

Sesión del 26 de abril de 1957
Presidente: Dr. P. CALAFELL-GIBERT

INVAGINACION ILEOCECAL EN UN NIÑO DE CUATRO AÑOS A CAUSA DE UN RETICULOLINFOBLASTOMA DE ILEON

I. CLARET-COROMINAS, S. JANÉ-FERRER
A. MARQUÉS-GUBERN

Barcelona

Hemos creído interesante presentar esta comunicación para resaltar un hecho fundamental, cual es evidenciar una vez más la necesidad que existe de sospechar procesos neoplásicos en los niños.

HISTORIA CLÍNICA. — M. A., niño de 4 años.

Antecedentes familiares, sin interés.

Antecedentes personales: Embarazo y parto normal. Crianza mixta, buen desarrollo corporal y psíquico. Sarampión a los tres años.

Enfermedad actual: Hacía un mes inició dolor abdominal intermitente que se localizó en epigastrio. El dolor se presentaba varias veces al día, espontáneamente o bien se desencadenaba con la ingesta. Anorexia pertinaz con pérdida de peso de 4 kg. durante este período. No presentó vómitos ni deposiciones anormales. Los episodios dolorosos se acentuaron progresivamente hasta la actualidad en que se presentan varias veces al día. Fué tratado únicamente con antiespasmódicos.

Exploración: A nivel de epigastrio y por debajo del borde hepático se palpó una tumoración alargada, de bordes bien definidos, del tamaño de una mazorca de maíz. La tumoración se desplazaba ligeramente y era dolorosa a la presión. A nivel de epigastrio y vacío derecho se observaron movimientos peristálticos. Tacto rectal negativo. En la exploración radiológica por enema opaco, se apreció imagen típica de invaginación a nivel de colon transversal, con características de irreductibilidad (fig. 1).

Establecimos diagnóstico de invaginación crónica, provocada probablemente por tumor intestinal, y se indicó intervención quirúrgica urgente. Los exámenes de laboratorio dieron el siguiente resultado: hematíes, 4.500.000; hemoglobina, 83%; valor globular, 0'9; leucocitos, 11.900, con 25 bandas, 50 linfocitos, 2 monocitos; velocidad de sedimentación globular, 12 y 25.

Intervención: Anestesia general etérea. Amplia laparatomía transversa supraumbilical. En transverso se constató una invaginación en la que estaban incluidos colon ascendente, ciego y porción terminal de íleon. El meso estaba muy retraído, engrosado y con intensas adenopatías. Las paredes del intestino, recubiertas de placas de fibrina, presentaban características inflamatorias con zonas que iniciaban necrosis. Aunque las numerosas adenopatías mesentéricas indicaban, casi con seguridad, generalización del proceso neoplásico, se decidió efectuar una intervención radical, vistas las deficientes condiciones de las paredes intestinales invaginadas.



Fig. 1. — Enema opaco. Imagen típica de invaginación a nivel de colon transverso (Rad. Dr. DOMÉNECH-CLARÓS).

Se extirpó íleon terminal, colon ascendente y transverso, operación difícil por las antedichas características del meso (fig. 2 y 3). Se practicó ileocolostomía tér-

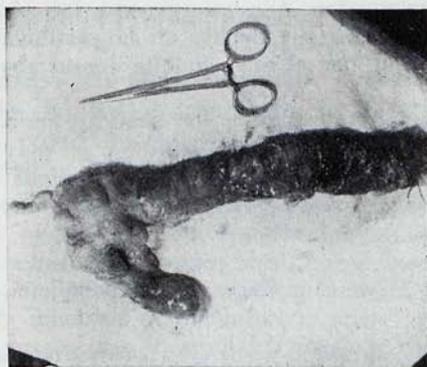


Fig. 2. — Pieza extirpada. La invaginación está reducida. Obsérvese el aspecto necrótico del segmento cólico.

minolateral. Sutura de la pared por planos. Transfusión de 600 c.c. de sangre total durante la intervención. Curso postoperatorio inmediato bueno. A las veinticuatro horas melenas copiosísimas que obligaron a transfusiones de urgencia (1.400 c.c.). A pesar de ellas, fué empeorando, con cuadro clínico de hemorragia aguda, por lo que a las 36 horas se reintervino con el niño casi colapsado. Anestesia local. Incisión pararectal izquierda supraumbilical. Ausencia de sangre en cavidad peritoneal. Se exteriorizó la zona de la anastómosis y se dejaron colocadas dos pinzas de Kocher en cada segmento intestinal. El enfermo se recuperó bien y a las veinticuatro horas se abrió el segmento ileal en el que se colocó un tubo de goma. A las doce horas se inició la salida de heces por dicho orificio. El curso postoperatorio fué bueno.

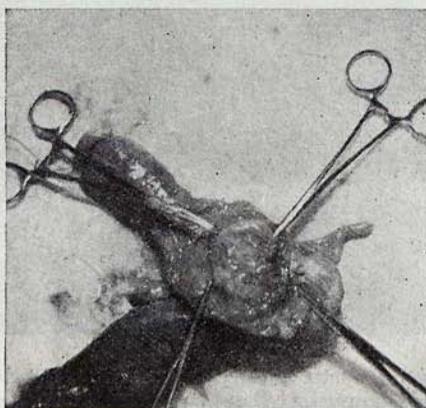


Fig. 3.—Porción terminal de íleon abierta. Se aprecia la tumoración.

