

Invaginaciones en adultos⁽¹⁾

por

J. M. Madinaveitia, J. Martínez Arvial y J. M. Milicua

(del Instituto Madinaveitia)

Ya en el tomo VI de los *Anales del Instituto Madinaveitia* de 1931 relatábamos dos casos de invaginación cecal y uno de invaginación ileocecal. Los dos primeros acaecidos en adultos y seguidos de operación, mientras el tercero era un niño de nueve años, curado con simple irrigación ante la pantalla radiológica y tratamiento médico ulterior.

A partir de entonces venimos siguiendo con mayor cuidado tema de tan gran interés como este, que tan dada es la gente en pensar que sólo pudiera acaecer en niños, cosa de interés tenerla siempre presente, para no cometer la falta tan frecuente de diagnosticar apendicitis y contentarse con extirpar un apéndice, que no es el causante de la dolencia.

Ya que tocamos este punto, queremos ante ustedes descargar nuestra conciencia, diciéndoles que acostumbramos a quitar también el apéndice una vez extirpadas las bridas causantes de la invaginación, y del dolor, no por pensar que pudiera ser beneficioso para el enfermo, sino por el temor a que ulteriormente pudieran echarnos en cara nuestra falta de técnica al no haberlo extirpado, tanto el propio enfermo, como algún otro compañero. Además, no juzgamos agrave la extirpación en nada el acto operatorio, y por lo tanto, confiamos al hacer apendicectomía, con dar gusto al paciente y llevar a su ánimo una idea más completa de haber obtenido su curación,

que al decirle sencillamente que le habíamos extirpado tan sólo las adherencias.

Es tan frecuente la invaginación en el adulto por simples adherencias, que nosotros hemos palpado numerosas veces, durante un dolor, la masa del intestino invaginado, que desaparece sin dejar rastro alguno, una vez que ha pasado el dolor. La palpación es completamente peculiar, y basta pensar en ello, para poder hacer el diagnóstico en la mayoría de los casos. No queremos, sin embargo, aportar estos enfermos como de invaginación intestinal, ya que carecemos de datos operatorios o necrópsicos que pudieran confirmar nuestro diagnóstico, y se nos pudiera oponer la idea de una simple contracción violenta, o tumoración que se nos pasara desapercibida.

Además, nuestra idea con esta modesta aportación, es tan sólo recordar una vez más la frecuencia de la invaginación en el adulto, como lo ha hecho muy atinadamente nuestro compañero J. SOLER Y JULIÁ en la "Revista Médica", de Barcelona (diciembre de 1932).

No vamos, por lo tanto, a recordar a ustedes una vez más la sintomatología de la invaginación, ya que seguramente la conocen mejor que nosotros, por lo bien descrita que aparece en todos los tratados. Sin embargo, la mayoría de las descripciones

(1) Comunicación al II Congreso Nacional de Patología digestiva. Barcelona, Diciembre 1935.

van basadas en el período final, y no en los primeros, que son los más interesantes para el médico práctico, que necesita llegar con rapidez y exactitud al diagnóstico preciso para poder sentar pronto la indicación necesaria. Es, pues, menester recordar bien que un dolor rápido, fugaz, que desaparece sin dejar rastro alguno, pudo muy bien ser una invaginación fácilmente desinvaginable. Y por lo tanto, tendremos que palpar al enfermo en el momento del dolor para poder hacer el diagnóstico, ya que de lo contrario no podremos llegar nunca a hacer un diagnóstico certero por los demás métodos, diferenciándolo de un simple espasmo intestinal. Pero la palpación en el momento del dolor es tan característica, que con sólo pensar en ello, podemos hacer un diagnóstico bastante correcto y disponer la inyección de morfina, etc., que tanto terror causa a la mayoría de los compañeros por temor a que pueda enmascarar la enfermedad; cosa que nunca hemos temido.

Quisiéramos detenernos un momento, no para comentar las numerosas indicaciones, que los diversos autores aconsejan, pues no juzgamos este lugar para ello, dado lo exiguo del tiempo, pero sí les indicaremos la pauta que nosotros utilizamos.

Si la invaginación es en primer ataque, lleva pocas horas, y no existen deposiciones sanguinolentas o mucosas, intentamos desinvaginarlo con opiáceos, malaxaciones muy suaves, y si nos es dable, por medio de un enema puesto ante la pantalla opaca. A continuación hacemos un estudio detallado del ciego en estos enfermos para ver de confirmar las adherencias que casi siempre son las causantes de la invaginación o del tumor cecal que pudiera causarla. Además, estudiaremos sus heces, quimismo gástrico y sangre, para instaurar el tratamiento médico.

En todos los casos de repetición frecuen-

te, que pudiéramos llamar benignos, por ser de corta duración y repetirse con frecuencia, también instauramos tratamiento médico, juzgando siempre que la cura solar es la que mayor efecto curativo tiene para estas adherencias intestinales, no por hacerlas desaparecer, como algunos pretenden, pero sí por relajarlas lo suficiente, para que no provoquen nuevas invaginaciones.

De no ceder al tratamiento médico, aconsejamos siempre la operación, así como cuando se trata de un caso agudo, con deposiciones mucosas, que antes no presentaba el paciente, deposiciones sanguinolentas, o cuando por lo prolongado de la invaginación tenemos una gangrena de la parte invaginada, y cuando se trata de tumores del intestino.

