

Revista Mexicana de Pediatría

Volumen
Volume **69**

Número
Number **6**

Noviembre-Diciembre
November-December **2002**

Artículo:

Atresia congénita del colon. Una causa rara de obstrucción

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Sociedad Mexicana de Pediatría, AC

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 congénita del colon. Una causa rara de obstrucción intestinal neonatal

(Congenital colonic atresia. A rare cause of neonatal intestinal obstruction)

Néstor Martínez Salcedo,* Paulino Martínez Hernández-Magro,** Néstor Martínez Hernández-Magro***

RESUMEN

Se presenta un caso de atresia de colon tipo IIIa, sometida a ileostomía temporal y cierre posterior con evolución satisfactoria tres años después. **Conclusiones.** Las manifestaciones clínicas de la atresia de colon no son muy diferentes a otros tipos de obstrucción intestinal, por lo que se debe tener siempre presente como diagnóstico diferencial.

Palabras clave: Atresia del colon, obstrucción intestinal.

SUMMARY

Colonic atresia is a rare cause of intestinal obstruction but it must be suspected in neonates with the intestinal obstruction syndrome. A colonic atresia case is reported due to its uncommon presentation and the surgical outcome, at three years of follow-up, is done.

Key words: Colonic atresia, intestinal obstruction.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Recién nacido de sexo femenino, de dos días de edad, producto de madre de 18 años de edad, gesta 1 con embarazo de término, y parto eutóxico con presentacióncefálica; Apgar de 8-9 y Silverman-Andersen de 0, peso al nacimiento de 2.620 kg, perímetrocefálico de 36.5 cm y talla de 48 cm. Es valorada en el servicio por vómito biliar, distensión abdominal y ausencia de evacuaciones desde su nacimiento. Se toman radiografías simples del abdomen en las cuales se observa dilatación importante de asas del intestino delgado, con presencia de niveles hidroáreos, ausencia de gas en recto sigmoides y sin evidencia de aire libre (*Figura 1*), por lo cual se solicita valoración quirúrgica. A la exploración se encontró paciente con facies no característica, cráneo con fontanela normotensa, cuello sin alteraciones, tórax con ruidos cardíacos rítmicos y de buen tono, sin fenómenos agregados, campos pulmonares con hipoventilación basal bilateral,

abdomen globoso con peristalsis aumentada y ruidos intestinales metálicos, con dolor evidente a la palpación y sin visceromegalias, foseta anal permeable, genitales externos normales, miembros torácicos y pélvicos normales con pliegues simétricos y reflejos osteotendinosos normales. Exámenes de laboratorio dentro de lo normal.

Debido a los hallazgos en la exploración y los exámenes de gabinete, se somete a laparotomía exploradora con diagnóstico probable de atresia ileal. En el procedimiento se encuentra distensión importante de las asas del intestino delgado y ciego distendido en fondo de saco ciego (*Figura 2*), dilatado e hipertrófico y presencia de segmento distal de colon a nivel de ángulo hepático atrófico y muy estrecho con defecto en el mesenterio (atresia tipo IIIa). Se realiza resección de ciego dilatado (*Figura 3*) e ileostomía terminal con fistula mucosa del segmento distal (tipo Mikulicz), con el fin de dilatarlo por medio de aplicación de una solución fisiológica para después conectar ambos estomas. La paciente recibió alimentación al pecho materno, y por el estoma distal irrigaciones con solución fisiológica, sin obtener dilatación del segmento distal. Se decide al día 9 de edad el cierre de ileostomía. Se realiza resección del segmento atrófico del colon y anastomosis ileo-rectal, término terminal, en dos planos (tipo Haight). La niña presenta evo-

* Departamento de Cirugía Pediátrica, Hospital "Torre Médica de Celaya", Celaya Gto.

** Cirugía de Colon y Recto, HE CMN SXXI IMSS México D.F.

*** Cirugía Pediátrica. CMN "La Raza". México D.F.



Figura 1. Radiografía simple de abdomen. Dilatación de asas del intestino delgado y ausencia de aire en recto sigmoides.

lución satisfactoria y comienza a tener evacuaciones al segundo día de operada, disminución del perímetro abdominal y tolerancia adecuada a la vía oral; egresa por mejoría.

