

11210
12
Zej

HOSPITAL REGIONAL
LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS
I. S. S. S. T. E.
INVAGINACION INTESTINAL

Experiencia del Servicio de

CIRUGIA PEDIATRICA

Estudio Retrospectivo

presenta:

Dr. Francisco Vila Ruiz

RS de Cirugía Pediátrica
Av Universidad 1953 Ed. 2 Dep. 901
Unidad Habitacional Copilco Universidad.
04340. México D. F.

Asesor:

Dr. Guillermo González Romero

Jefe del Servicio de Cirugía Pediátrica

H.R.L. S. S. T. E.

julio a diciembre de 1987

TESIS CON
FALLA DE CUBRIR



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RESUMEN

Se presenta la experiencia sobre invaginación intestinal del Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos. El estudio retrospectivo de nuestros casos mostró una alta asociación entre el hecho de haber recibido anticolinérgicos previo a su diagnóstico con un retraso en el mismo y mayor contraindicación para llevar a cabo enema baritado; en consecuencia, mayor requerimiento de cirugía y, paradójicamente, menor gravedad de las lesiones intestinales.

Los pacientes que no recibieron anticolinérgicos se presentaron antes a consulta. El diagnóstico se hizo en forma más temprana (12 h en la mayoría). Una mayor proporción de pacientes se sometieron a enema baritado terapéutico y pocos requirieron cirugía, aunque hubo una asociación mayor con apendicectomía y hubo un caso de resección intestinal por daño.

SUMMARY

In this paper, I pretend to show the experience of our Hospital in the diagnosis and management of the patients with bowel invagination as treated by the Service of Pediatric Surgery. This retrospective study shown a very high association between the intake of anticholinergic drugs prior to the emergency consult with a significant delay in diagnosis and/or in treatment, a higher rate of exclusion for hidrostatic reduction and in consequence higher requirements of surgery with an amazing lower degree of bowel injury.

Those patients who did not receive anticholinergic drugs, were taken earlier to the emergency room (mean of 12 hours), a higher rate underwent hydrostatic reduction of invagination and fewer required surgery, though they appear associated with an increased need for resective procedures such as apendectomy or hemicolectomy due to intestinal injury.

INTRODUCCION

Se presenta la experiencia de nuestro Hospital en los casos de invaginación intestinal, para evaluar y comparar la información con lo obtenido en otras series^{1,4,5,6,7}, con particular interés en lo que respecta a las diferencias notadas en cuanto a la evolución de los pacientes que recibieron anticolinérgicos durante su evolución previa a cualquier medida terapéutica intrahospitalaria.

MATERIAL Y METODOS

Se diseñó un estudio observacional, transversal, retrospectivo, descriptivo y abierto para ver la evolución y comparar a los pacientes que habían recibido anticolinérgicos previamente a ser traídos a este Hospital. Ingresaron todos los pacientes con este diagnóstico tratados de 1985 a 1987, en esta Institución. El diagnóstico se comprobó en los casos en que no había contraindicación, mediante el enema baritado y sólo en los casos en que este estuvo contraindicado, por bloqueo o peritonitis, el diagnóstico se hizo en la laparotomía. Se excluyeron aquellos pacientes en los que no se pudo comprobar el diagnóstico por los medios señalados, aunque tuvieran una placa simple de abdomen sugestiva.² Se excluyeron también

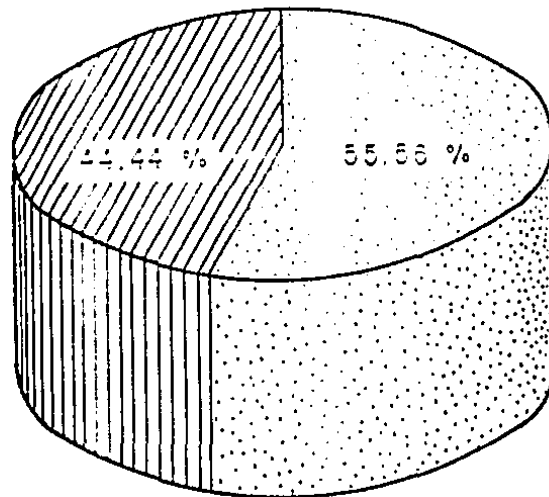
los pacientes en los que no se pudo obtener fidedignamente la evolución extrahospitalaria previa y aquellos pacientes que fueron trasladados de otra institución con el problema resuelto. Se tomaron de los expedientes: edad, sexo, tiempo de evolución extrahospitalaria del cuadro clínico, medicamentos administrados del tipo anticolinérgico, tipo y resultado del enema de bario y, si no se realizó, el motivo del mismo; en su caso, el tipo y extensión de la operación realizada y los antecedentes (gripal o diarréico) previos. Para el análisis estadístico se usó la χ^2 de Yule que valora el grado de asociación entre dos variables, en muestras cuyas tablas de contingencia puedan contener menos de 5 elementos en una casilla.

