

## "Análisis de 22 casos de Intususcepciones"

Trabajo presentado por el Dr. Antonio M. Facio C. para sustentar una plaza de Asistente en la Sección de Cirugía del Hospital San Juan de Dios (luego de cumplir el año reglamentario de Asistentes en la Sección de Medicina

(Diciembre de 1947).

Este estudio tiene por objeto analizar 22 casos de intususcepción en niños que se han presentado en el Hospital San Juan de Dios en un periodo de 5 años, de Marzo de 1942 a Marzo de 1947.

El propósito principal es determinar, hasta donde sea posible, la causa de la mortalidad tan alta, ocurrida en nuestros servicios. Comparando estadísticas vemos que en el Cook County Children's Hospital de Chicago han reducido la mortalidad del 53.8% en el periodo de 1925-31 al 13.2% en el periodo de 1939-45. Nosotros en el periodo de 1942-45 tenemos una mortalidad de 45.4% lo que considero sorprendentemente alta si se tomen en cuenta las facilidades clínicas y técnicas con que se dispone en nuestro Hospital en la actualidad. Es esta gran diferencia lo que me ha inducido a hacer este análisis, que si bien se basa en reducido número de casos, puede que nos dé alguna luz sobre este importante problema.

### *Etiología*

Al determinar la etiología de la intususcepción causa impresión la ausencia de factores demostrables. Ladd y Gross no encontraron ninguna causa en el 95% de sus pacientes y Oberhelman y Condon en el 82.1%. En las cartulinas estudiadas no se encontró ninguna causa en 12 pacientes. En 6 casos se encontraron parásitos intestinales de diversas clases, los más comunes siendo ascárides y anquilostomas, generalmente asociados. En 2 se cita una apendicitis como causa. En un paciente un divertículo de Meckel y en otro una brida de la región ileocecal. De los diez pacientes que murieron, solamente en cuatro se encontró causa de invaginación, de modo que puede considerarse el factor etiológico demostrable como de poca importancia en cuanto a la mortalidad se refiere.

### *Edad*

La edad del paciente tiene importancia en determinar la mortalidad como se puede apreciar estudiando la tabla N° 1.

TABLA N<sup>o</sup> 1.  
EDAD Y MORTALIDAD

Edad	Sexo		N <sup>o</sup> de casos	Muertos	Porcentaje de mortalidad
	Masc.	Femenino			
0 - 3 años	7	4	11	6	54.5
3 - 13 años	5	6	11	4	36.5
TOTALES	12	10	22	10	45.4

En esta serie hay una mortalidad de 54.5% en los casos de invaginación que ocurren en los 3 primeros años y de 36.5% en los que se presentan de los 3 a los 13 años. Hubiera sido más significativo dividir estos dos grandes grupos en más grupos de edades, pero la falta de material hace esto poco práctico por cuanto hubieran quedado algunos grupos sin ningún caso.

Sin embargo se puede llegar a la conclusión de que la mortalidad es más alta en los grupos menores de edad. Conclusiones similares a éste se han obtenido en el Cook County Hospital en un análisis de noventa y cinco casos.

#### Sexo

....

El sexo no altera aparentemente la mortalidad en los casos de invaginación intestinal. Entre los hombres la mortalidad fué de 50 por ciento y entre las mujeres del 40 por ciento. (Tabla N<sup>o</sup> 2).

TABLA N<sup>o</sup> 2.  
SEXO Y MORTALIDAD.

Sexo	N <sup>o</sup> de Casos	Muertos	Porcent. mortalidad
Masculino ... ..	12	6	50
Femenino ... ..	10	4	40

Esta pequeña diferencia se debe sin duda alguna a que mayor número de hombres que de mujeres se encuentran en el grupo de 0 - 3 años donde la mortalidad es más alta, como se demostró en los párrafos anteriores.

#### Tipo de Intususcepción

Los tipos de intususcepción están anotados en las cartulinas en la forma que se puede apreciar en la tabla N<sup>o</sup> 3.

