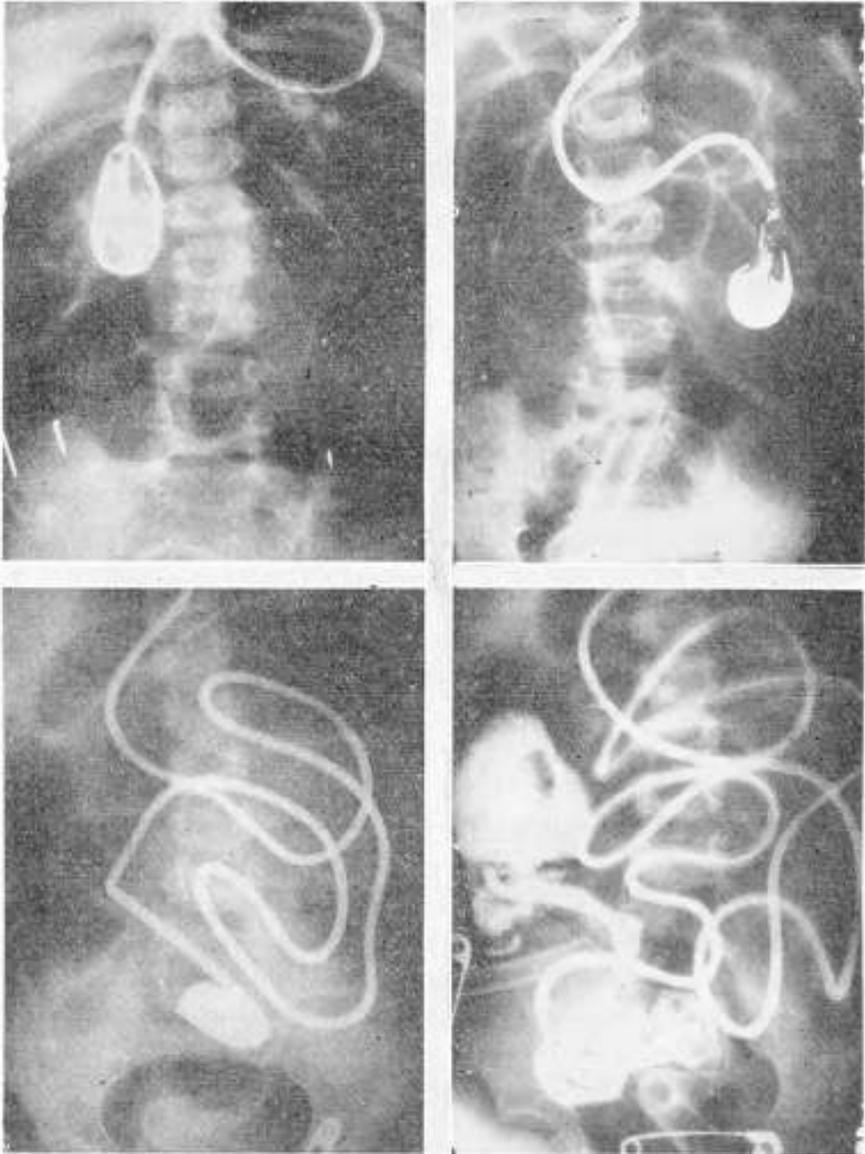
En nuestra serie no hemos tenido ninguno, lo que atribuimos a:

- 1) La intubación previa;
- 2) Equilibrio humoral bien controlado;
- 3) Ausencia de maniobras bruscas durante la intervención.

Todos los enfermos con sospecha de peritonitis fueron intubados previamente, hasta 1949 con sonda Levin, desde fines de 1949 (30 casos) con sonda Cantor (modelo para niños). Los deshidratados fueron intervenidos con plasma o suero gluco-fisiológico intravenoso. No hacemos más que aplicar un concepto ya enunciado por Wangensteen: "La profilaxis de la distensión ulterior se obtiene más fácil que la supresión de la ya existente".

Retiramos la Sonda Cantor cuando el enfermo haya movido el vientre y con el siguiente control radiográfico: se pasan 40 cm. de bario por la sonda y dentro de los 15 minutos siguientes se saca una radiografía, que se repite 24 horas después. Si el bario está en el colon puede retirarse la sonda.

He aquí un ejemplo: niño de 4 años, 8 días de evolución. Rotura de absceso retromesentérico. Radiografías al 2º, 3º, 4º, 5º y 6º días.



Radiografías correspondientes al 2º, 3º, 4º y 5º días.



Rad. correspondiente al 6º día.



DISCUSION:

Sr. COORDINADOR. — Se va a iniciar la discusión.

Dr. RICARDO YANNICELLI. — Estamos de acuerdo que se trata de un tema de una vastedad extraordinaria, complejo, en cualquiera de los capítulos en que se divide.

Quería recordar, nada más que a título de orden práctico algunos casos que se han encontrado de oclusiones intestinales en lactantes por adenitis mesentérica, algunas de ellas supuradas, y otras sin supurar; algunas tratadas con éxito, otras que fallecieron, respondiendo también al principio general de que las intervenciones precoces o relativamente oportunas, pueden resolver adecuadamente las situaciones. En cambio las que se hacen tardíamente, tanto en los recién nacidos como en el lactante, como en el niño mayor o en el adulto, tienen un pronóstico más reservado. Hay una entidad que nosotros la describimos como distensión gaseosa sin verdadero estado oclusivo, es decir, hay deposiciones, pero existe una distensión gaseosa bastante intensa, incluso sin niveles líquidos, que puede terminar, como en un caso presentado por los Dres. Volpe y Soto, con la vida del enfermo. Puede ser una manifestación no bien estudiada todavía de un estado general, pero lo cierto es que hay casos donde los niños se presentan con distensiones abdominales agudas, gaseosas, sin niveles líquidos, sin perturbación absoluta del tránsito intestinal, es de-

cir, llamando la atención clínicamente por sus manifestaciones abdominales, y que incluso pueden ser casos fatales.

