

INVAGINACION INTESTINAL EN LA INFANCIA

G. Oliván, A. Lázaro, M.J. López, J.L. Olivares

*Departamento de Pediatría (Prof. M. Bueno).
Hospital Clínico Universitario. Facultad de Medicina.
Universidad de Zaragoza.
Avda. San Juan Bosco, 15
50009 Zaragoza.*

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo publicado en su revista por B. Carrasco *et al.*⁽¹⁾, titulado «Invaginación Intestinal. Revisión de 38 casos», en el que estudian las características epidemiológicas, clínicas, radiológicas, terapéuticas y evolutivas de la entidad y la comparan con una experiencia previa⁽²⁾.

Durante el período 1979-1987 se han atendido 22 pacientes afectos de invaginación intestinal en el Departamento de Pediatría del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. El 86,3% de los casos se presentó antes del primer año de vida con una máxima incidencia entre los 3-8 meses (72,7%), no existiendo ningún caso por encima de los tres años. Hubo predominio en varones (2,1:1). La mayor incidencia estacional se produjo durante los meses de abril-mayo (41 %) y diciembre-enero (36%). La media del peso al nacimiento fue de 3,6 Kg (rango (r): 3-4,2 Kg) y todos los pacientes presentaban en el momento de la enfermedad un peso, talla y perímetro cefálico en percentiles normales. Entre los antecedentes personales previos en relación con posible factor etiológico, un 26,3% presentaban proceso O.R.L-respiratorio agudo y/o gastroenteritis aguda por rotavirus, adenovirus o coxsackie, estando el 73,7% restante en excelente estado de salud.

El tiempo medio transcurrido desde el comienzo de los síntomas hasta la consulta médica fue de 30,11 ± 7,19 horas (r: 4 h-5 días). El síntoma más frecuente y primero en aparecer fue los episodios de llanto intenso e intermitente (95 %) con fases libres de síntomas (r: 10 minutos-6 h). Le siguieron en frecuencia los vómitos (90 %) y la emisión de sangre por ano (70 %) (la mitad en forma de deposiciones sanguinolentas y la otra mitad en forma de rectorragia). Los casos que no presentaron rectorragia o que apareció de forma tardía respondieron mejor al enema terapéutico. El resto de los síntomas fueron inespecíficos y se presentaron con escasa frecuencia. Destacar un caso que cursó con crisis de pérdida de conciencia.

En la exploración clínica se observó tacto rectal con sangre (70%), palpación abdominal dolorosa (65%) y masa palpable (54%), la mayoría de las veces en hipocondrio derecho. El 56,5% se mostraron irritables a la exploración y el 43,5% con decaimiento-hipotonía. El resto de signos clínicos fueron inespecíficos y de escasa frecuencia. Destacar que en un caso la exploración clínica fue normal.

El estudio radiológico simple abdominal, realizado en todos los casos, mostró en el 81,8% imágenes inespecíficas pero sugerentes de oclusión intestinal. El estudio ecográfico abdominal se realizó en un caso y no fue diagnóstico. El enema opaco fue diagnóstico en el 100% de los casos, excepto en uno en que no se realizó por estar contraindicado. El tipo más frecuente de invaginación fue la íleo-cólica (50%), seguido de la íleo-cecal (27,5%), íleo-íleo-cólica (9%), íleo-ileal (9%) y colocolica (4,5%).

El enema opaco fue terapéutico en el 41 % de los casos y en el 59% restante se realizó tratamiento quirúrgico, siendo necesaria resección intestinal en tres casos y en el resto se realizó desinvaginación manual. Existió diferencia estadísticamente significativa ($p > 0,05$) entre el grupo tratado con enema opaco y cirugía para los parámetros edad cronológica (respondieron mejor al enema opaco los niños de mayor edad) y tiempo transcurrido hasta el diagnóstico (respondieron mejor al enema opaco los diagnosticados más precozmente). En la intervención quirúrgica se observó hiperplasia folicular linfoide en 11 casos, ciego y/o colon móvil en 3 y divertículo de Meckel en 1. En otro caso se apreciaron bridas congénitas parietocólicas.

La evolución fue favorable en todos los casos, siendo la estancia media hospitalaria de 2,6 días en los tratados mediante enema y de 10,7 días en los quirúrgicos. No se produjeron recidivas y sólo en un caso se produjo un síndrome oclusivo por bridas peritoneales al mes de la intervención.

Como podrá comprobar, los resultados de nuestra serie, aunque pequeña, son muy semejantes a los reportados por los autores citados^(1, 2) y con escasas diferencias con las casuísticas más importantes aparecidas en la literatura pediátrica española de los últimos años⁽³⁻⁷⁾.

Existe la hipótesis de que la invaginación intestinal infantil «idiopática» se asocia a infección viral intestinal, apoyándose ésta en hallazgos serológicos, cultivos de heces, hallazgos morfológicos ópticos y ul-

362 traestructurales del apéndice cecal. La infección viral produciría una hiperplasia del componente linfóide del íleon terminal que sería el punto de origen de la invaginación⁽⁶⁾. En nuestra serie 4 pacientes estaban afectados de gastroenteritis viral y en 11 de los intervenidos quirúrgicamente se observó hiperplasia folicular linfóide. El estudio anatomopatológico de los apéndices cecales, extirpados en el mismo acto quirúrgico, mostró normalidad en 5 casos, signos infla-

matorios agudos en 7 y crónicos en 1, todos ellos inespecíficos, no investigándose mediante ultraestructura la presencia de virus. Aunque nuestros datos podrían apoyar dicha hipótesis, el hecho de que la mayor incidencia de casos de invaginación intestinal coincide con la época de la vida en que el sistema linfóide intestinal alcanza su máximo desarrollo, hace que sean necesarias más investigaciones para aclarar la etiología de esta entidad.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Carrasco B, Sancho MA, Alhariri A, Julia M^a V, Morales L. Invaginación intestinal. Revisión de 38 casos. *Arch Pediatr* 1988;**39**:233-241.
- 2 Julia M^a V, Sancho M^a A, Rovira J, Morales L. Invaginación intestinal. Revisión de 33 casos. *Arch Pediatr* 1980;**31**:117-125.
- 3 Hernández JL, Claret I. Invaginación intestinal en el niño. Análisis de 96 casos. *Acta Pediatr Esp* 1983;**41**:23-29.
- 4 Sanz E, Costa E, Sancho J, Poquet J, Ruiz S. Invaginación intestinal infantil. Revisión de 215 casos. *Rev Esp Pediatr* 1983;**39**:487-490.
- 5 Pérez G, Caro M, García V, Digiuni EM, Valoria JM^a. Invaginaciones intestinales en la infancia. Valoración clínico-terapéutica de 50 casos. *Bol Fund Jiménez Díaz* 1984;**11**:259-262.
- 6 Eizaguirre I, Morras I, Jiménez J, Tovar J. Invaginación intestinal. Revisión de 110 casos. *Rev Esp Pediatr* 1985;**41**:339-344.
- 7 Gracia J, Rihuete MA, Rodríguez J, Pérez del Palomar R, Elías J, Alba J. Invaginación intestinal: Doce años de experiencia. *An Esp Pediatr* 1985;**22**:63-68.
- 8 Ruiz A, Hidalgo C, Carrillo R. Infección viral apendicular en casos de invaginación intestinal e hiperplasia folicular linfóide en la infancia. *Patología* 1981;**14**:15-23.