

## Informe de un caso interesante

## Atresia congénita de colon: diagnóstico radiológico

Dr. Arturo Ponce-Rosas,\* Dr. Luis Manuel Ávila-Zaragoza,\*\* Dr. Pedro Salvador Jiménez-Urueta,\*\* Dr. Ramón Alfredo Castañeda-Ortiz\*\*

### RESUMEN

**Introducción.** La atresia intestinal es la causa más común de obstrucción completa en el recién nacido; se presenta en 1 a 15,000 o 20,000 nacidos vivos. Las anomalías del intestino delgado ocupan hasta el 95% de los casos. La atresia de colon es rara. El diagnóstico debe realizarse con colon por enema que muestra la anomalía.

**Presentación del caso.** Recién nacido que el primer día de vida tuvo vómito gastrobiliar. Tenía antecedente de polihidramnios. Había distensión abdominal, dibujo de asas. La RX de abdomen mostró distensión de asas intestinales, escasos niveles hidroaéreos y neumatización distal. El colon por enema mostró microcolon y obstrucción en el ángulo hepático. Una laparotomía confirmó la atresia de colon en el ángulo esplénico con defecto en "V" del mesenterio.

**Discusión.** La presencia de polihidramnios obliga a pensar en malformaciones del tubo digestivo; el vómito gastrobiliar hace pensar en obstrucción intestinal, generalmente de intestino delgado; las imágenes radiológicas simples pueden definir el diagnóstico. Sólo el colon por enema puede mostrar la obstrucción.

**Palabras clave:** Obstrucción intestinal, microcolon, atresia de colon, colon por enema.

### ABSTRACT

**Introduction.** Intestinal atresia is the most common cause of complete obstruction in newborns; it is present in 1 of 15 to 20 thousand born alive children. Anomalies of the small intestine constitute 95% of the cases. Colon atresia is a rare condition. Diagnosis must be done with colon by enema.

**Case report.** Newborn boy with a history of polyhydramnios who presented with gastrobiliar vomit the first day of life; abdominal distension and intestinal loop drawings. Abdomen X ray showed bowel loops distension, diminished air-fluid levels and distal pneumatization. A colon by enema showed a microcolon and obstruction in the hepatic angle. A laparotomy confirmed colon atresia in the splenic angle with a mesenteric "V" shape defect.

**Discussion.** A history of polyhydramnios should lead to suspect intestinal malformations; gastrobiliar vomit suggests an intestinal obstruction usually of the small intestine. Radiologic images confirm the diagnosis; the colon by enema is the only study that shows the obstruction.

**Key words:** Intestinal obstruction, microcolon, intestinal atresia, colon by enema.

**L**a atresia intestinal del recién nacido es la anomalía obstructiva más frecuente en esta etapa de la vida. Las malformaciones del duodeno e intestino delgado constituyen más del 90% de los casos. Sólo en menos del 10% <sup>1,2</sup>, la atresia del intestino se localiza en el colon. El antecedente relevante es el polihidramnios así como el vómito gastrobiliar en etapas tempranas de la vida. Las radiografías simples

de abdomen pueden definir el diagnóstico cuando existe "doble burbuja", niveles hidroaéreos y ausencia de gas en las partes distales del intestino delgado. El colon por enema puede definir anomalías como microcolon o como en nuestro caso, obstrucción intestinal a nivel del ángulo esplénico <sup>4,5</sup>. Este tipo de atresia es extremadamente raro, difícil de diagnosticar; generalmente se requiere la revisión del intestino durante una laparotomía exploradora. El tratamiento no difiere del de otras atresias: anastomosis término-terminal.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Niño recién nacido, con 40 semanas de edad gestacional; madre de 20 años. Tuvo polihidramnios. Parto por cesárea; Apgar, 8-9; pesó 2,900 g. Un ultrasonido prenatal

\* Residente de Segundo Año. Cirugía Pediátrica

\*\* Médico Adscrito. Cirugía Pediátrica  
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE

Correspondencia: Dr. Arturo Ponce-Rosas. CMN 20 de Noviembre ISSSTE. Félix Cuevas 540. Col del Valle. México 13100 D.F.

Recibido: noviembre, 2006. Aceptado: febrero, 2007.

mostró distensión de asas intestinales; se sospechó malformación anorrectal. El padecimiento se inició el primer día de vida con distensión abdominal progresiva, intolerancia a la vía oral y vómito de contenido gastrobiliar. La exploración física reveló distensión abdominal con dibujo de asas intestinales; ano permeable.

Una RX de abdomen mostró neumatización y dilatación de las asas intestinales, niveles hidroaéreos y neumatización en la porción distal del intestino. El colon por enema con material hidrosoluble mostró microcolon y ausencia de paso del medio de contraste hacia el colon transverso (Figura 1).



Figura 1. Se observa el microcolon; no hay paso del medio de contraste al colon transverso.

Una laparotomía exploradora permitió el diagnóstico de atresia de colon. Se localizó un defecto mesentérico en "V" con atresia de colon en el ángulo esplénico (Figura 2); diferencia de calibres de 5 a 1. Se realizó anastomosis término-terminal. Tuvo buena evolución.