¿Cómo intervenir en estos casos? Nosotros somos siempre partidarios de la anestesia local, infiltrando las cercanías de la línea operatoria (superficial y profunda) con una solución, lo más diluída posible (de ordinario empleamos la "Tutocaína de Mayer" al 0,5 por ciento en solución esterilizada, conservada en ampollas la menor cantidad posible de días). Ponemos una inyección de morfina (dos centigramos), un par de horas antes de intervenir, con el fin de relajar cuanto podamos el paciente. En esta forma empleamos la menor cantidad posible de anestésico, que tan perjudicial es para los enfermos, como hemos podido demostrar en numerosas ocasiones.

Respecto a las líneas de incisión, creo preferible no indicar alguna, pues tenemos como norma el adoptar siempre las diversas técnicas seleccionando la que juzguemos más adecuada al caso, sin ir sistemáticamente por el mismo camino, ya que cada enfermo presenta problemas diferentes.

Una vez dentro del abdomen, deshacemos la invaginación (si se trata de caso

agudo), vemos si recupera su riego bien, el asa invaginada, y de ser así evitamos la extirpación, si no tiene tumoración alguna, por juzgar siempre que debemos dañarlo lo menos posible el enfermo. Si existen adherencias las liberamos y estudiamos las condiciones en que queda el asa invaginada, pues en algunas ocasiones, después de extirpadas las adherencias vemos que es menester fijar una parte del asa para poder evitar las ulteriores invaginaciones. Y siguiendo la técnica de no dejar drenaje, para evitar las fistulas ulteriores, cerramos el vientre.

Aportaremos el último caso por nosotros operado, que no sólo presenta una invaginación temporal, pudiéramos decir, ya que desaparece en ocasiones, sino que además tiene como anomalía el ciego descendente, colocado junto al borde inferior del hígado:

Núm. 8493. J. C. P. 63 años. Maestro de obras.

Hace 8 años pasó uno con ardores y vómitos acuosos que calmó con alcalinos. Eran a las 2 horas de haber comido.

Hace año y medio, peso gástrico a las 3 horas de haber comido, con sensación de inflazón, y ruido de tripas a la derecha del ombligo.

Se palpa en algunos reconocimientos masa dolorosa bajo reborde hepático.

Clorhidrido libre = 1,9 por mil. Acidez total = 2,9 por mil.

Rayos X: Estómago normal. El duodeno remansa bario en el bulbo. Tránsito normal, viéndose el ciego bajo reborde costal, descendiendo luego el colon ascendente, para volver a ascender y formar la flexura hepática junto al ciego. Colon transversal normal. Hecho un enema opaco vemos el colon de calibre y aspecto normal, volviendo a contemplar la imagen en U del colon ascendente, con el ciego fijo.

Helioterapia, alcalinos.

Al cabo de un mes con iguales molestias, perdurando el dolor a la palpación en el ciego.

Intervención: Tutocaína 0,5 % 80 c. c. Incisión pararectal derecha. Adherencias del ciego a flexura hepática, e hígado, invaginándose el ciego con parte del íleon en el colon

ascendente fácilmente. Extirpamos las adherencias, viendo queda muy libre el ciego. Extirpamos el apéndice, que era atrófico y tenía dos sitios estrangulados por adherencias. Cierre del peritoneo con catgut, los otros planos, con alambre inoxidable fino, y agrafes.

Dos meses más tarde, habiendo hecho intensa helioterapia, está mejor y no se palpa masa en el sitio de la invaginación.

RESUM

Els autors aporten el darrer cas intervingut per ells i fan un comentari sobre la freqüència de les invaginacions en els adults. Adverteixen que cal pensar-hi per no contentar-se com algun cop succeeix amb extirpar un apèndix que no és pas el causant de la dolència. Cal recordar que és símptoma essencial la presència d'un dolor ràpid que desapareix sobtadament sense deixar rastre, i la palpació en el moment dol dolor, bastant això per fer un diagnòstic exacte. Indiquen la conveniència d'un tractament mèdic i en cas de no donar resultat, la intervenció amb anestèsia local; deslliurament de adherències, desfer la invaginació i fixació de l'ansa intestinal.

RÉSUMÉ

Les auteurs décrivent le dernier cas qu'ils ont opéré et il nous font remarquer la fréquence avec laquelle on trouve ces invaginations dans les adultes. Ils disent qu'il faut toujours penser à la possibilité d'une invagination pour éviter l'extirpation d'un appendix sain. Le symptôme essentiel est une douleur rapide qui disparaît sans laisser aucune trace; avec la présence de ce symptôme et en palpant l'abdomen au moment des douleurs, on a assez pour arriver à faire un diagnostic exact. Le traitement médical est indiqué, mais dans le cas où il ne donne pas les résultats souhaités, il faut opérer avec anesthésie locale pour dégager les adhérences, défaire l'invagination et fixer l'anse intestinale.

SUMMARY

The authors describe the latest case operated on by them and point out the frequency of these invaginations in adults. They state that the possibility of an invagination should always be thought of in order to avoid the needless extirpation of an appendix which is not diseased. The essential symptom is a rapid pain which disappears suddenly leaving no trace. The presence of this symptom and the palpation of the abdomen during the period of pain is all that is necessary in order to make a correct diagnosis. Medical treatment is convenient but should it not give the desired results an operation under local anaesthesia is required in order to free the adherences and the invagination and to fix the intestinal loop.