

## INVAGINACION INTESTINAL \*

Dres. CARLOS A. BORTAGARAY  
y ALFREDO S. SANTOS

Queremos contribuir al completo relato del profesor Yannicelli con esta modesta contribución que es la experiencia de nuestro turno de guardia del Hospital Salto, durante 14 años. Son solamente nueve observaciones, lo que ya es un hecho a señalar, la poca frecuencia de la invaginación intestinal en nuestro medio. La última observación fue intervenida hace dos años. Consultado el Dr. Invernizzi y la Dra. Belzarena, que tienen a su cargo el servicio de pediatría del Hospital Salto, tienen la misma impresión.

Las edades de nuestros enfermos han oscilado entre 3 y 11 meses y un niño de dos años y otro de tres años. Hemos practicado enema opaco en ocho oportunidades, habiendo conseguido la reducción una sola vez. En las demás, el enema opaco ha servido para confirmar el diagnóstico de la invaginación, observándose las imágenes radiológicas típicas.

Las horas de iniciación han oscilado desde una a veinticuatro horas, no pudiéndose precisar en una oportunidad.

De las nueve observaciones, han fallecido dos. Una iniciada a las 24 horas, y otra a las 12 horas. La observación N<sup>o</sup> 4, fue intervenida a las 20 horas de la iniciación; se redujo con facilidad y se le hizo apendicectomía, por apéndice edematoso y hemorrágico. A los cinco meses de la intervención, tiene un nuevo cuadro doloroso abdominal pensando en la posibilidad de invaginación se le hace un enema opaco, que demuestra una imagen lacunar en el ángulo esplénico del colon fue intervenido nuevamente desinvaginándose con facilidad.

\* Trabajo de la Guardia "A" del Hospital Salto.

La observación N<sup>o</sup> 7, era un niño de 2 años, con un cuadro típico de invaginación intestinal iniciado hacía 6 horas, que se redujo aparentemente con el enema baritado. Después de un período de acalmia continuó con dolores a tipo de cólico y balonamiento de vientre, por lo que se le intervino comprobándose una invaginación íleoileal que se reduce sin dificultad.

*Preparación preoperatoria.*—Tomamos las medidas esenciales para obtener un buen equilibrio humoral, hidratación, plasmó y hemoterapia, etc.

*Anestesia.*—Utilizamos el éter, ya sea con la careta de Ombrédanne o gota a gota. No utilizamos otro tipo de anestesia por no contar en la actualidad con el anestésista especializado.

*Incisión.*—Siguiendo a Fèvre, hemos utilizado en cuatro oportunidades la mediana supraumbilical; en las demás hemos efectuado la paramediana transversal derecha, que permite visualidad del ángulo íleocecal y comprobar el éxito de la desinvaginación. En la observación N<sup>o</sup> 8, la desinvaginación fue fácil, hasta llegar a la válvula íleocecal, en donde hubo que seccionar un repliegue de la pared cecal, para conseguir la reducción. Se hizo la sutura del ciego en dos planos, curando el enfermo sin incidentes. Las maniobras deben ser muy suaves, evitando todo traumatismo innecesario, y sobre todo, la evisceración.

*Apendicectomía.*—La hemos realizado solamente en tres oportunidades, por apéndices muy congestivos, tensos o hemorrágicos. La fijación del ciego nunca la hemos realizado. El cierre de la pared lo efectuamos por planos, con hilo de algodón. No hemos tenido ninguna evisceración postoperatoria.

*Postoperatorio.*—Hidratación, plasmó y hemoterapia si es necesario, extracto de hígado, oxígeno terapia, etc.

## CONCLUSIONES

Reproducimos aquí las conclusiones de nuestro trabajo sobre invaginación intestinal, presentado al tercer Congreso de la Asociación Médica del Litoral Norte Uruguayo (1946).

Se debe hacer un diagnóstico precoz en la invaginación intestinal, mismo antes de la aparición de las flemas sanguinolentas por el ano.

Se debe examinar y observar muy minuciosamente a todo niño que tenga dolores abdominales sin una causa justificada; en la mínima duda practicar un enema baritado como diagnóstico. Si con el enema no se consigue la desinvaginación, y ante la más pequeña sospecha, se debe recurrir al tratamiento operatorio, el que debe ser precoz, con el mínimo de traumatismo y evitando la evisceración.

El postoperatorio tiene que ser vigilado con atención, evitando la aparición de cualquier complicación y, sobre todo, la aparición del síndrome de palidez e hipertermia.