

Invaginación intestinal: clasificación, diagnóstico y tratamiento

Intestinal invagination: Classification, Diagnosis and Treatment

Dr. Lázaro Quevedo Guanche^I

^I Dr. en Ciencias Médicas. Profesor Auxiliar de Cirugía, I.S.C.M.-H. Especialista de II Grado en Cirugía General. Hospital Clínicoquirúrgico Docente «Hermanos Ameijeiras». Miembro del Grupo Nacional de Cirugía del MINSAP.

1. Clasificación

1.1. Según el número de segmentos de intestino invaginados.

1.1.1. Simple: Integrada por 3 cilindros.

1.1.2. Doble: Integrada por 5 cilindros.

1.1.3. Triple: Integrada por 7 cilindros.

1.2. Según su localización.

1.2.1. Del intestino delgado (puras):

1.2.1.1. Yeyuno-yeyunal

1.2.1.2. Yeyuno-ileal

1.2.1.3. Íleo-ileal.

1.2.2. Del intestino grueso (puras):

1.2.2.1. Apendicocecal.

1.2.2.2. Cecocólicas.

1.2.2.3. Colocólicas.

1.2.3. Mixtas, las más frecuentes:

1.2.3.1. Íleo-cólicas: en colon ascendente, sin participación del ciego y el apéndice.

1.2.3.2. Íleo-cecal o Íleo-cecocólica: en el colon ascendente, con participación del ciego y el apéndice.

1.3. Según la causa:

1.3.1. Idiopáticas.

1.3.2. Secundarias a tumor, divertículo de Meckel, etc.

1.4. Según la edad o «terreno»

1.4.1. Niños menores de 2 años (lactantes)

1.4.2. Niños mayores de 2 años (2da Infancia).

1.4.3. En adultos.

1.5. Según su reductibilidad.

1.5.1. Reducibles.

1.5.2. Irreducibles,

1.6. Según su evolución.

1.6.1. Aguda.

1.6.2. Subaguda.

1.6.3 Crónica.

2. Diagnóstico

2.1. Forma aguda en el lactante.

Ocurre habitualmente en un niño eutrófico. Se presenta más frecuentemente entre los 3 meses y los 2 años de edad, aunque puede aparecer en niños de mayor edad.

2.1.1. Síntomas y signos.

2.1.1.1. Cólicos intestinales muy dolorosos.

2.1.1.2. Vómitos.

2.1.1.3. Enterorragia.

2.1.1.4. A la palpación abdominal se encuentra una masa en forma de morcilla y, con frecuencia, la fosa iliaca derecha vacía.

2.1.1.5. Al tacto rectal, el dedo enguantado sale manchado de sangre y, en ocasiones, se palpa la cabeza de la invaginación.

2.1.2. Exámenes de diagnóstico:

2.1.2.1. Imagenológicos :

- Rx simple de tórax y abdomen (3 vistas).

- Ultrasonido del abdomen.

- TAC de abdomen. (En el que se puede visualizar, en el caso de una invaginación intestinal aguda en un adulto, un tumor intestinal pequeño).

- Colon por enema, con bario y bajo control fluoroscópico, con la finalidad de confirmar el diagnóstico y precisar la localización de la cabeza de la invaginación.

- Se debe realizar a poca presión, con lo que puede observarse, en las de poco tiempo de evolución, la reducción progresiva de la cabeza de la invaginación hasta su total desaparición, en algunas ocasiones.

2.2. En la 2da infancia puede verse:

2.2.1. La forma aguda igual a la del lactante (entre los 2 y 4 años de edad)

2.2.2. La forma Subaguda:

2.2.2.1. Simula frecuentemente una crisis apendicular.

2.2.2.2. Dolor en lado derecho del abdomen en forma intermitente (Tipo cólico).

2.2.2.3. Vómitos.

2.2.2.4. Constipación o diarrea (Puede ser hemorrágica).

2.2.2.5. Pulso acelerado.

2.2.2.6. Temperatura normal.

2.2.2.7. Palpación de abdomen: A menudo se palpa la invaginación en el cuadrante superior derecho.

2.2.2.8. Al efectuar el tacto rectal, rara vez el dedo enguantado se mancha de sangre.

2.2.2.9. El examen radiográfico es de gran valor, tanto la radiografía simple del abdomen, como el colon por enema baritado, con control fluoroscópico.

2.2.2.10 Ultrasonido del abdomen.

2.2.2.11. TAC del abdomen.

2.2.3. La forma crónica simula una peritonitis tuberculosa y provoca: adelgazamiento, palidez y dolores abdominales, a veces durante varias semanas, acompañados con crisis diarreicas y balonamiento del vientre.

2.2.3.1. La prueba de Mantoux arroja resultados negativos.

2.2.3.2. Los exámenes radiográficos y fluoroscópicos son de gran valor, al igual que el ultrasonido y TAC del abdomen.

Las formas subaguda y crónica evolucionan, frecuentemente, hacia la oclusión intestinal, que puede sobrevenir de manera brusca.

2.3. Invaginación del adulto

Se manifiesta como las formas subaguda o crónica (como en la 2da infancia) y, al igual que en ella, presenta una causa evidente (divertículo o tumoraciones) y una evolución hacia la oclusión completa, la perforación y la peritonitis. (Ver en el presente manual).

Los exámenes fluoroscópicos y radiográficos son de gran valor.

3. Tratamiento

3.1. No quirúrgico.

Puede utilizarse en las invaginaciones agudas del lactante con menos de 3 horas de evolución, cuando se logra la desinvaginación total, durante el colon por enema bajo pantalla fluoroscópica, realizado con fines diagnósticos.

3.2. Quirúrgico. Aplicable a todos los pacientes niños y adultos.

3.2.1. Preoperatorio. (Ver el tema de Oclusión Intestinal en este manual).

3.2.2. Detalles de técnica:

3.2.2.1. Incisión paramedia derecha supra e infraumbilical.

a. Localización de la invaginación y reducción de ella por ordeñamiento, sobre la cabeza de la propia invaginación.

Esta maniobra se realizará con suavidad y nunca se hará tracción del segmento invaginado.

b. Se buscará la causa originaria de la invaginación.

c. Se practicará apendicetomía solo cuando sea imprescindible y de acuerdo con el aspecto del apéndice.

d. En el lactante se recomienda la íleo-colopexia o íleo-cecopexia, como complemento de la reducción de la invaginación.

3.2.2.2. Resección intestinal I: se practicará en las circunstancias siguientes:

a. Cuando la invaginación es irreductible, incluso después de seccionar el anillo o el cuello de la invaginación.

b. Cuando el intestino no es viable.

c. Cuando la causa de la invaginación es por un tumor o divertículo. En el lactante, antes de realizar la resección, se tratará de reducir la invaginación lo más posible, con la finalidad de que la resección sea lo más pequeña que se pueda.

d. En la 2ª infancia y en el adulto, la resección estará adecuada a la causa que motivó la invaginación.

e. Terminada la resección, se restablecerá la continuidad intestinal por anastomosis termino-terminal en 1 o 2 planos.