

Revista Mexicana de Pediatría

Volumen
Volume **72**

Número
Number **4**

Julio-Agosto
July-August **2005**

Artículo:

Diagnóstico prenatal de atresia intestinal
múltiple

Derechos reservados, Copyright © 2005:
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

Diagnóstico prenatal de atresia intestinal múltiple

(Prenatal diagnosis of small intestinal atresia)

Roberto Rodríguez-García,* Felipe Carlos Rodríguez-García**

RESUMEN

Se presenta el caso de un neonato a término en el que se hizo el diagnóstico de atresia intestinal a las 36 semanas de gestación, por ultrasonografía, al tratar de confirmar la posibilidad de polihidramnios en su madre. Al nacer se confirmó el diagnóstico y se sometió a cirugía.

Palabras clave: Atresia intestinal, obstrucción intestinal, diagnóstico prenatal, polihidramnios.

SUMMARY

In this report, we describe a newborn child with a gestation age of 40 weeks. At the 36 weeks of pregnancy an ultrasound study done to the mother shown that the baby had multiple intestinal atresias. When the child born the diagnosis confirmed.

Key words: Intestinal atresia, jejunointestinal atresia, prenatal diagnosis, polyhydramnios.

La atresia de intestino es la más frecuente de las malformaciones congénitas obstructivas del tubo digestivo en niños recién nacidos, se le encuentra en cerca de un tercio de los casos de obstrucción intestinal neonatal.¹⁻³ Un reporte acerca de esta anomalía informa que su incidencia es de 2.25 por 10,000 nacidos vivos y que en 50% de los casos la atresia ocurre en el duodeno, en 36% se le encuentra en el segmento yeyunoileal, en 7% la atresia es en el colon, en sólo 5% de los casos es atresia múltiple. En este mismo estudio se encontró que 35.4% de los niños tuvieron menos de 37 semanas de gestación y su peso al nacer fue menor a 2,500 g en 52%; las madres menores de 20 años de edad tuvieron mayor riesgo de tener un hijo con malformación.⁴ También se ha observado que los mellizos tienen mayor riesgo de presentar esta enfermedad al nacer.^{4,5}

En cuanto a la sobrevida de estos niños, cuando son quirúrgicamente intervenidos, es de cerca de 90%, pero en las atresiales distales los niños tienen un mayor riesgo de morir: mencionando las atresias múltiples, tienen una mayor letalidad (57%), sólo superadas por la debida a íleo meconial (65%), y las gastosquisis (66%).²

El objetivo del presente trabajo es el de informar un caso clínico de diagnóstico prenatal de atresia múltiple de intestino yeyunoileal.

CASO CLÍNICO

Mujer de 30 años de edad, gesta I, sin antecedentes patológicos ni gineco-obstétricos de importancia. Esposo de 36 años de edad, sano, no consanguíneo, y sin antecedentes de malformaciones congénitas por ambas familias. Cursó con un embarazo normal hasta las 31 semanas de gestación en que tuvo un crecimiento abdominal acelerado y un rápido incremento corporal.

A las 36 semanas se piensa que tenga polihidramnios, por lo que se solicita ultrasonido obstétrico; se confirma esta posibilidad calificándola como leve, y se apreció en el feto: dilatación gástrica y de asas intestinales (imágenes ecolúcidas), en la parte inferior del abdomen fetal (*Figura 1*). Con estas imágenes se plantea el diagnóstico de obstrucción del intestino delgado. En el control subsiguiente con ultrasonidos seriados, no se observó modificación de las imágenes de dilatación gástrica y del intestino delgado, ni tampoco que hubiese alguna otra complicación.

A las 40 semanas de gestación nace, por parto normal, un niño de sexo masculino con peso de 3,700 g, talla 52 cm y un Apgar 8-9; no se le encontraron

* Servicio de Pediatría, Hospital General de Zona No. 32, IMSS. Minatitlán, Veracruz.

** Servicio de Pediatría, Hospital General de Zona 2 A, IMSS. México, D.F.

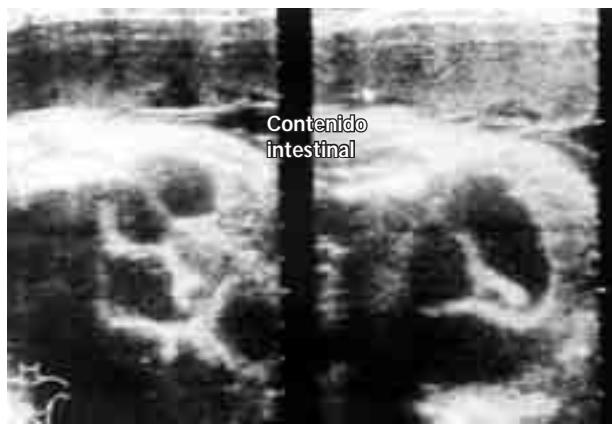


Figura 1. Ultrasonido prenatal muestra el intestino delgado fetal dilatado en imágenes ecolúcidas.



Figura 2. Se observa el intestino delgado proximal dilatado y las atresias múltiples de intestino yeyunoileal.

malformaciones congénitas externas. Se dejó en ayuno con sonda orogástrica y se le administraron soluciones parenterales, esperando que el intestino se llenara de aire. A 8 horas de nacido se corroboró el diagnóstico de obstrucción intestinal por radiografías simples de abdomen, por lo que se sometió a una laparotomía exploradora 24 horas después de haber nacido. Es así como se hace el diagnóstico de atresias múltiples de intestino yeyunoileal (*Figura 2*), se le hace resección del intestino afectado y anastomosis término-terminal. Se le remite a un hospital de tercer nivel para alimentación parenteral, donde a los 20 días de edad es reintervenido, encontrando estenosis de la anastomosis término-terminal. Cuatro días después fallece por septicemia.

