

Acta Médica
Grupo Ángeles

Volumen **2**
Volume

Número **3**
Number

Julio-Septiembre **2004**
July-September

Artículo:

Atresia ileal congénita

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Grupo Ángeles Servicios de Salud

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



medigraphic.com



Atresia ileal congénita

Pedro Cuevas Estandía*

Resumen

Las atresias intestinales congénitas tienen una incidencia de entre 1 en 2,000 y 1 en 5,000 partos. Por lo que la detección y manejo de esta entidad es relevante para la clínica. A continuación, se presenta un caso de una atresia intestinal detectada durante el control prenatal y el subsiguiente manejo quirúrgico. Se incluye el manejo diagnóstico de la entidad, el tratamiento quirúrgico y el apoyo parenteral.

Palabras clave: Atresia ileal, obstrucción intestinal, distensión abdominal neonatal, anomalías congénitas.

Summary

Congenital intestinal atresias have an incidence of 1 in 2,000 to one in 5,000 live births. Thus the diagnosis and management of this entity is relevant to clinical practice. In the following article we describe a case of intestinal atresia detected during prenatal screening and the subsequent surgical management. The diagnostic management, surgical treatment and parenteral nutritional support are included.

Key words: Ileal atresia, intestinal obstruction, neonatal abdominal distention, congenital abnormalities.

INTRODUCCIÓN

Las atresias intestinales congénitas tienen una incidencia de entre 1 en 2,000 y 1 en 5,000 partos en EUA. Suelen ser lesiones aisladas pero en el 10 a 15% de los casos pueden ser múltiples. La atresia jejunoileal se asocia a otros defectos congénitos como lo es la fibrosis quística, con una incidencia de 1 en 2,500 partos y en la cual se presenta obstrucción intestinal de tipo meconial con una frecuencia mucho mayor a la de la población normal.⁴

PRESENTACIÓN DEL CASO

Historia Clínica

Producto de la segunda gestación de una madre sana de 30 años, quien inicia su control prenatal a las 6 semanas de embarazo. El embarazo termina a las 36.4 semanas de gestación en cesárea por actividad uterina, polihidramnios y probable obstrucción intestinal en el producto. Se obtiene producto del sexo femenino que al nacer lloró y respiró espontáneamente, valorada con APGAR 9/10 sin malformaciones aparentes. Subsecuentemente es colocada una sonda orogástrica (SOG) y se obtienen 234 mL de líquido biliar.

Como antecedentes durante el embarazo disponemos de lo siguiente: en el primer trimestre niega la exposición a enfermedades, radiaciones o medicamentos. Sólo refiere náusea y vómito que no requirieron tratamiento. Se realizaron tres ecografías con reportes normales. Durante el segundo trimestre se detecta en una ecografía, dilatación de asas intestinales con sospecha de obstrucción intestinal. Por lo tanto, se realizaron dos ecografías posteriores, una con sospecha de obstrucción intestinal. La tercera fue inconclusa. En el tercer trimestre se realizaron tres ecografías de control con el mismo reporte de obstrucción intestinal y presencia de polihidramnios.

* Escuela de Medicina "Ignacio A Santos", Instituto Tecnológico de Monterrey.

Correspondencia:

Pedro Cuevas Estandía
Río Volga 625-12,
Col. Del Valle Sector Fátima
San Pedro Garza García,
Nuevo León 66257
Correo electrónico: al37436@mail.mty.itesm.mx,
cuevasestandia@hotmail.com

Aceptado: 02-07-2004.

Exploración física y signos vitales

Recién nacida con peso, talla y perímetro cefálico todos en percentil 95. Tiene tórax normal con campos pulmonares bien aereados sin estertores. Presenta abdomen distendido con un perímetro de 39 cm, timpánico principalmente del lado izquierdo, blando, depresible. No se palpan masas ni visceromegalias, peristalsis presente pero disminuida. En área perineal presenta labios mayores y menores normales y ano permeable. Neurológicamente está alerta, con buen tono muscular y reflejos primitivos positivos. Como signos vitales presenta: FC 134, FR 36 y saturación de O₂ de 98%.

DISCUSIÓN

El primer dato patológico en la historia clínica del paciente es detección por ecografía de asas intestinales dilatadas en el segundo trimestre del embarazo.² Este hallazgo ecográfico es confirmado por dos repeticiones del estudio, uno con datos positivos de dilatación de asas intestinales. En el tercer trimestre se realizan tres ecografías más de control, con el dato adicional de polihidramnios. Normalmente el feto deglute el 50% del líquido amniótico diario.² Gran parte de éste es reabsorbido en el tracto gastrointestinal superior fetal. Entre las patologías fetales correlacionadas a polihidramnios, se encuentran defectos del SNC como anencefalia, que impiden que el producto degluta, y obstrucciones del tracto gastrointestinal: esofágicas, duodenales o intestinales. Cuanto más proximal la obstrucción, más marcada la acumulación de líquido amniótico. La severidad de polihidramnios se relaciona con resultados adversos de la gestación, tanto maternos como fetales.² El diagnóstico de una obstrucción intestinal neonatal se basa en cuatro signos cardinales:⁵ polihidramnios, vómito de bilis, distensión abdominal y la ausencia de la expulsión de meconio. Los hallazgos de distensión abdominal, abdomen globoso y peristalsis disminuidas en intensidad, concuerdan con un cuadro de obstrucción intestinal. El drenaje de una gran cantidad de líquido biliar por la SOG nos indica que la obstrucción es distal al ámpula de Vater.⁵