TABLA N° 3.  
TIPOS DE INTUSUSCEPCION

Tipo	N° de casos	Muertos	Porcentaje de mortalidad
Ileocólico... ..	9	4	44.4
Ileocecal... ..	7	3	43
Ileo-ilcal... ..	3	1	33
Colo-cólica... ..	1	0	—
No específica... ..	2	2	100

En los dos grupos en que se presentaron la mayoría de los casos es decir, en los grupos ileocólicos e ileocecal, la mortalidad es casi igual. Los otros grupos contienen tan pocos casos que esto resta importancia para sacar ninguna conclusión.

*Duración de Síntomas*

El factor más importante en determinar la mortalidad es sin duda alguna la duración de los síntomas. (Tabla N° 4).

TABLA N° 4.  
DURACION DE LOS SINTOMAS

Edad	Tiempo Duración síntom.	Intervención	Muerto
3 años	20 horas	Desenvaginación	no
7 meses	1 día	"	no
6 meses	1 día	"	no
3 años	1 día	" y resec.	no
4 meses	1 día	"	no
2 años	1 día	" y resec.	no
4 meses	3 días	"	sí
6 meses	3 días	"	no
6 años	3 días	"	no
7 meses	5 días	Resección	sí
3 años	9 días	no hubo	sí
22 días	10 días	no hubo	sí
6 años	10 días	Desenvaginación y Resec.	sí
13 años	10 días	" y resec.	no
5 años	11 días	Desenvaginación	no
11 años	11 días	no hubo	sí
6 años	10 días	Desenvaginación	no
10 años	30 días	"	sí
4 meses	?	no hubo	sí
5 meses	?	Resección	sí
11 meses	?	Resec. divert. Meckel	sí
12 años	?	Desenvaginación	no

De los 9 casos que se presentaron con síntomas de 3 días o menos sólo uno murió, o sea una mortalidad de 11.1%.

Luego tenemos también 9 casos con duración de síntomas de 4 a 30 días, como se puede apreciar de la tabla N° 4. En este grupo hay 6 muertos lo que hace una mortalidad de 66.6%.

En cuatro cartulinas no se especifica la duración de los síntomas. El promedio de duración de síntomas de los pacientes que vivieron fué de 4.4 días y de los que murieron de 11.5 días.

Refiriéndonos de nuevo a la estadística del Cook County Children's Hospital vemos que la nuestra se compara muy favorablemente, puesto que ellos tienen una mortalidad de 14.6% en los pacientes que se presentaron del 1° al 3° día y de 55.8% en los que se presentan de 4 a más días después de la iniciación de los síntomas. La mortalidad total de 45.4% en el Hospital San Juan de Dios se debe sin duda alguna a la tardanza con que nos llegan gran parte de los casos, ya que este Hospital no solamente sirve a San José sino a casi todo el país, donde en muchos lugares no existe una asistencia médica adecuada que pueda indicar a los padres la gravedad de los síntomas de los niños. A esto hay que agregar las dificultades en los medios de transporte, en ciertos lugares, todo lo cual contribuye a retardar la iniciación de tratamiento adecuado. La mortalidad total de 19.1% obtenida en el Cook County Children's Hospital comparada con la Nuestra se debe en gran parte a que 82 de sus casos se presentaron en los 3 primeros días y solamente 15 del 4° día en adelante.

#### Síntomas

La evaluación de los síntomas se dificulta un poco porque algunas de las cartulinas no tienen historia clínica completa (Tabla N° 5).

Dolor es el síntoma que aparece más frecuentemente. Cualquier dolor intermitente que aparece en un niño que ha estado sano es muy indicativo de intususcepción.

TABLA N° 5.

Síntomas	Presente	Ausente	No se menciona
Vómito . . . . .	11	1	7
Dolor . . . . .	15	1	6
Deposiciones sanguinolentas	14	1	7
Tumoración palpable . . . . .	9	6	7
Signos de Obstrucción. . . . .	11	9	2

El vómito aparece generalmente asociado con el dolor. Puede aparecer inicialmente y luego suspenderse por uno ó dos días, esto siendo en ocasiones causa de que erre el diagnóstico y por consiguiente de que se retrase la intervención.

