

Revista Mexicana de Pediatría

Volumen
Volume **69**

Número
Number **2**

Marzo-Abril
March-April **2002**

Artículo:

Un caso de intususcepción en un
recién nacido prematuro

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Sociedad Mexicana de Pediatría, A. C.

**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

Un caso de intususcepción en un recién nacido prematuro

(An intussusception case in a premature neonate)

Hilda J Aguilar Navarro,* Olivia Cantú Cárdenas,* Ma. Guadalupe Ochoa Cárdenas,* Isaías Rodríguez Balderrama,* Rogelio Rodríguez Bonito,* Guillermo A Jiménez González,* Patricia Y Pérez Martínez,* José Guillermo Martínez Flores*

RESUMEN

La intususcepción es el prolado de un segmento del intestino, su edad de presentación es en la etapa de lactantes, siendo raro en neonatos. Se presenta el caso de un neonato prematuro de trece días de vida inicial con datos de patología abdominal con salida de gasto biliar, distensión abdominal e imagen radiológica de dilatación de cámara gástrica así como de asas intestinales con presencia de plastrón en fossa iliaca derecha agregándose cambios de coloración en pared abdominal, se ingresa a cirugía con diagnóstico de ECN grado IIIb. El hallazgo quirúrgico fue intususcepción ileo-ileal más perforación intestinal así como la presencia de divertículo de Meckel. Como conclusión, puede decirse que la intususcepción es una patología abdominal que debe ser considerada como diagnóstico diferencial en recién nacidos con datos de enterocolitis necrotizante.

Palabras clave: Intususcepción, enterocolitis necrotizante.

La intususcepción es el prolado de un segmento del intestino, siendo la causa más frecuente de obstrucción intestinal en niños de 3 meses a 6 años de edad, con un pico de frecuencia en los lactantes de 5 meses a 18 meses de edad.^{1,2}

En los recién nacidos la frecuencia es baja, menos del 1%, pero llega a presentarse en la vida intrauterina y en ocasiones llegar a ser causa de atresia intestinal.^{1,3-7}

En la literatura sólo se han reportado 18 casos de intususcepción en recién nacidos prematuros, desde el primer reporte en 1955.¹ El cuadro clínico es similar a la

SUMMARY

The intussusception is the prolapse or invagination of a portion of intestine, its age of presentation is in infants, being rare in neonates. Here is presented a case premature neonate of thirteen days of life who initiates with data of abdominal pathology with bilious losses for orogastric tube, distension abdominal with enlargement of gastric chamber as well as dilated loops with presence of a mass in a right lower quadrant added changes of color in wall abdominal; enters to surgery with diagnosis of necrotizing enterocolitis IIIB degree. In the surgery it was found ileo-ileal intussusception and intestinal perforation as well as the presence of Meckel's diverticulum.

Conclusion: *The intussusception is an abdominal disease that should be considered as differential diagnosis in a newborn with data of necrotizing enterocolitis.*

Key words: Intussusception, necrotizing enterocolitis.

enterocolitis necrotizante, por lo que puede llegar a confundirse, o estar asociada a ella.^{1-5,8}

Se reporta el caso en un recién nacido prematuro de 33.5 semanas de edad gestacional con intususcepción, y se revisa la literatura.

CASO CLÍNICO

Producto femenino de madre de 27 años primigesta, con infección de vías urinarias en 2º y 3er trimestre bajo tratamiento médico no especificado, con datos de corioamnionitis un día previo al trabajo de parto; se obtiene por parto vaginal recién nacido femenino de 33.5 semanas por Capurro, con peso de 1,050 g Apgar 5-7 en tiempos convencionales, desarrolló enfermedad de membrana hialina manejado con surfactante y ventilación mecánica convencional, con antibioticoterapia de ingreso. Presen-

* Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Servicio de Neonatología y Cirugía Pediátrica del Departamento de Pediatría del Hospital Universitario "Dr. José E. González" de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León.



Figura 1. Se observa radiografía abdominal en decúbito, en donde se observan asas intestinales dilatadas y ausencia de gas distal. Sin presencia de neumatosis intestinal.

