

# **Estenosis congénita de colon con retención de cuerpos extraños. Informe de un caso**

Alfonso Galván-Montaño,\* María de Lourdes Suárez-Roa,\*\* Erika Carmona-Moreno\*\*\*

## **Resumen**

**Introducción:** La estenosis del colon es rara, con una incidencia de uno entre 40 mil nacimientos. El colon ascendente y transversal son los más afectados. Las manifestaciones clínicas pueden aparecer desde el nacimiento.

**Caso clínico:** Niño de dos años 11 meses de edad, con cuadros periódicos de estreñimiento, dolor tipo cólico y distensión abdominal. La radiografía simple de abdomen mostró dilatación de asas y cuerpos extraños. El colon por enema fue normal. Por laparotomía exploradora se identificó estenosis en el colon transversal. Se practicó resección, extracción de cuerpos extraños y anastomosis término-terminal. El examen histopatológico mostró estenosis con lumen de 0.5 cm; las células ganglionares estuvieron presentes entre las capas musculares. A dos años de la cirugía, el paciente se encontraba asintomático.

**Conclusiones:** La estenosis congénita de colon es poco frecuente. Abdu-Judeh informa un caso y refiere ocho descritos desde 1941. Las manifestaciones clínicas son estreñimiento, vómito y distensión abdominal, sin embargo, los pacientes pueden permanecer asintomáticos por periodos variables, lo que dificulta y retrasa el diagnóstico. No existe informe previo acerca de la retención de cuerpos extraños. El colon por enema y la colonoscopia son necesarios para el diagnóstico oportuno. El tratamiento electivo es la resección quirúrgica con anastomosis primaria o colostomía; una opción es la cirugía laparoscópica.

**Palabras clave:** Estenosis, colon.

## **Abstract**

**Background:** Colonic stenosis is rarely seen in pediatric practice. Its incidence has been reported as 1/40,000 births. Ascending and transverse colon are the most common sites affected. Symptoms may be present at birth.

**Clinical case:** We present the case of a 2 year, 11 month-old male. Since birth, the patient had symptoms of constipation, abdominal pain and abdominal distension. X-ray of the abdomen showed a dilated colon and foreign bodies on the right side. Barium enema was normal. The stenotic segment was resected. Foreign bodies were removed and alimentary continuity was restored by end-to-end anastomosis. The pathologist found a 5-cm lumen at the stenosis. Histological ganglion cells were present throughout the specimen. The patient evolved favorably postoperatively and was discharged 1 week after surgery. The patient has been in good health for 2 years.

**Conclusions:** Colonic stenosis is uncommon. Abu-Judeh reported on one case and a review of the literature revealed eight cases of congenital colonic stenosis since 1941. Symptoms are abdominal distension, vomiting and constipation with symptom remission, making diagnosis difficult. This is the first report involving foreign bodies. Barium enema and colonoscopy are necessary for diagnosis. Resection of the stenotic segment with end-to-end anastomosis or colostomy is the treatment of choice. Laparoscopy is an alternative procedure.

**Key words:** Stenosis, colon.

\* Cirujano pediatra.

\*\* División de Investigación Clínica.

\*\*\* Residente de tercer año de Cirugía General.

Hospital General "Manuel Gea González", México, D. F.

### *Correspondencia:*

Alfonso Galván-Montaño.  
Calz. Tlalpan 4800, Col. Sección XVI,  
Del. Tlalpan, 14080 México, D. F.  
Tel./fax: (55) 4000 3040.  
E-mail: gamagq3@hotmail.com

Recibido para publicación: 02-07-2009

Aceptado para publicación: 18-01-2010

## **Introducción**

La estenosis congénita de intestino es una malformación de la pared del intestino en la cual el tramo proximal está dilatado y en continuidad con el distal; en la unión entre ambos existe un segmento corto, estrecho y rígido que mantiene una luz mínima con mesenterio intestinal intacto.<sup>1</sup>

Se han formulado diversas hipótesis acerca del origen de las atresias y estenosis intestinales. En 1995, Louw y Barnard postularon como causa principal la insuficiencia vascular de la pared intestinal durante el desarrollo fetal, producto de una invaginación, vólvulo o encarceración.<sup>2</sup>

El colon es la localización menos frecuente de estenosis y atresia intestinal congénita, con una incidencia de uno entre 40 mil nacimientos. Las porciones ascendente y transversa suelen ser las más afectadas. La longitud del segmento involucrado puede ir de 3 a 16.5 cm.<sup>3</sup> Las manifestaciones clínicas pueden aparecer desde el nacimiento, caracterizadas por estreñimiento, distensión abdominal y vómito.