RESULTADOS

Durante el lapso mencionado ingresaron a nuestro servicio 18 pacientes con invaginación dando un total de 20 episodios. Hubo una proporción de varón a hembra de 1:1 (fig. 1)

Las edades fluctuaron de 4 a 12 meses en el grupo total. Entre los operados la edad media fué de 7.8 meses y de los no operados 6.2 meses. La mitad de los pacientes (52%) llegaron a consulta dentro del rango de 8 a 12 horas de evolución y una tercera parte (31%) llegó entre las 13 y 24 horas de evolución previa. (fig. 2)

DISTRIBUCION POR SEXOS PACIENTES INVAGINADOS



 MASCULINO
 FEMENINO

FIGURA 1 - DISTRIBUCION POR SEXOS TOTAL DE PACIENTES.

LAPSO PREVIO A CONSULTA PACIENTES INVAGINADOS

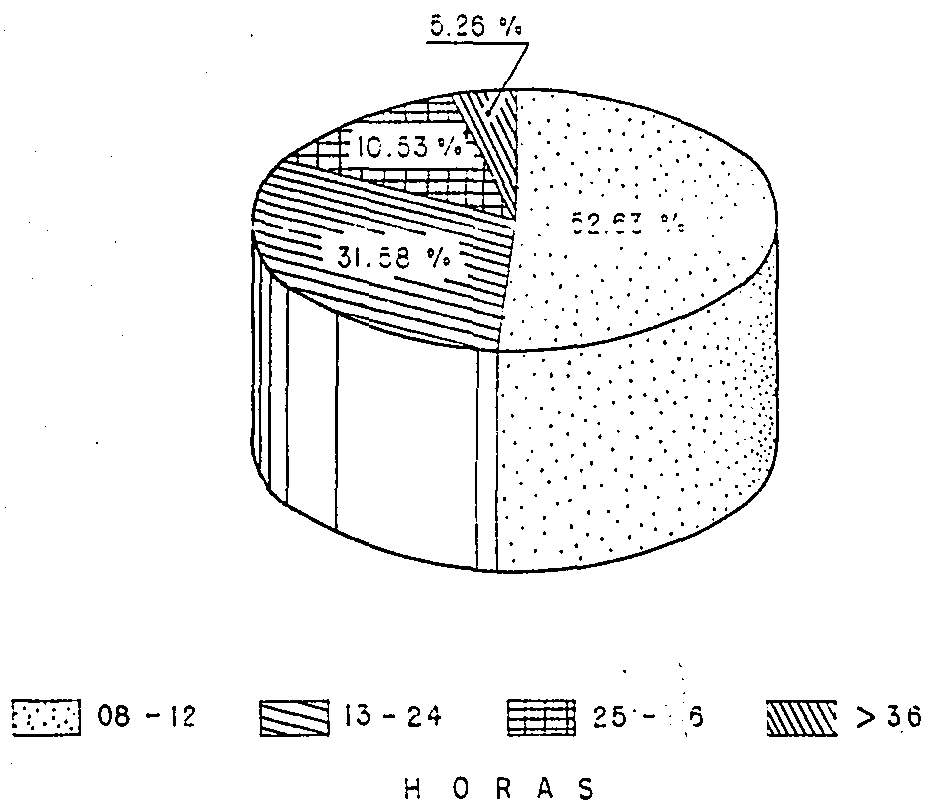


FIGURA 2.- TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE INICIO DE SINTOMAS Y ARRIBO A URGENCIAS PEDIATRICAS.