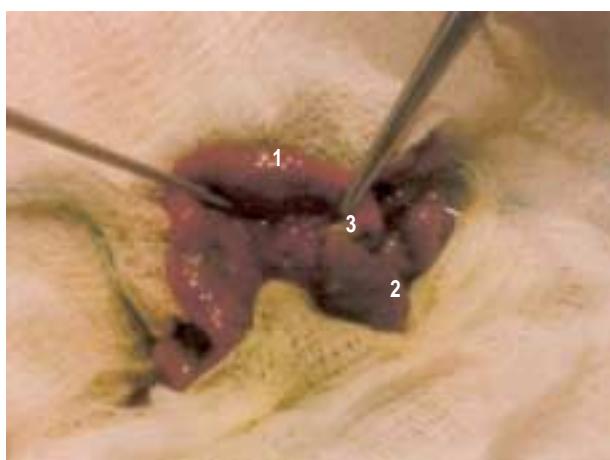


Figura 2. Se observa fotografía intraoperatoria, donde se evidencia la presencia de segmento invaginante (cabeza),¹ así como el segmento desinvaginado,² además de área de necrosis.³

ta datos de sospecha de sepsis agregándose inmunoterapia. Cursó con PCA manejándose con indometacina. Presentando alteraciones electrolíticas intercurrentes así como datos de insuficiencia renal aguda.

Inicia a los trece días de vida presentando salida de gasto biliar por sonda, con imagen radiológica de dilatación cámara gástrica al siguiente día, se agrega hepatomegalia y disminución de ruidos peristálticos. Al 16º día presenta asas dilatadas sin neumatosis intestinal con aumento del perímetro abdominal de 2 cm y dolor a la palpación. Durante el día siguiente, al 17º día se palpa masa en cuadrante inferior derecho (plastrón) con imagen radiológica en vidrio despolido. Al 18º día aumenta la dis-

tensión abdominal hasta 3 cm, además de cambios de coloración verdosa en fosa iliaca derecha. Ingresando a cirugía con diagnóstico de enterocolitis necrotizante con perforación.

Se ingresa a cirugía encontrando materia fecal libre en peritoneo con la presencia de intususcepción ileo-ileal a 18 cm de la válvula ileocecal, más perforación proximal; con hallazgo incidental, la presencia de divertículo de Meckel dentro de la intususcepción; además de zonas de necrosis. Se realiza resección de 12 cm aproximadamente con la realización de ileostomía hacia fosa iliaca derecha y fistula mucocutánea.

DISCUSIÓN

La intususcepción es la causa más frecuente de obstrucción intestinal en lactantes menores de 3 meses a 1 año de edad con una incidencia de 0.5 a 1,000 de nacidos vivos siendo el lugar de presentación más frecuente ileocólica y de etiología idiopática.^{1,3}

La frecuencia en recién nacidos es menos del 1% y tan sólo con 18 casos reportados previamente en prematuros, en donde la etiología permanece incierta. En la mayoría de los casos tienen factores de riesgo que incluyen prematuridad, bajo peso al nacimiento, hipoxia, dificultad respiratoria, PCA, colocación de catéteres umbilicales pero sin que alguna condición predominara y conllevara a la presentación de la intususcepción.¹

Se ha reportado la presencia de un punto guía que condicionaría a la presentación de la intususcepción, esto observado en neonatos de término con componente ileal predominante,¹ aunque en otros reportes comentan que



Figura 3. Se observa vista macroscópica de pieza quirúrgica: en donde se evidencia la presencia de divertículo de Meckel,¹ así como de área de necrosis.²

cuenta con componente colónico;⁴ en los prematuros rara vez tienen componente colónico,^{4,5} en literatura previa no se han reportado anomalías anatómicas en prematuros; aunque se han encontrado patologías simultáneas como tapón meconial, intervención quirúrgica previa o enterocolitis necrotizante,^{1,5-7} en nuestro caso encontramos como hallazgo un divertículo de Meckel.