Durante tres años es seguida en su evolución en la consulta externa, con incremento de talla y peso de acuerdo a las percentilas esperadas para su edad, con evacuaciones diarias bien formadas. Se realiza colon por enema cada año, observando "colonización" del ileon terminal y adecuada permeabilidad de la anastomosis (*Figura 4*).

DISCUSIÓN

Las malformaciones congénitas del tracto gastrointestinal son, relativamente, frecuentes en niños recién nacidos, incluyen lesiones obstructivas del intestino delgado, anomalías del colon, defectos de malrotación, alteraciones anorrectales, y duplicaciones intestinales.³

La atresia colónica es una malformación poco frecuente. Se ha demostrado que puede ser causada durante la vida intrauterina,^{4,5} por un accidente vascular (ruptura de vasos mesentéricos fetales); se ha sugerido

que la ingesta de medicamentos vasoactivos por la madre puede incrementar el riesgo de esta malformación.⁵ Puede producirse en cualquier segmento del colon y de variada longitud, pueden ocurrir las atresias múltiples, así como malformaciones asociadas.⁶⁻⁹

Louw¹⁰ clasificó a la atresia en tres tipos: 1) oclusión completa de la luz del colon por un diafragma membranoso; 2) segmentos proximal y distal en saco ciego, unidos por un remanente de intestino en forma de cordón con mesenterio intacto; 3) separación completa de los segmentos colónicos con falta asociada de un segmento de mesocolon. Esta clasificación fue modificada por Grosfeld y cols.,¹¹ agregando subtipos a la malformación de tipo III: la tipo IIIa con segmentos separados y defecto en el mesenterio en forma de "V", la tipo IIIb en forma de "cáscara de manzana" y la tipo IV que consiste en atresias múltiples.

En los neonatos sanos, se puede identificar por medio de radiografías aire en estómago a minutos del nacimiento; tres horas en intestino delgado, y 8 a 9 horas después el sigmaoides. El diagnóstico de obstrucción se hace al haber un retardo en el paso de aire, con evidencia de distensión de intestino proximal.³



Figura 2. Hallazgos transoperatorios. Atresia congénita de colon tipo IIIa.



Figura 3. Pieza quirúrgica. Ciego dilatado y en forma de saco ciego.



Figura 4. Colon por enema. Se observa formación de "haustras" en íleon terminal.

El enema de bario es un estudio esencial para el diagnóstico, muestra obstrucción del flujo del medio de contraste y revela la presencia de un microcolon funcional distal.³ Se ha reportado el diagnóstico prenatal mediante ultrasonido obstétrico en el cual se observa dilatación progresiva del colon proximal a la atresia.¹²

El tratamiento consiste en una ileostomía con anastomosis secundaria,¹³ descartando previamente aganglionosis o fibrosis quística del microcolon y recto, ya que se ha reportado aganglionosis total del colon y enfermedad de Hirschsprung asociada a la atresia del colon.¹⁴⁻¹⁸

Dalla Vecchia y col.¹⁹ reportaron no tener casos operativos fatales y sobrevida en 21 pacientes de los cuales 18 fueron tratados con ileostomía temporal y cierre posterior.

Algunos autores recomiendan resección del segmento dilatado y cierre con anastomosis primaria, si el paciente se encuentra en buenas condiciones.^{8,20} Karnak y cols, revisaron 18 niños con atresia de colon en los que realizaron enterostomía en 15 (83%) y cierre primario en 3 (17%), encontrando fuga anastomótica en todos los que fueron manejados con anastomosis primaria, considerando el tipo de cirugía y las malformaciones asociadas como determinantes en la evolución.⁹ En este paciente se observó una evolución y resultados funcionales satisfactorios con la realización de ileostomía y cierre posterior con anastomosis ileo-rectal “telescopeada” (la cual, al parecer, funcionó como válvula ileo-cecal) con la posterior “colonización” del segmento ileal distal (mostrada en el colon por enema que se apreció durante el seguimiento), presentando evacuaciones diarias y bien formadas.

Cabe concluir que la atresia congénita de colon es rara y debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial de la obstrucción intestinal neonatal. El tratamiento consiste en resección del segmento dilatado e ileostomía con cierre posterior. Se deberá descartar aganglionosis y enfermedad de Hirschsprung antes del cierre debido a su asociación.

REFERENCIAS

1. Romolo JH. Embriología y anatomía del colon. capítulo 1, Tomo IV. En: *Cirugía del Aparato digestivo*. Shackelford, 3^a. Edición. Editorial Panamericana, Buenos Aires Argentina 1993: 3-19.
2. Nixon H. Aganglionosis y otras anomalías del colon y del recto. Capítulo 12, En: Coligher J. *Cirugía del ano, recto y colon*. 2^a. Edición, Masson Editores, Barcelona España. 1998: 293-322.
3. Berrocal T, Lamas M, Gutiérrez J et al. Congenital anomalies of the small intestine, colon, and rectum. *Radiographics* 1999; 19: 1219-1236.
4. Louw JH. Investigation into the etiology and congenital atresia of the colon. *Dis Colon Rectum* 1964; 7: 471.
5. Werler MM, Sheehan JE, Mitchell AA. Maternal medication use and risks of gastoschisis and small intestinal atresia. *Am J Epidemiol* 2002; 1: 26-31.

6. Wang KS, Cahill JL, Skarsgard ED. Omphalocele, colonic atresia, and Hirschsprung's disease: an unusual cluster of malformations in a single patient. *Pediatr Surg Int* 2001; 17: 218-20.
7. Croaker GD, Harvey JG, Cass DT. Hirschsprung's disease, colonic atresia, and absent hand: a new triad. *J Pediatr Surg* 1997; 32: 1368-70.
8. Snyder CL, Miller KA, Sharp RJ et al. Management of intestinal atresia in patients with gastroschisis. *J Pediatr Surg* 2001; 36: 1542-5.
9. Karnak I, Ciftci AO, Senocak ME et al. Colonic atresia: surgical management and outcome. *Pediatr Surg Int* 2001; 17: 631-5.
10. Louw JH. Resection and end-to-end anastomosis in the management of atresia and stenosis of the small bowel. *Surgery* 1967; 62: 940.
11. Grosfeld JL, Ballantine TVN, Shoemaker R. Operative management of intestinal atresia and stenosis based on pathologic findings. *J Pediatr Surg* 1979; 14: 368.
12. Alfonso A, Perai MV, Lombardia J y cols. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; (Suppl 167): 49.
13. Estevao da Costa JM, Oliveira L, Albert A et al. Treatment of colonic atresia. Report of 3 cases. *Cir Pediatr* 1993; 6: 69-71.
14. Fleet MS, de la Hunt MN. Intestinal atresia with gastroschisis: a selective approach to management. *J Pediatr Surg* 2000; 35: 1323-5.
15. Siu KL, Kwok WK, Lee WY, Lee WH. A male newborn with colonic atresia and total colonic aganglionosis. *Pediatr Surg Int* 1999; 15: 141-2.
16. Kim PC, Superina RA, Ein S. Colonic atresia combined with Hirschsprung's disease: a diagnostic and therapeutic challenge. *J Pediatr Surg* 1995; 30: 1216-7.
17. Landes A, Shuckett B, Skarsgard E. Non-fixation of the colon in colonic atresia: a new finding. *Pediatr Radiol* 1994; 24: 167-9.
18. Akgur FM, Tanyel FC, Buyukpamukcu N et al. Colonic atresia and Hirschsprung's disease association shows further evidence for migration of enteric neurons. *J Pediatr Surg* 1993; 28: 635-6.
19. Dalla Vecchia LK, Grosfeld JL, West KW et al. Intestinal atresia and stenosis: a 25-year experience with 277 cases. *Arch Surg* 1998; 133: 490-6.
20. Sanchez-Jarquin MR, Alonso-Calderon JL, Sanz N et al. The colonic atresia: an uncommon cause of neonatal intestinal obstruction. *Cir Pediatr* 1996; 9: 125-7.

Correspondencia:

Dr. Néstor Martínez Salcedo
Torre Médica de Celaya.
Quintana Roo 546,
Consultorio 301, CP. 38000,
Celaya Gto. México.
Teléfono (461) 615 4848.
E-mail: nestormartinezs@hotmail.com