

### Anamnesia lejana

ANTECEDENTES PERSONALES. —Disentería amibiana hace aproximadamente 2 años, que curó con la administración de emetina. Chancro en el surco balano-prepucial, idoloro que curó espontáneamente y se acompañó de adenitis inguinal que no supuró. En 1941 sufrió en el Hospital General intervención quirúrgica en las fosas nasales, extrayéndole pólipos. Ha expulsado frecuentemente ascárides.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.—Sin importancia.

### Exámenes complementarios

Sangre: G. B. 8 650 G. R. 4,648.000 N. 72% E. 2% L. 26%

Kahn. 0 Hemoglobina 90% Hemat. 0. Orina:

Albúmina. 0 Glucosa. 0 Pig. biliares, ligeras trazas. Cirstales fosfato, amonico-mag-nesiano y urato de amoniaco. Heces: 0.

Ante un cuadro semejante, no se hace más que un diagnóstico de presunción: APENDICITIS AGUDA.

El cortejo de síntomas no inclina al espíritu a ninguna conclusión definitiva; un síndrome doloroso de la fosa ilíaca derecha con paresia intestinal es cuanto puede suministrar el cuadro del enfermo. Se piensa ed lo más frecuente, apendicitis aguda y con tal diagnostico se opera.

### Descripción de la operación

Raquianestesia con Procaína al 10'/r. Insición medio-lateral derecha sobre el borde del recto anterior. Por un pequeño ojal hecho en el peritoneo se explora la fosa ilíaca, tropesando ios de los con una masa dura, movable cubierta por el epiplón mayor. Se piensa en un plastrón constituido por adherencias, por jo que se amplía la insición para explorar a cielo abierto y facilitar el acto quirúrgico. Se'nota notable movilidad por lo que se extrae ja masa, aislmdo el resto de la herida por compresas. Se desprenden adherencias epi-ploicas y se descubre una masa alargada de aproximadamente 15 centímetros constituida por el colon ascendente en el que ha invaginado el ciego y aproximadamente 10 centímetros de íleo.

Tomando en cuenta el buen estado del ansa invaginante se intenta una reducción,, pero adherencias pericólicas impiden la manio-bra conservadora; se insinden las más accesibles, pero se nota que un proceso de neo-formación de la hojüla peritoneal colo-parietal (membrana de Jackson), fija la invaginación. Se insinden también a costa de la hemorragia de algunos vasos, se hace la hemostasia e intentando la reducción por la presión sobre la cabeza del cilindro invaginado lográndose la reducción.

Examinando la lesión no se aprecia nada que indique gran mortificación del ansa invaginada. Se fija a puntos separados con seda la última porción del íleo al colon ascendente para evitar la recidiva y el ciego al fondo de la pelvis con cat-gut crómico No. 4; se hace apendicectomía, se aplica sulfa y se sutura la pared por planos.

Durante el post-operatorio, se intentaron tres cosas: la reclusión, la hidratación del enfermo y la derivación del intestino; las dos primeras se lograron por la administración inmediatamente después de la operación de suero fisiológico 1000 c. c. por vía endovenosa y de suero salino hipertónico en forma de gota a gota rectal. Para la derivación intestinal se suministró suero salino hipertónico 20 c. c. al 30% endovenoso mañana y tarde, más una ampolla de Pitressin hipodérmica.

Tres horas después el enfermo hacía una defecación abundante, constituida por materias fluidas y teñidas de sangre. Al día siguiente el estado general mejoró notablemente, continuando durante todo este tiempo una rápida reparación. Los puntos fueron retirados al 10º día, saliendo de La Policlínica al 13º día.

#### Comentarios

Analizando el cuadro clínico de nuestro enfermo, dos síntomas se hacen sobresalientes, el primero: síndrome dispéptico de larga duración (un año), acompañado de dolores abdominales sin ningún carácter fijo o característico y en forma de pequeños cólicos que se fueron con el tiempo localizando en la fos\* ilíaca derecha. Y, segundo: un ataque doloroso agudo más o menos dramático que decide la hospitalización y la intervención del enfermo.

El examen físico del enfermo no reveló nada que nos hiciera sospechar un factor mecánico-oclusivo; en el síndrome intestinal que presentaba, no veíamos más que la paresia intestinal que frecuentemente observamos en la apendicitis aguda. La lesión anatómica fue un hallazgo. El diagnóstico fue operatorio.

Es notable el hecho *de* que no encontramos en la invaginación ninguna lesión que explicara el fenómeno; en efecto en las **invaginaciones** del adulto son siempre consecutivas a procesos de **neoformación**, tumores de la pared Intestinal, invaginación de un divertículo de Meckel o del apéndice; en nuestro enfermo no encontramos más que una neoformación. MEMBRANA DE JACKSON, que fuera responsable de la invaginación.

En lo que se refiere al tratamiento, se ha hablado desde Pouliquen del tratamiento incruento de la invaginación intestinal; para dicho autor la reducción de la invaginación se lograría en el 60 a 70% de los casos con un enema a cierta presión; C. Fotheringham no desconoce la posibilidad de curar una invaginación con un enema, pero no niega los peligros a que expone dicho tratamiento aunque se haga bajo el control de los rayos X y con papilla opaca.

Es, el procedimiento operatorio, el más aceptado por los autores: a) laparotomía, reducción de la invaginación con fijación del segmento desinvaginado al colon ascendente, procedimiento el menos dañino, b) Resección en block con o sin desinvaginación previa y entero-anastomosis íleo-cólica. e) Sección longitudinal del cilindro externo hasta el cuejlo. de la invaginación con resección del «boudin» y sutura de los labios cruentos de ambos cilindros internos (operación de Mousell), y d) la exteriorización simple de la lesión con anastomosis intestinal salvando el sitio de la invaginación, (el peor de todos).

Para destacar elocuentemente las ventajas de la resección simple (la que practicamos en nuestro enfermo), reorduzco la dilatada estadística de Perrin y Lindsay.

	Mortalidad
309 REDUCCIONES SIMPLES.....	22%
18 reducciones y APENDICECTOMIAS .....	33 „
22 resecciones intestinales .....	69 „
12 entero-anastomosis sin resección de la invaginación	100 „
12 resecciones y entero anastomosis con tubo de Paul.	100 „
4 entero-anastomosis sin reducción de la invaginación	100 „
6 resecciones de la invaginación con botón de Murphy	100 „
7 abstenciones.....	100 „

Fue el procedimiento de REDUCCIÓN SIMPLE quien me proporcionó el éxito en la intervención practicada, aunque las buenas condiciones del enfermo y de la lesión, intervinieron más que las cualidades de la técnica.

#### Bibliografía

- 1) A. von Eiselsberg. Patología y Clínica Quirúrgicas.
- 2) F. Lejars. Chirurgie D'Urgence.
- 3) T. Fotheringham. Operaciones Urgentes.
- 4) Piéchaud-Danucé. Tratado de Cirugía Infantil.
- 5) Horsley y Bigger. Cirugía Operatoria.

Tegucigalpa, D. G, 31 de enero de 1945.