DISCUSIÓN

Este caso ejemplifica la importancia que tiene la ultrasonografía obstétrica temprana y sistemática en la detec-

ción de anomalías fetales mayores, como en la atresia intestinal.⁶ Es lógico pensar que el diagnóstico prenatal de este defecto congénito permite la regionalización de los cuidados neonatales, el mejor diagnóstico de otras malformaciones acompañantes, el desarrollo de técnicas quirúrgicas innovadoras, y el empleo de alimentación parenteral mejoran la sobrevida y la futura calidad de vida de los niños que llegan a padecer esta enfermedad.^{7,8}

La dilatación de las asas de intestino delgado en la parte baja del abdomen fetal, como las imágenes poliédricas ecolúcidas que se observaron en el ultrasonido obstétrico de este caso, además de la presencia de polihidramnios permitió en este niño sospechar el diagnóstico de atresia múltiple de intestino delgado, lo que se corroboró después de nacer con radiografías simples del abdomen: al no observar aire en las partes más bajas del abdomen. La cirugía confirmó el diagnóstico de la atresia múltiple de intestino delgado.

Es conveniente mencionar que la etiología de la atresia intestinal se atribuye a que en el periodo fetal se produce isquemia intestinal, por ausencia de un segmento de la arteria mesentérica superior que es la responsable de la irrigación del intestino medio.^{9,10} Se ha sugerido que la ingesta de la mujer embarazada de medicamentos vasoactivos puede aumentar el riesgo de este tipo de atresia.¹¹

Infortunadamente este niño presentó la atresia múltiple que es la de mayor letalidad, debido a complicaciones, como sucedió en él.⁴ Por otro lado, una complicación fetal es la perforación del intestino y la subsecuente peritonitis meconial.¹²

Cabe hacer notar que las anomalías ultrasonográficas de la atresia del intestino delgado generalmente se manifiestan con dilatación de asas intestinales distales al duodeno, en el tercer trimestre del embarazo.¹³ Una obstrucción distal, por abajo del ligamento de Treitz, es difícil de diagnosticar por ser la imagen ecosonográfica menos característica: puede ser confundida con una dilatación transitoria del intestino normal. En lo que atañe al polihidramnio, se desarrolla en etapas más tempranas del embarazo y es más notorio en las atresias proximales.^{8,10} En un grupo de neonatos con atresia y polihidramnios, éste fue más frecuente cuando el defecto se localizó en el duodeno.⁸ Las malformaciones mayores se asocian también con mayor frecuencia a las atresias duodenales, con respecto a las más distales.⁸

Así pues, en este caso, a pesar de que el diagnóstico se hizo en la etapa prenatal, de que fue sometido a cirugía abdominal poco después de nacer y de nación con buen peso, falleció debido a las complicaciones infecciosas como en otros niños afectados por esta malformación múltiple yeyunoileal.²⁻¹⁴

REFERENCIAS

1. Reyes HM, Meller JL, Loeff D. Obstrucción intestinal neonatal. *Clin Perinatol* 1989; 1: 95-124.
2. Prasad TR, Bajpai M. Intestinal atresia. *Indian J Pediatr* 2000; 67: 671-8.
3. Martínez SN, Martínez HP, Martínez HN. Atresia congénita de colon. Una causa rara de obstrucción intestinal neonatal. *Rev Mex Pediatr* 2002; 69: 243-6.
4. Francannet C, Robert E. Epidemiological study of intestinal atresias: central-eastern France registry 1976-1992. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1996; 25: 485-94.
5. Cragan ID, Martin ML, Waters GD, Khoury MJ. Increased risk of small intestinal atresia among twins in the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1994; 48: 733-9.
6. Sauerbrei E. Indicaciones para la ultrasonografía obstétrica. En: Sauerbrei E, Nguyen K, Nolan R, editores. *Ultrasonido en ginecología y obstetricia*. 2^a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1999: 1-7.
7. Touloukian RJ. Diagnosis and treatment of jejunoileal atresia. *World J Surg* 1993; 17: 310-7.
8. Miro J, Bard H. Congenital atresia and stenosis of the duodenum: the impact of a prenatal diagnosis. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158: 555-9.
9. Alvarado GR, Gallego GJ, Uribe RD. Atresia duodenoyeyunal en "cáscara de manzana". *Acta Pediatr Mex* 2002; 23: 18-20.
10. Nixon HH, Tawes R. Etiology and treatment of small intestine atresia: analysis of a series of 127 jejunointestinal atresias and comparison with 62 duodenal atresias. *Surgery* 1970; 68: 41-51.
11. Werler MM, Sheehan JE, Mitchell AA. Maternal medication use and risks of gastroschisis and small intestinal atresia. *Am J Epidemiol* 2002; 1: 26-31.
12. Skoll MA, Marquette GP, Hamilton EF. Prenatal ultrasonic diagnosis of multiple bowel atresias. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 156: 472-3.
13. Sauerbrei E. Aparato digestivo fetal. En: Sauerbrei E, Nguyen K, Nolan R, editores. *Ultrasonido en ginecología y obstetricia*. 2^a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1999: 332.
14. Jiménez FJH, Baguzuma BB. Atresia intestinal, experiencia médica-quirúrgica. *Bol Clin Hosp Edo. Son.* 2004; 21: 3-11.

Correspondencia:

Dr. Roberto Rodríguez García.
 Pipila No. 68, colonia Insurgentes Norte,
 CP 96710,
 Minatitlán, Veracruz
 Teléfonos (922) 22 3-52-51, 22 1-19-53
 E-mail: rorogapediatr@hotmail.com