Las horas de evolución previa extrahospitalaria tuvieron un rango de 10 a 36 horas (hubo un caso de 120 horas), en los pacientes que ameritaron operación (media de 24 h), mientras que el rango de horas de evolución previa fué de 8 a 24 horas (media de 14 horas) en los pacientes que no requirieron intervención quirúrgica. Un paciente tuvo tres episodios, los dos primeros resueltos por enema baritado, lo cual nos deja una incidencia de reinvaginación en nuestro medio del 5%.

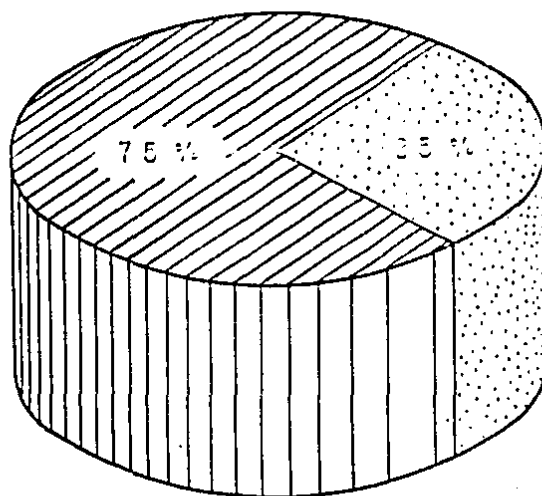
Los pacientes que recibieron anticolinérgicos fueron 5 (25%), mientras que los demás no recibieron medicamento alguno extrahospitalario (75%). (fig.3)

Once episodios de los 20 totales, ameritaron tratamiento quirúrgico (55%), lo que nos deja un porcentaje de resolución por enema baritado del 45%. (fig.4)

La operación requerida fué desde un procedimiento simple de toxis, con o sin apendicectomía, hasta resección intestinal y anastomosis término-terminal. (fig.5)

Ningún paciente de los que recibió anticolinérgicos acudió antes de 12 horas de evolución del cuadro ($\bar{Q}=1$). Por otra parte, de los que no recibieron medicamento, sólo uno acudió después de 24 horas de evolución ($\bar{Q}=1.85$). Existe asimismo una gran asociación entre el hecho de haber recibido anticolinérgicos y la necesidad de operación: cuatro de los cinco pacientes medicados ameritaron intervención, mientras que en el grupo no medicado, 7 de 15

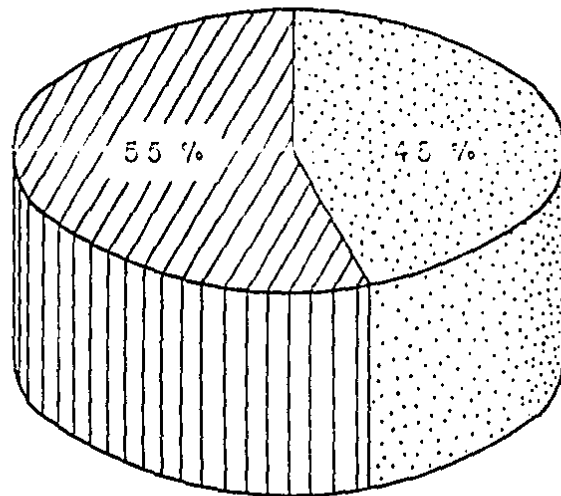
RELACION DE PACIENTES MEDICADOS



RECIBIO
NO TOMO

FIGURA 3.- PACIENTES QUE RECIBIERON ANTICOLINERGICOS.

PROPORCION DE PACIENTES INVAGINADOS



ENEMA
OPERACION

FIGURA 4 : RELACION DE PACIENTES INVAGINADOS RESUELTOS MEDIANTE ENEMA BARITADO O MEDIANTE OPERACION.

OPERACION EFECTUADA

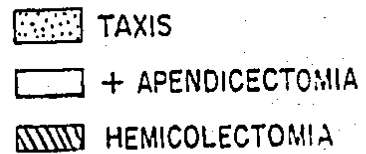
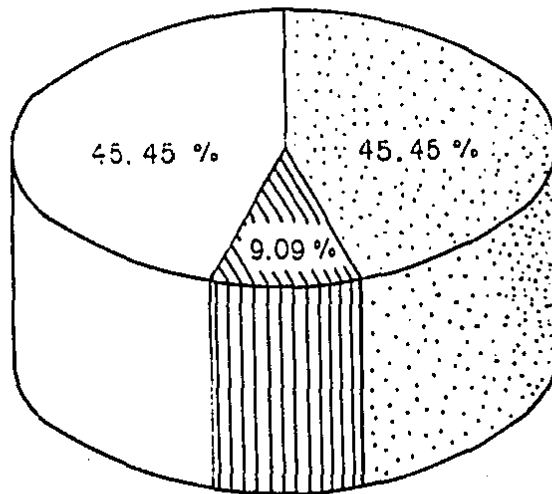