La colonoscopia y el colon por enema son necesarios que constituyan para el diagnóstico de la estenosis de colon,<sup>4</sup> que debe diferenciarse de la enfermedad de Hirschprung y de la estenosis congénita de intestino secundaria a enterocolitis necrosante, que constituyen otras causas de obstrucción intestinal.<sup>1</sup>

El tratamiento de elección consiste en reseca el segmento con estenosis. La localización es importante pues las lesiones proximales al ángulo esplénico deberán ser tratadas con resección del segmento y anastomosis primaria, mientras que en las distales al ángulo se realiza inicialmente colostomía y posteriormente resección del segmento con estenosis y la restitución de la continuidad del colon. La incorporación de la vía laparoscópica permite una mayor y detallada visualización de la cavidad abdominal para llevar a cabo la resección del segmento con la estenosis y la anastomosis término-terminal.<sup>4</sup>

## Caso clínico

Niño de dos años 11 meses de edad, nacido por cesárea debido a desproporción cefalopélvica, con Apgar 7 y 8. Padre y madre sanos. Antecedente de un cuadro de gastroenteritis a los cuatro meses de edad por probable etiología viral que ameritó hospitalización. Desde el nacimiento presentó periódicamente cuadros de estreñimiento acompañados de dolor abdominal tipo cólico, distensión abdominal y, en ocasiones, vómito, resueltos con enemas o laxantes.

La exploración física mostró a un niño con retraso en el habla, peso de 14 kg y estatura de 80 cm. El abdomen distendido, blando, depresible, no doloroso, sin visceromegalias o tumoraciones palpables. Genitales masculinos con criptorquidia bilateral. La radiografía simple de abdomen mostró dilatación de asas y en el lado derecho del abdomen, imagen de cuerpos extraños (figura 1).

El colon por enema no evidenció anomalías. Por laparotomía exploradora se encontró estenosis en colon transversal de aproximadamente 3 cm de longitud. El segmento de colon con la estenosis fue reseca con 2 cm de margen de cada lado. Los cuerpos extraños extraídos fueron huesos de pata de pollo, semillas, pedazos de hule y un botón (figura 2).

Se efectuó anastomosis término-terminal. El examen histopatológico del colon reseca indicó estenosis con lumen de 0.5 cm y células ganglionares entre las capas mus-



**Figura 1.** Radiografía simple de abdomen en la que se observa dilatación del colon ascendente y cuerpos extraños en cuadrante inferior derecho.



**Figura 2.** Cuerpos extraños extraídos durante la resección de la estenosis congénita de colon identificados como huesos de pata de pollo, botón, semillas y pedazos de hule.

culares, lo que descartó cualquier otra patología. El niño evolucionó sin complicaciones y fue dado de alta al sexto día de la intervención quirúrgica. Dos años después de la cirugía se encontraba asintomático.

## Discusión

La estenosis de colon es una lesión aislada no asociada a otras anomalías y su origen puede ser congénito, inflamatorio (enterocolitis necrosante) o neoplásico.<sup>5</sup>

La atresia de colon se clasifica con base en las descripciones de Bland-Sutton (1889) y Louw (1964):<sup>6-8</sup>

- Tipo 1, intestino y mesenterio intactos pero luz intestinal interrumpida por una membrana completa.
- Tipo 2, intestino discontinuado entre el asa proximal y distal, conectado por un cordón fibroso con mesenterio intacto.
- Tipo 3, gran separación entre los segmentos colónicos con defecto del mesenterio.
- Tipo 4, estenosis.

