

# CIRUGIA DE LA INVAGINACION INTESTINAL EN EL NIÑO

## Vías de abordaje

Dr. FOLCO ROSA

La incisión abdominal ideal es aquélla que brinda un fácil acceso a la víscera que se desea tratar, buena exposición para realizar el procedimiento quirúrgico, y una vez cerrada, una resistente y adecuada reparación de la pared abdominal.

En los recién nacidos y niños pequeños, se observa con frecuencia que para obtener una exposición adecuada las incisiones deben ser relativamente más largas que en el adulto [Gross y Ferguson (1).]

Por consiguiente, en los niños es particularmente importante prestar una esmerada atención a la elección de la incisión abdominal y efectuar el cierre cuidadosamente, a fin de evitar la evisceración y la eventración. El cierre debe ser, en lo posible, con hilo fino no reabsorbible, con puntos separados en todos los planos, inclusive el peritoneo [Knight y Kuklin (2)].

Una prolija técnica y la selección adecuada de la incisión, son esenciales para reducir al mínimo las complicaciones.

La elección de la incisión depende de dos factores: a) la localización del proceso patológico intraabdominal; y b) la amplitud de la exposición que se estima necesaria para el tratamiento de la lesión.

La localización del proceso patológico ("boudin") en la invaginación, es variable según el tipo de la misma (L. 1).

La incisión dependerá, por tanto, de la situación del "boudin" (L. 2).

Habitualmente realizamos las siguientes incisiones (L. 2). (fig. 2):

- A) Oblicua por disociación (tipo Mac Burney ensanchado) para las localizaciones en hemivientre derecho, epigastrio e hipogastrio.
- B) Transversa para la localización en hipocondrio izquierdo.
- C) Paramediana pararrectal interna derecha para las localizaciones en fosa ilíaca izquierda e indeterminadas.

A) *Incisión oblicua por disociación* (derecha).— Es la más fisiológica; difícilmente eventra; cierra rápidamente.

B) *Incisión transversa* (derecha).— Muy fisiológica, con un mínimo daño a la inervación muscular. Buena exposición; puede prolongarse fácilmente. Baja incidencia de evisceración y eventración, porque los bordes de los rectos tienden a aproximarse. La sutura de la aponeurosis asegura una pared sólida; la reparación no cruza las líneas de máxima tensión abdominal, sino que corre en el mismo sentido que ellas. El llanto, la tos y las arcadas aumentan la tendencia a la aproximación de los bordes de la incisión. Cicatriza más rápidamente que las incisiones verticales. Como pequeño inconveniente: requiere más tiempo para el cierre.

C) *Incisión paramediana pararrectal interna derecha*.— Situada a través de las líneas de máxima tensión abdominal. Las suturas que en ella se practican están sujetas a una tensión mayor que en las transversas o por disociación. Buena exposición y fácil de realizar. Puede prolongarse. Preferimos las pararrectales a las transversas, por ser más fisiológicas, no desvitalizan los músculos, ni injurian nervios; tienen más seguridad en el cierre de la pared, y más protección a la integridad del cierre del peritoneo. En los lactantes es preferible la paramediana interna porque las distancias entre los nervios que van a los rectos son tan cortos que para obtener una exposición adecuada se seccionan muchos nervios, lo que puede traer aparejada una eventración [Gross (3)].

Para terminar, diremos que nunca usamos incisiones medianas en los lactantes, porque los factores que hacen de ellas inci-

siones fáciles, escasa irrigación sanguínea y fusión de las capas de la vaina del recto en una sola en la línea blanca, contribuyen a una deficiente cicatrización y a una debilidad postoperatoria.

### BIBLIOGRAFIA

- KNIGHT, Ch. D. and KIRKLIN, J. W.—Abdominal incisions in infants. "Mayo Clinic", XLIV: 695-701; 1952.
- GROSS, R. E. y FERGUSON, C. C.—Incisiones abdominales en niños de primera y segunda infancia. Un estudio de la evisceración. "Anales de Cirugía", 12-3: 415-423; 1953.
- GROSS, R. E.—"The Surgery of Infancy and Childhood", 1953.