FIGURA 5.- PACIENTES INVAGINADOS SOMETIDOS A CIRUGIA.

amertaron laparotomia (0=64)

COMENTARIOS

Durante la recopilación de los casos, nos llamó la atención el hecho de que a los pacientes que habían recibido anticolinérgicos, previamente a su ingreso al hospital, se les encontró menor daño intestinal en la laparotomia, en comparación con los pacientes que no habían recibido anticolinérgicos y habían requerido intervención quirúrgica. El daño en estos últimos fue mayor en proporción a las horas de evolución del padecimiento en domicilio. No obstante, el tiempo de evolución fue comparativamente mayor en los pacientes que recibieron atropínicos que en aquellos que no recibieron medicamento.

En la literatura internacional, hay relación con nuestra serie, en lo que respecta a edad de incidencia (7meses máxima)?, porcentaje de casos con antecedente viral (50)?, incidencia de reinvasación post-enema (5)?, Hay, sin embargo, discrepancia en lo que se refiere a la incidencia por sexos, ya que en la mayoría de las series predominan los varones sobre las mujeres en proporción 3:17, y en nuestro medio, la proporción es de casi 1:1. Asimismo, hay diferencia en el porcentaje de reducción por presión hidrostática, que en algunas series alcanza el 66% ? y en nuestro medio fue de sólo el 45%. Las diferencias observadas pueden ser debidas al menor número de pacientes en nuestra serie, y acaso al hecho de que hay algún otro

factor que modifique nuestra casuística, tal como podría ser retardo en acudir a solicitar atención médica. El hecho de que la cuarta parte de nuestros pacientes recibieron anticolinérgicos previos hizo que ambos grupos de pacientes tuvieran una evolución substancialmente distinta, las diferencias en ambos grupos se resumen en el cuadro I.

Nosotros no recomendamos dado lo anterior el uso de drogas anticolinérgicas en los pacientes con cólico abdominal de origen desconocido dado lo adverso de la evolución en los pacientes en quienes se emplea condicionado principalmente por el retraso en la solicitud de atención médica hospitalaria y la presencia de factores que contraindican medidas más conservadoras, como la reducción hidroestática, favorecido por el mayor tiempo de evolución del cuadro clínico. Debiera difundirse entre los médicos de atención primaria esta información, en beneficio de los pacientes en riesgo.

DIFERENCIAS EN PACIENTES INVAGINADOS H. R. L. A. L. M.

Situación	No Anticolinérgico	Anticolinérgico
Tarda en llegar a Urgencias	14h prom.	24h prom.
Bloqueo Intestinal	1/15 (6%)	2/5 (40%)
Reducción por enema	8/15(53%)	1/5 (20%)
Requiere operación	7/15 (46%)	4/5 (80%)

CUADRO I: Diferencias observadas entre los pacientes que no recibieron anticolinérgico y aquellos que si lo recibieron.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Holguín, F.; Hayashi, L.: Índice B de Yule. Asociación en el nivel nominal, en Elementos de Muestreo y Correlación. UNAM Cap. 10:195-200. 1974
- 2.-Kirchner, S. B.; Horev, G.: Imagen diagnóstica en niños con trastornos torácicos y abdominales agudos. Clin Ped N A Vol 6:1432,1433. 1985
- 3.-Philippart, A. J.; Dubois, R. S.: Small Intestine. Complications of Pediatric Surgery. Welch K. J.: Saunders 1982
- 4.-Ravitch, M.: Intussusception. Pediatric Surgery. Year Book Medical Publishers 4th Ed. 2:368, 1986
- 5.-Stevenson, R. J.: Obstrucción intestinal no neonatal en niños. CJ Quir N A. Cirugía Pediátrica Vol 5:1265,1268. 1985
- 6.-Stevenson, R. J.: Dolor Abdominal no relacionado con Traumatismos. Clin Quir N A. Cirugía Pediátrica Vol 5:1216. 1985

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA