

# INTUSUSCEPCIÓN

Dr. Luis Camarena Luviano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cirujano pediatra, capítulo León

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2024;2(3):28-31*

La intususcepción es la principal causa de obstrucción intestinal en menores de 3 años de edad, su identificación temprana permite disminuir las complicaciones graves, pero exige un alto grado de sospecha por parte del médico.

## PATOGENIA

La invaginación intestinal es un trastorno en que un segmento del intestino proximal se desliza dentro de otro segmento más distal produciendo obstrucción intestinal, congestión venosa, edema, isquemia y finalmente si no es detectada tempranamente necrosis intestinal.

Se presenta hipertrofia importante del tejido linfoide abundante en la pared intestinal en estos casos y se ha asociado que los adenovirus y los rotavirus son agentes etiológicos en esta hipertrofia. En los pacientes en donde no se identifica la causa se les considera (idiopática) o desconocida

Se han asociado a los adenovirus y rotavirus como factores etiológicos.

En el 5% de los pacientes se identifica un punto específico en el sitio de la invaginación que más frecuentemente es ileo-ileal en donde se encuentra un divertículo de Meckel, pólipos, duplicación intestinal, linfomas, hemorragia submucosa secundaria a púrpura de Henoch, hemangiomas, linfosarcomas. Los niños con fibrosis quística también

puede presentar invaginación por heces espesas en el íleon terminal.

## INCIDENCIA

La invaginación se presenta más comúnmente durante el primer año de vida, la mayor incidencia ocurre en entre los 5 a 10 meses de edad, predomina en el sexo masculino con una incidencia de 1.5 a 4 casos por 1000 nacidos vivos.

## CUADRO CLÍNICO

Lo más común es que se trate de un paciente lactante aparentemente sano, pudo haber tenido el antecedente de una infección de vía respiratoria alta o gastroenteritis. Los casos post-vacunación se presentan dentro de los primeros 7 días y son poco frecuentes. El paciente inicia en forma súbita con llanto, y con movimientos de flexión de las extremidades inferiores, posteriormente el paciente se comporta tranquilo, y vuelve a presentar llanto intenso, palidez. Los episodios descritos se presentan por lo regular cada 10 a 15 minutos. En forma temprana puede presentar vómito alimentario y posteriormente puede ser biliar. Las evacuaciones inicialmente pueden ser normales, luego mucoides y finalmente descritas como en jalea de grosella. Algunos niños pueden presentar somnolencia.

## EXPLORACION FÍSICA

Inicialmente se puede encontrar al paciente con signos vitales estables, durante las crisis de dolor puede escucharse peristalsis aumentada, con un vacío en la fosa iliaca derecha y puede palparse una masa abdominal alargada a nivel del hipocostio derecho o colon transversal. A nivel rectal por estímulo se puede obtener evacuaciones color grosella con moco o rectorragia. En algunos casos se palpa al tacto la parte invaginada. Si el proceso obstructivo persiste se presenta taquicardia, deshidratación y fiebre.

## DIAGNÓSTICO

Se basa en una historia clínica y la exploración física. Se confirma con los estudios de imagen como son:

Radiografía simple de abdomen en posición supina y erecta en donde se puede apreciar cuadrante inferior derecho sin gas, o asas de delgado dilatadas o niveles hidroaéreos en la posición erecta.

El ultrasonido en la actualidad se utiliza como método diagnóstico de primera elección en donde se encuentra la imagen característica de tiro al blanco o también llamada de pseudorión, que consisten en dos anillos de baja ecogenicidad separados por un anillo de mayor densidad.

El enema de bario es un recurso con el cual se cuenta en la mayor parte de los hospitales en donde se atienden niños, por dicho estudio se localiza la obstrucción en donde se encuentra el signo del resorte enrollado.