La estenosis congénita de colon es poco frecuente. Abu-Judeh informó acerca de un paciente y refiere un total de nueve registrados desde 1941.<sup>9</sup> Dos de ellos con localización en recto, de tres y 10 años de edad; otros dos de localización en sigmoides en niños menores de un año, y un recién nacido con estenosis en colon descendente, manejados con colostomía o resección primaria y anastomosis término-terminal.<sup>10</sup> Existen tres casos más informados por diferentes autores.<sup>4,11,12</sup>

Las manifestaciones clínicas son estreñimiento, vómito y distensión abdominal,<sup>4,11</sup> sin embargo, los pacientes pueden permanecer sin sintomatología por periodos variables, lo que dificulta y retrasa el diagnóstico, como sucedió en el presente caso, en quien el problema fue identificado casi a los tres años de edad. La edad en que se realiza el diagnóstico de acuerdo con los casos informados varía de los dos días de nacido<sup>3</sup> a los 10 años de edad.<sup>13</sup>

Entre los estudios propuestos se encuentra el colon por enema, aunque al principio puede ser normal y al practicarse posteriormente puede mostrar zona de estenosis, como en el niño de tres años informado por Takahashi.<sup>12</sup> En nuestro paciente, el colon por enema fue normal y la radiografía simple de abdomen indicó cuerpos extraños y dilatación del

colon proximal, por lo que se realizó una laparotomía exploradora, con la que se identificó y resolvió el problema. El otro estudio que debe realizarse en los pacientes con sospecha de estenosis congénita de colon es la colonoscopia, que en manos expertas es de mucha utilidad.<sup>4</sup>

## Conclusiones

Consideramos que es el primer informe sobre estenosis congénita de colon con retención de cuerpos extraños cuya manifestación clínica fue tardía. El diagnóstico se llevó a cabo hasta realizar la laparotomía exploradora. Estos casos, como se menciona en la literatura, conllevan una problemática de diagnóstico, por lo que se debe sospechar en cualquier niño con distensión abdominal, vómito y estreñimiento.

## Referencias

1. Keith TO, Arca MJ. Atresia, stenosis, and other obstruction of the colon. In: Grosfeld JL, O'Neill JA Jr, Coran AG, Fonkalsrud EW, eds. *Pediatric Surgery*. 6th ed. Philadelphia: Mosby; 2006. pp. 1493-1500.
2. Pai GK, Pai PK. A case of congenital stenosis presenting as rectal prolapse. *J Pediatr Surg* 1990;25:669-670.
3. Sax EJ. Congenital colonic stenosis. *Am J Rheumatol* 1991;156:1315-1317.
4. García-Vázquez A, Cano-Novillo I, Portela-Casalod E, Benavent-Gordo M, Berchi-García F. Congenital colonic stenosis. *An Esp Pediatr* 2002;56:258-260.
5. Bell MJ, Ternberg JL, Askin FB. Intestinal stricture in necrotizing enterocolitis. *J Pediatr Surg* 1976;11:319-327.
6. Lizardo J. Atresia congénita del colon. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Med Hondur* 2005;73:16-19.
7. Dalla L, Grosfeld J, West K, Rescorla F, Scherer L, Engum S. Intestinal atresia and stenosis. *Arch Surg* 1998;133:490-497.
8. Selke A, Jona J. The Hook sign in type 3 congenital colonic atresia. *Am J Roentgenol* 1978;131:350-351.
9. Abu-Judeh HH, Methratta S, Ybasco A, Garrow E, Ali S. Congenital colonic stenosis. *South Med J* 2001;94:344-346.
10. Benson CD, Latfi MW, Brough AJ. Congenital atresia and stenosis of the colon. *J Pediatr Surg* 1968;3:253-257.
11. Hiroshi N, Kazunori O, Kei T, Matsuhei T, Hiroyuki H, Shin N, et al. Two cases of congenital colonic atresia and stenosis. *J Jpn Soc Pediatr Surg* 2007;33:308-313.
12. Takahashi M, Sasaki F, Namieno T, Matsuhisa T, Okawa Y, Taguchi K, et al. Transverse colonic stenosis. *Pediatr Surg Int* 1998;13:191-192.
13. Cole G. Congenital diaphragm in the upper rectum. *Br J Surg* 1963;50:521-523.