A los seis días se reintervino. Anestesia general. Incisión transversal. Se practicó ileocolostomía laterolateral por debajo de la primitiva anastómosis. Al día siguiente empezó a defecar por el ano, aunque continuaban saliendo heces por la ileostomía.

A los diez días se quitaron los puntos con todas las heridas perfectamente cicatrizadas, y a los quince días marchó a su domicilio, en muy buen estado general. Defeca por el ano y en muy poca cantidad por la antigua ileostomía. Se le citó para cerrar ésta en fecha próxima, pero efectuamos un pronóstico muy sombrío en cuanto a la supervivencia del enfermo.

El estudio anatomopatológico de la pieza por el doctor ROCA DE VIÑALS dió el siguiente resultado: Examinada una sección completa de la infiltración de íleon, se comprobó que estaba constituida por acúmulos difusos de células redondas de tamaño un poco mayor del linfocito, con escaso citoplasma, que ocupaban la totalidad de la pared intestinal (mucosa, submucosa y serosa) con poca limitación en los bordes y con las características de los infiltrados reticulolinfoblásticos sistematizados (leucosis). Escasas atipias celulares, ausencia de elementos granulomatosos. El diagnóstico establecido fué de *reticulolinfoblastoma* (fig. 4).



Fig. 4. — Histología. Microfotografías. *a*) Placa de Peyer con invasión tumoral.
b) Células tumorales invadiendo tejido conectivo.

Los tumores malignos de la pared de intestino delgado no son un hecho excepcional. Recientemente, uno de nosotros ¹, conjuntamente con GUBERN-SALISACHS, ha presentado a esta SOCIEDAD un caso de simpatoblastoma de íleon, y el propio GUBERN-SALISACHS ^{2, 3} tiene tres casos publicados.

Es necesario sospechar la presencia de una de estas neoplasias en todo niño afecto de dolores abdominales. La frecuencia de los errores cometidos viene en parte condicionada, según FEVRE y HUGUENIN ⁴, por la aceptación fácil de tres diagnósticos: enteritis, apendicitis y tuberculosis abdominal. Especialmente el indeterminado diagnóstico de enteritis no debe ser hecho a la ligera, sino después de una meticulosa exploración. En el caso que presentamos, en un principio, los diversos facultativos que lo asistieron, ni siquiera insinuaron la posibilidad de una neoplasia.

Los tumores de intestino delgado en el niño se presentan casi exclusivamente en el sexo masculino y responden fundamentalmente a dos tipos histológicos: linfocitomas y linfoblastomas. Parecen iniciarse en la submucosa, origen perfectamente lógico si se acepta que estas neo-

plasias se derivan de las formaciones linfoides intestinales. El predominio de éstas a nivel de la región ileocecal explica el que sea en este punto donde con mayor frecuencia se observen dichas neoplasias.

En general la tumoración se evidencia por la presentación de una complicación: perforación, vólvulo, obstrucción intestinal y, más frecuente, en forma de una invaginación subaguda, crónica o recidivante.

A partir de los dos primeros años de la vida, la invaginación intestinal es una afección poco frecuente y en la casi totalidad de los casos está provocada por una tumoración benigna o maligna que hace de cabeza invaginante. Dolores abdominales persistentes acompañados de adelgazamiento deben hacernos sospechar siempre el binomio tumor-invasión.

La evolución de estas neoplasias está caracterizada por la rápida invasión linfática y producción de metástasis.

El único tratamiento que hasta el momento actual puede reportar alguna garantía de éxito es la amplia extirpación precoz del tumor con los ganglios afectos y anastómosis intestinal en un solo tiempo. La radioterapia debe emplearse siempre para prevenir las recidivas y en los casos inoperables.

Para conseguir algunos éxitos es imprescindible un diagnóstico lo más precoz posible. Esto sólo podrá efectuarse si se piensa en la posibilidad de una neoplasia intestinal en todo niño que presente molestias abdominales sin causa aparente que las justifique.

BIBLIOGRAFIA

1. GUBERN-SALISACHS, L., ROCA DE VIÑALS, R. y CLARET COROMINAS, I. — *Simpatoblastoma de intestino delgado como causa de invaginación*. Comunicación a la Sociedad Catalana de Pediatría el 11 diciembre 1953.
2. GUBERN-SALISACHS, L. — *Invaginación intestinal provocada por un linfoblastoma*. Anal. del Inst. Corachán. Vol. 4, núm. 3, pág. 81-85. 1952.
3. MARTÍNEZ-MORA, M., GUBERN-SALISACHS, L. y DÍAZ-CALVO, R. — *Invaginación intestinal y tumor abdominal*. Arch. de Pediat., núm. 14, pág. 187-193. Sept. 1952.
4. FEBRE, M. y HUGUENIN, R. — *Malformations tumorales et tumeurs de l'enfant*. Masson Ed. París, 1954.