## MANEJO

Ante la sospecha de una intususcepción se mantiene al paciente en ayuno, con soluciones intravenosas y se coloca al paciente sonda nasogástrica para descomprimir la distensión de estómago y de asas intestinales, se toman estudios de laboratorio: biometría hemática, TP, TPT, pruebas cruzadas, electrolitos séricos. Si el paciente no presenta datos de irritación peritoneal se practica un enema de bario, estudio diagnóstico y terapéutico, dicho estudio deberá siempre realizarse bajo fluoroscopia, y bajo sedación del paciente, colocando una sonda de Foley hasta el recto, posteriormente se coloca una fijación de ambos glúteos para impedir la fuga del medio de contraste se deja correr el bario desde un altura de 90 cm hasta la reducción, si no avanza, se puede dejar durante 10 minutos, posteriormente se deja drenar hacia el reservorio del bario y se puede realizar hasta 3 intentos. Se considera que se ha reducido cuando se visualiza por fluoroscopia paso de medio de contraste mas allá de la válvula ileocecal. La reducción con bario varia de 42 a 80% según diferentes series. Se ha utilizado la reducción neumática también bajo sedación y control fluoroscópico con una presión de 80 mm Hg para lactantes menores y de 110 a 120 mm Hg para lactantes mayores. Cuando se realiza éste método se tendrá que contar una aguja No. 18 porque la complicación más grave es la presencia de neumoperitoneo con compromiso respiratorio por lo cual se debe de evacuar el aire y llevar inmediatamente a laparatomía en

caso de que ocurra ésta complicación. La tasa de éxito de la reducción neumática es de de 90%.

Cuando se logra realizar la reducción hidrostática o neumática, el paciente deberá de permanecer en observación, iniciar la vía oral a las 8 a 12 horas y si no existen datos de complicación se puede egresar dentro de las primeras 24 horas.

### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Los pacientes que presentan datos de irritación peritoneal, datos de choque y en aquellos en que no se logro la reducción hidrostática o neumática, se deben de intervenir quirúrgicamente, previa preparación con ayuno, infusión de líquidos y antibióticos intravenosos, colocación de sonda oro o nasogástrica según la edad del paciente.

El abordaje laparoscópico se ha asociado con una conversión a abordaje abierto de hasta un 33%, contraindicaciones de laparoscopia incluyen peritonitis, inestabilidad hemodinámica y distensión abdominal severa.

### RECURRENCIA

Se reporta una recurrencia que varia desde un 5 a 12% según diferentes series, cuando la reducción se realizó por medio hidrostático o neumático y el paciente es menor de 2 años se puede realizar un segundo intento por éstos medios, en niños mayores de ésta edad se prefiere laparatomía ya que puede existir un defecto anatómico como tumores,

divertículo de Meckel, duplicación intestinal, hematoma, pólipo intestinal.

### INTUSUSCEPCION POSTOPERATORIA

La intususcepción intestinal posoperatoria en la edad pediátrica es una complicación rara, el papel de las técnicas mínimamente invasivas, protocolos de seguridad en cirugía y formas mejoradas de anestesia pueden haber causado un impacto en la incidencia de la misma en esta población ocasionando menor morbilidad que el abordaje abierto, sin embargo, es aún controversial y hacen falta más estudios para determinar su seguridad y efectividad debido al aumento en la tasa de recurrencia y su contraindicación en cirugías de emergencia.

### BIBLIOGRAFÍA

- E. Belongia, S. Irving, I.M. Shui, M. Kuldorff, E. Lewis, R. Yin, *et al.* Real-time surveillance to assess risk of intussusception and other adverse events after pentavalent, bovine-derived rotavirus vaccine. *Pediatr Infect Dis J.*, 29 (2010), pp. 1-5
- Valderrama Marcillo, José Manuel; Espinosa de los Monteros, Francis Jossue; Reinoso Martínez, Lizbeth Alejandra, Martínez Cajas, Diana Alejandra. Intususcepción postoperatoria en población pediátrica. artículo de revisión. *Polo del Conocimiento: Revista científico - profesional*, ISSN-e 2550-682X, Vol. 8, N°. 2 FEBRERO 2023, págs. 649-660



- Guo JZ, Ma XY, Zhou QH. Results of air pressure enema reduction of intussusception: 6,396 cases in 13 years. *J Pediatr Surg*. 1986;21(12):1201-1203. doi:10.1016/0022-3468(86)90040-0
- Kia KF, Mony VK, Drongowski RA, et al. Laparoscopic vs open

surgical approach for intussusception requiring operative intervention. *J Pediatr Surg* 2005;40:281-4

- Burjonrappa SC. Laparoscopic reduction of intussusception: An evolving therapeutic option. *JSLs* 2007;11:235-7