Las deposiciones sanguinolentas en esta serie se citan tan frecuentemente como el vómito. Aparece generalmente temprano. Wangensteen sostiene que las intususcepciones colo-cólicas siempre tienen deposiciones sanguinolentas, mientras que las cólicas pueden no tenerlas.

La tumoración se menciona en 15 cartulinas, en 9 como palpable y en 6 como no palpable. Se describe en la mayoría de los casos como una tumoración dura y alargada y situada en el lado derecho del abdomen. Solamente en un caso se menciona al ser palpada por medio del tacto rectal.

Los signos de obstrucción intestinal aparecen solamente en 11 casos. En 9 casos no aparecen y en 2 no se mencionan. Esto pone énfasis sobre el hecho de que no es necesario que haya signos de obstrucción intestinal para hacer el diagnóstico de intususcepción, sobre todo si se ve el paciente al iniciarse los síntomas.

#### *Diagnóstico*

El diagnóstico correcto de intususcepción se hizo en 20 de los 22 casos. En 2 se le hizo el diagnóstico post-mortum. El diagnóstico de intususcepción debe establecerse clínicamente en cualquier niño que presente ataques intermitentes de dolor abdominal, asociado con vómitos, deposiciones sanguinolentas y tumoración abdominal palpable. El enema opaco debe considerarse como método auxiliar para confirmar el diagnóstico.

#### *Tratamiento*

El tratamiento pre-operatorio ha consistido en restablecer el balance electrolítico y contrarrestar la deshidratación con que se presentan estos pacientes. La mayor parte de los casos han recibido sangre antes o durante la operación. En los casos que se presentan con mucha distensión se ha aplicado la succión gástrica continua por medio del aparato de Wangensteen.

En cuanto a procedimientos quirúrgicos la incisión que más frecuentemente se ha empleado es la transversal derecha. Se practicó solamente desinvaginación en 11 casos con una mortalidad de 18.2%. Desinvaginación y resección solamente resección en 8 casos, con una mortalidad de 62.2%. Tres casos no se intervinieron y en éstos se obtuvo una mortalidad de 100%.

---

El tratamiento post-operatorio ha consistido en una prolongación del tratamiento pre-operatorio, es decir, administración de suero glucosado, fisiológico, sangre y succión gástrica para evitar la distensión. Alimentación por vía oral en forma de líquidos se le empieza a dar a los pacientes tan pronto como haya evidencia de actividad gastrointestinal. Como coadyuvantes en algunos de los casos se han usado vitaminas, sulfamidas y penicilina. Es de observarse que los métodos resectivos tienen una mortalidad mucho más elevada. Debe tomarse en cuenta que fuera de la mortalidad alta que acarrea cualquier resección, este método se practicó necesariamente con más frecuencia en aquellos niños cuyos periodos de síntomas fueron más prolongados. (Tabla N° 4).

#### Conclusiones

En este análisis de 22 casos de intususcepción que se han presentado en el Hospital San Juan de Dios en un periodo de 5 años, se ha tratado de indagar la causa responsable de la mortalidad tan alta ocurrida en esta Institución. Después de analizar los varios factores que pueden contribuir a la mortalidad en la invaginación intestinal se llega a la conclusión de que más importante es el de la duración de síntomas. El hecho de que la mortalidad total sea de 45.4% se debe, sin duda alguna, ya que en los que se presentaron durante los 5 primeros días de sus síntomas, la mortalidad fué de 11.1%. Este último resultado se compara favorablemente con el de cualquier Hospital de los Estados Unidos de Norte América.

#### Bibliografía

- O. Oberhelman, H. A. and Conden, J. B.: Acute Intussusception In Infants and children. S. Clin. North America. 1-22, 1947.  
Wagensteen, O. H. - Intestinal Obstruction, Ch. XXI, 2nd. Edition. 1945.
-