Su presentación clínica es inespecífica ya que la presencia de masa palpable se encontró en 5 de los 17 pacientes, siendo que es una característica de niños mayores.

En los casos reportados en la literatura de intususcepción se han encontrado un 41% de los pacientes que presentaron residuo gástrico y distensión abdominal, los cuales son signos no específicos de dicha patología ya que la podemos encontrar en la enterocolitis necrosante.¹

En cuanto a imagen radiológica en la intususcepción hay sólo dilatación de asas intestinales y ocasionalmente niveles, como lo presentó nuestro paciente; mientras que en la enterocolitis necrotizante hay neumatosis más dilatación intestinal generalizada.² En sólo 4 casos de los reportados se observó neumoperitoneo en casos de perforación intestinal. Se comenta en los primeros reportes publicados la utilización de colon por enema como diagnóstico y tratamiento,² pero en últimos reportes, se comenta que el tratamiento es quirúrgico, que ante la sospecha es indicación de tal.^{1,8}

En la literatura se comenta la realización de laparotomía exploradora con una media de 7 días entre el deterioro clínico y la presencia de heces sanguinolentas, masa palpable o signos de perforación documentado en reportes previos, mientras que en este caso asumimos que el deterioro clínico en relación con la intususcepción la presentó al 16º día interviniéndose quirúrgicamente al vigésimo día de vida. Durante la cirugía se evidenció la presencia de intususcepción fíleo-ileal a 18 cm de la válvula fíleo-cecal con presencia de perforación proximal realizando resección aproximadamente de 12 cm con el hallazgo de divertículo de Meckel dentro de la intusus-

cepción; posteriormente se realizó ileostomía más fístula mucocutánea.

CONCLUSIONES

Dentro de los pacientes con datos de enterocolitis necrotizante, se debe de considerar como diagnóstico diferencial a la intususcepción, además si existe la presencia de masa abdominal o datos de obstrucción intestinal, por los datos clínicos que mencionamos ya que puede llegar a confundirse con enterocolitis necrotizante.

REFERENCIAS

1. Gorgen-Pauly U, Schultz et al. Intussusception in preterm infants: case report and literature review. *Eur J Pediatr* 1999; 158: 830-832.
2. Mooney D, Steinthorsson G et al. Perinatal intussusception in premature infants. *Journal of Pediatric Surgery* 1996; 31: 695-697.
3. McMillan et al. Oski's pediatrics. *Principles and practice*. 3rd edition. Lippincott Williams and Wilkins, 1999: 1652-1654.
4. Wang NK, Yeh ML et al. Prenatal and neonatal intussusception. *Pediatr Surg Int* 1998; 13(4): 232-6.
5. Blair JT, Lee JT et al. Postoperative intussusception in a premature infant. *Journal of Pediatric Surgery* 1990; 25(11): 1194-1195.
6. Pavri DR, Marshall DG et al. Intrauterine intussusception: case report and literature review. *Can J S* 26: 376-378.
7. Yoo RP et al. Intussusception in the newborn: a unique clinical entity. *J Ped Surg* 1974; 9: 495-498.
8. Smith VS, Giacoia GP et al. Intussusception associated with necrotizing enterocolitis. *Clin Pediatric* 1984; 23: 43-45.

Correspondencia:
Dr. Isaías Rodríguez Balderrama.
Servicio de Neonatología del
Hospital Universitario
“José E. González” de la UANL,
Madero y Gonzalitos C.P. 64440,
Monterrey Nuevo León, México.

¿La detección precoz de la otitis media con derrame previene el retraso en el desarrollo del lenguaje? Los autores consideran si la detección precoz de la otitis media con derrame (OMD), en niños asintomáticos en los primeros cuatro años de vida, previene este retraso. Concluyen que no existe evidencia suficiente para justificar recomendaciones en favor o en contra del uso de la timpanometría, la microtimpanometría, la reflectometría acústica y la otoscopia neumática para la detección precoz de la OMD en la población general dentro de los primeros cuatro años de vida. (C.C. Butler y cols., *Arch Dis Child* 2001; 85: 96-103).