RADIOLOGÍA

Los estudios ecográficos contribuyeron de forma importante a la detección temprana de la dilatación de las asas intestinales y polihidramnios. Aunque la medición ecográfica de volumen amniótico normal o disminuido no es muy sensible, tiene una buena correlación clínica con la



Figura 1. Nótese la terminación abrupta de la columna de bario característica de una lesión bien definida a diferencia de una terminación difusa típica de una obstrucción meconial.



Figura 2. Enema de bario con desviación medial del ciego característica de malrotación.



Figura 3. Fotografía transoperatoria mostrando segmento proximal dilatado.



Figura 4. Anastomosis terminada. Pese a la integridad hipotética de la misma es necesario dejar en reposo el intestino por una semana e iniciar alimentación por vía enteral orogástrica únicamente si se presenta peristalsis normal y sin distensión.

medición del mismo mediante dilución con una muestra de líquido amniótico. Asimismo, la corroboración del hallazgo de dilatación intestinal en 5 de 6 estudios realizados es buena.²

Las radiografías simples y con contraste obtenidas, tanto de tórax como de abdomen, confirman sospechas diagnósticas y nos ayudan a planear el tratamiento. Mientras que simultáneamente, descartamos otras posibles condiciones de importancia como hernias diafragmáticas.

FISIOPATOLOGÍA

La atresia intestinal resulta de una interrupción del aporte vascular al intestino durante el desarrollo de éste en la vida fetal. El intestino con falta de aporte sanguíneo puede resultar en estenosis, atresia o múltiples atresias. En ocasiones, el intestino viable puede ser corto y ocasionar problemas de alimentación posteriores. Existe la atresia yeyuno ileal, también llamada deformidad en árbol de navidad, que es irrigada sólo por una arteria que es el remanente de la arteria mesentérica superior. La obstrucción distal ocasiona pérdida de longitud intestinal y diámetro insuficiente, conocido como micro-colon.³

Clasificación de Louw

- Tipo I, diafragma intraluminal con continuidad seromuscular.
- Tipo II, segmento como cordón entre los dos segmentos cerrados de intestino.
- Tipo III, atresia con separación completa de los dos extremos con defecto mesentérico en forma de V, la más común y la presente en nuestra paciente.
- Tipo IIIB defecto en forma de "Árbol de navidad".
- Tipo IV, defectos múltiples en forma de V mesentéricos, encontrada en el 10 a 15% de los casos.³

Nutrición parenteral total (NPT) y nutrición enteral

Nuestra paciente recibió nutrición parenteral total y subsecuentemente se inició con apoyo nutricional por medio de una SOG.

Indicaciones para NPT:

- Debido a su complejidad y potencial de complicaciones se debe de reservar para lactantes en los cuales una alimentación enteral no sea posible.
- La NPT de muy corto plazo (menor a 3 días) no tiene beneficio comprobado especialmente en lactantes nacidos a término con reservas adecuadas.
- Se debe de considerar si el lactante está dentro de las siguientes categorías: a) peso menor a 1,800 g y no tener posibilidad de recibir nutrición enteral significativa por más de 3 días. b) peso al nacer mayor a 1,800 g y no tener posibilidad de recibir nutrición significativa por 5 a 7 días.

Se requieren siete días como mínimo de reposo intestinal por la entero-enteroanastomosis, combinado con el

estado hipermetabólico postquirúrgico. Esto se aplica a nuestra paciente.¹

CONCLUSIÓN

Dada la relativa frecuencia de las atresias intestinales congénitas, es importante poder diagnosticarlas oportunamente para tener un manejo óptimo en el cual se puedan evitar las numerosas complicaciones metabólicas que el retraso en detección y tratamiento conllevan.

REFERENCIAS

1. Cloherty J, Stark AR. *Manual of Neonatal Care*. 4th ed. Little Brown Lippincot Raven, 1998.
2. *Williams Obstetrics*. F Gary Cunningham Editor. 21st ed. Saunders, 2001.
3. Townsend C. *Sabiston Textbook of Surgery*. 16th ed. W.B. Saunders Company, 2001.
4. Okada P, Hicks B. *Pediatric Surgical Emergencies*. Neonatal Surgical Emergencies Clinical Pediatric Emergency Medicine. 2002; 3(1).
5. Laurence PF. *Essentials of Surgical Specialties*. 2nd ed. Lippincot Williams & Wilkins, 2000.