## DISCUSIÓN

La atresia intestinal ocupa el primer lugar entre las causas de obstrucción intestinal del recién nacido; la

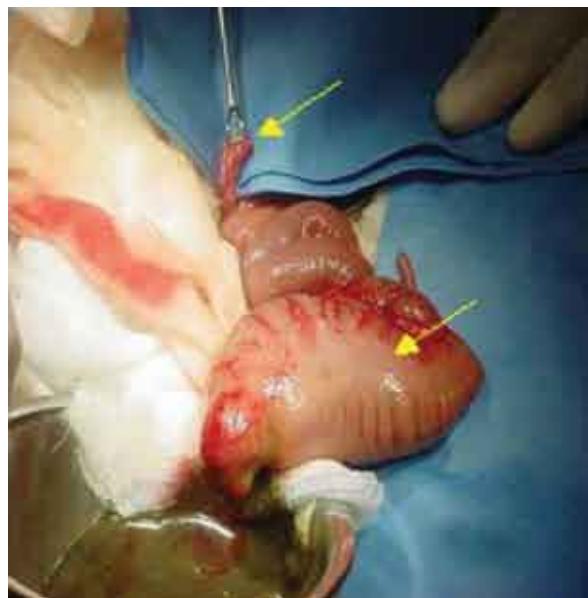


Figura 2. Transoperatorio. El cabo proximal está dilatado y el distal de calibre muy reducido.

presencia de polihidramnios hace pensar en anomalía congénita del tubo digestivo<sup>5,6</sup>; las más comunes son la del duodeno, del intestino delgado o de ambos; el diagnóstico depende de los datos hallados en las RX simples de abdomen. En la obstrucción intestinal la imagen de "doble burbuja" hace pensar en anomalía del duodeno; los niveles hidroaéreos grandes, en obstrucción de yeyuno o íleon<sup>1-3</sup>. El colon por enema debe usarse sistemáticamente ya que mostrará la presencia de microcolon en la mayoría de los casos; en raras ocasiones, la obstrucción de algún segmento del colon. En nuestro caso este estudio mostró ausencia de paso del medio de contraste hacia el colon transverso; aun con estos datos el diagnóstico diferencial era malrotación intestinal. Esto indica que aun teniendo elementos para el diagnóstico correcto, lo extremadamente raro de la anomalía obliga sospechar otro tipo de alteración anatómica.

El colon por enema<sup>5</sup> requiere observar el intestino en toda su extensión, desde el recto hasta el ciego, valorar su calibre y detectar anomalías como estenosis, tapón de meconio, etc.<sup>5</sup>. Si el medio de contraste no llena todo el trayecto intestinal, debe sospecharse una anomalía intraluminal del colon, como en el presente caso. El diagnóstico diferencial debe hacerse

con íleo meconial o tapón meconial; con enfermedad de Hirschprung; con malformación anorrectal y con malrotación intestinal.

Las calcificaciones observadas en RX simples de abdomen hacen sospechar íleo meconial; sin embargo, existe íleo meconial secundario a atresia intestinal; excepcionalmente ambas pueden existir en forma conjunta, lo que puede confundir el diagnóstico. Los cambios radiológicos en otras anomalías como agangliosis y malformación anorrectal son variables. El diagnóstico de agangliosis depende de que esté complicada o no; de que se acompañe de enterocolitis o no. Los niveles hidroáreos, la dilatación de asas intestinales son inespecíficos, por lo que el diagnóstico se debe apoyar en la historia clínica. El colon por enema en esta enfermedad es inespecífico<sup>5</sup>; su utilidad es mayor en el caso de microcolon, de malrotación, de estenosis colónica y de atresia de colon<sup>6</sup>.

El tratamiento definitivo es con una anastomosis intestinal término-terminal. Cuando no es posible hacerla por la diferencia de calibre de los cabos, por las condiciones del paciente o por la presencia de

otras anomalías, algunos autores recomiendan la derivación intestinal y en un segundo tiempo quirúrgico la anastomosis. Nuestro equipo considera que la mejor solución es la anastomosis siempre que no exista peritonitis cuando se haga la laparotomía exploradora.

#### REFERENCIAS

1. Martínez SN, Martínez HMP, Martínez HMN. Atresia congénita de colon. Una causa rara de obstrucción intestinal. Rev Mex Ped 2002;69:243-6.
2. Rescorla FJ, Groafeld JL. Intestinal atresia and stenosis; analysis of 120 cases. Ped Surg 1985;96:668-76.
3. Karnak I, Ciftci AO, Senocak ME, Tanuel FC, Buyukpamukcu N. Colonic atresia. Surgical management and outcome. Pediatr Surg Int 2001;17:631-5.
4. Misumo M, Kato T, Hebiguchi T, Yoshino H. Congenital membranous colonic stenosis. Case report of an extremely rare anomaly. J Ped Surg 2003;38:E13-E15.
5. William DW, Edward W, Edwin IH. Atresia of the colon in neonates. Radiographic findings. Ann J Radiol 1992;159:1273-6.
6. Berrocal T, Lamas M, Gutiérrez J, Torres I, Prieto C, Del Hoyo M. Congenital anomalies of the small intestine. Colon and rectum. Radiography 1999;19:1219-36.