La otra entidad que quiero recordar, también desde el punto de vista práctico, son las distensiones gaseosas, y aquí, sí, llegando a veces al ileus paralítico, que se ven en los lactantes afectados de procesos de entero colitis

Los que actuamos en salas de lactantes somos consultados muy a menudo por distensiones abdominales agudas, y muchas veces se encuentran distensiones de tipo gaseoso como el ya señalado en el caso anterior, sin ningún nivel líquido. Al contrario, los chicos estaban con un estado diarreico. Otras veces se trata de verdaderos ileus paralíticos, pero todavía con un tránsito intestinal mantenido, es decir, que se trata de ileus paralítico sin tránsito perturbado completamente. Y en estos casos hay una complicación que tiene una extraordinaria gravedad, que es la perforación intestinal.

He tenido oportunidad de verla, y creo que el Dr. Curbelo también. Lo que complica, lo que agrava, es una peritonitis por perforación.

Creo que especialmente es más "bravo" el capítulo de los ileus paralíticos que el de los mecánicos, porque éste tiene una terapéutica más fácil de conducir.

Otra cosa que recuerdo son los ileus mecánicos post peritonitis, que aparecen tanto en la peritonitis de tipo apendicular, como las que cada vez vemos menos, es decir, las peritonitis de tipo septicémico, las peritonitis neumocócicas, que antes fallecían habitualmente y que ahora han sido dominadas en su sector infeccioso y también en su sector local, y que se han colocado en la condición de hacer también complicaciones post operatorias semejantes a las de las peritonitis apendiculares.

Tenemos dos casos intervenidos hace años, desde luego por síndromes oclusivos mecánicos, por peritonitis neumocócica. La agresividad, que ya se reconoce, de los exudados fibrinosos de origen sobre todo neumocócico, crean un síndrome oclusivo mecánico y tenemos publicado un caso donde hay un síndrome primero paralítico, que a los veintitantos días produce un síndrome oclusivo mecánico, que se cura después por una ileostomía.

Con respecto a la comunicación del Dr. Curbelo Urroz, voy a decir que nosotros hemos presentado también como contribución al Congreso de Cirugía, un caso de atresia de colon que falleció a los tres o cuatro días de intervenido por una complicación pulmonar, comprobada a la autopsia, cuando ya estaba restablecido el tránsito intestinal. Hoy operamos otro con atresia del segmento terminal de íleon.

Quería hacer notar, como ya lo destacara el Dr. Curbelo Urroz, la gravedad que tienen estos casos, y en el caso específico del íleo meconial, para algunos enfermedad fibro quística de los parenquimas, que no hay que pensar, desde luego, que el proceso es puramente del páncreas, y que tiene que ver solamente con el tractodigestivo.

Las complicaciones que muy a menudo aparecen en esos casos, están en otros sectores, y fundamentalmente en el sector pulmonar.

De manera que se explica la dificultad de diagnóstico, y la alta mortalidad que tienen esos enfermos. Además, hablando de atresia y de síndromes congénitos oclusivos, hay que tener en cuenta que tratamos uno y muchas veces ignoramos si no existe otra malformación, entre ellas a veces cardíaca, que terminan en forma inesperada la vida del enfermo en el post-operatorio, cuando no es atribuible a la evolución particular de su proceso abdominal.

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Raúl Del Campo para cerrar la discusión.

Dr. RAUL DEL CAMPO. — Yo no participo mucho de esa idea de que la neumatosis, que es el A B C de la clínica de niños, sea motivo de serias consecuencias. La neumatosis se ve todos los días, en los enfermos que se envían de la clínica médica a las salas de rayos X, por procesos inflamatorios. Es común en todos esos procesos inflamatorios, ver un intestino bastante lleno de gases.

Yo no he visto ileus paralíticos en esos casos. Es cierto que he visto ileus paralíticos en lactantes que han presentado un cuadro que tenía todas las características de una oclusión mecánica. Yo mismo operé, un caso de es tipo porque, después de una observación continuada, seguía la sintomatología acentuándose; constaté al examen que no había nada; era un ileus paralítico puro, y en la necropsia se constató que no había tampoco absolutamente nada.

En lo demás, me parece que estamos todos de acuerdo respecto a las características generales del síndrome, a la gravedad, sobre todo a las estadísticas, que no ponen de manifiesto un resultado eficiente en lo que respecta al síndrome; y sobre todo a la utilidad que prestan los auxiliares de la clínica, sobre todo la radiología.

No es posible, por la clínica, sola, hacer diagnóstico afirmativo de oclusión intestinal, sin tener un examen radiográfico. Y las imágenes que aparecen en el adulto, de niveles líquidos, en el niño se reproducen, exactamente iguales. El valor y el tiempo de aparición del nivel líquido, son cosas ya prácticamente estudiadas.

La radiología, por otro lado, en esos ileus paralíticos, a veces de difícil diagnóstico, confirma el diagnóstico y permite hacer perfectamente el diagnóstico diferencial.

Nada más.