

Caso Clínico

Una causa inusual de obstrucción intestinal neonatal: Atresia de colon

Alberto J.Compeán-Lorenzana, Manuel Gil-Vargas,
Ulises T.Martínez-Carreño, Luís De la Torre- Mondragón,
Guillermo Victoria-Morales, Froylan de J.Paniagua-Morgan

Institución Hospitalaria

Hospital para el Niño Poblano. Servicio de Cirugía Pediátrica
Boulevard del Niño Poblano No. 5307
Col. Concepción la Cruz C.P. 72190
Puebla, Puebla

Solicitud de sobretiros: Dr. Alberto J Compeán Lorenzana,
Hospital para el Niño Poblano. Servicio de Cirugía Pediátrica,
Boulevard del Niño Poblano No. 5307
Col. Concepción la Cruz C.P. 72190,
Puebla, Puebla

Resumen

Introducción: La atresia de colon es una presentación inusual de obstrucción intestinal en la etapa neonatal.

Caso clínico 1: RN con obstrucción neonatal, la laparotomía presentó atresia tipo III, resección, tapering y anastomosis.

Caso clínico 2: RN cuadro de obstrucción intestinal mecánica, laparotomía exploradora: atresia de colon tipo III, resección, “tapering”, anastomosis.

Caso clínico 3: RN vómitos fecaloides, distensión abdominal, ausencia de evacuaciones, laparotomía exploradora: atresia de colon tipo III, anastomosis termino terminal.

Discusión: La atresia de colon es rara, el cuadro clínico es semejante al de cualquier tipo de obstrucción intestinal baja. El tratamiento quirúrgico es la resección del intestino con anastomosis termino terminal, se debe descartar alteraciones del sistema nervioso enteral como la enfermedad de Hirschsprung debido a que se ha asociado a atresia de colon.

Palabras clave: Atresia de colon; obstrucción intestinal.



A cause unusual intestinal obstruction neonatal: Atresia colon

Abstract

Introduction: Colon atresia is a rare cause of bowel obstruction in the neonatal period. This work describes a rare cause of bowel obstruction in our hospital.

Clinical case 1: Newborn with neonatal obstruction, laparotomy discovered colonic atresia type III, resection, tapering, anastomosis

Clinical case 2: Newborn with intestinal obstruction, laparotomy colonic atresia type III, resection, tapering, anastomosis.

Clinical case 3: Newborn with fecaloid vomit, abdominal distension, absence of stools intestinal, laparotomy: colonic atresia type III, anastomosis.

Discussion: Colonic atresia is rare, its clinical presentation is similar to every type of low bowel obstruction. The surgical treatment is resection of the bowel with terminal-terminal anastomosis. Nervous system alterations must be rule out, such as Hirschsprung disease because it can be associated with colonic atresia.

Index words: Colonic atresia; Bowel obstruction.

Introducción

Las malformaciones congénitas del tracto gastrointestinal son relativamente frecuentes, incluyen lesiones obstructivas, anomalías de la rotación intestinal, alteraciones del sistema nervioso enteral, malformaciones anorrectales y duplicaciones intestinales, causando cuadros de obstrucción intestinal en el recién nacido.¹

Específicamente, la atresia de colon es una presentación inusual de obstrucción intestinal en la etapa neonatal; representa del 1.8 al 15%^{2,3} de todas las atresias intestinales con una incidencia del 1 en 40 000 nacimientos,^{4,5} la localización es más frecuente en el ascendente y transverso y con menos frecuencia en descendente y sigmoides,^{4,7} puede acompañarse con otras malformaciones.^{8,9,12}

Tlander describió que se debía al fallo en la vacuolización del epitelio intestinal. Mas tarde Louw-Barnard postularon que la causa principal de la formación de atresia intestinal es una insuficiencia vascular de la pared intestinal durante el desarrollo fetal.⁴

Louw clasificó a las atresias intestinales en tres tipos:¹⁰

Tipo I. Oclusión de la luz por un diafragma membranoso.

Tipo II. Segmento proximal y distal en saco ciego, unidos por un cordón fibroso con mesenterio intacto.

Tipo III. Separación completa de segmentos intestinales por falta de segmento de mesocolon.

Posteriormente Grosfeld y cols.¹¹ agregaron subtipos a la clasificación tipo III propuesta por Louw, la IIIa con segmentos separados y defecto del mesenterio en forma de "V", la IIIb en forma de "cáscara de manzana" y añadieron la tipo IV presencia de atresias múltiples.

El trabajo describe una causa infrecuente de obstrucción intestinal neonatal secundaria a atresia de colon en nuestro hospital.

Casos Clínicos

Caso clínico 1: Recién nacido femenino de 12 horas de vida, ultra sonido prenatal con polihidramnios, presentó vómitos de características gástricas, distensión abdominal y ausencia de evacuaciones.

A la exploración física: el abdomen globoso, peristalsis nula, ano permeable, radiografía de abdomen asas dilatadas, niveles hidroáreos, procediendo a laparotomía exploradora encontrando atresia colónica tipo III en colon transverso, resección, plastia de reducción "tapering" y anastomosis terminal, postoperatorio favorable, histología de los segmentos colónicos normoganglionicos.

Caso clínico 2: Recién nacido dos días de vida, control prenatal nulo, presentó vómitos biliares, distensión abdominal y ausencia de evacuaciones desde el nacimiento.

A la exploración física : drenaje biliar por sonda orogástrica, abdomen globoso, timpá-



nico, peristalsis aumentada, ano permeable, radiografía de abdomen con dilatación de asas intestinales, niveles hidroáreos, ausencia de gas en ámpula rectal, sometiéndose a laparotomía exploradora, localizando atresia de colon tipo III en colon ascendente.

Resección de segmento dilatado, plastia de reducción “tapering”, anastomosis termino terminal, curso con el postoperatorio sin complicaciones, segmentos colónicos normoglánglionicos.

Caso clínico 3: Recién nacido masculino, eutrófico, sin control prenatal, ingresó a las 24 horas de vida con rechazo a la vía oral, vómitos lácteos que evolucionan a fecaloide, distensión abdominal, ausencia de evacuaciones.

La exploración física: irritable, drenaje fecaloide por SOG, distensión abdominal, peristalsis ausente, dibujo de asa, ano permeable.

Radiografía de abdomen: ausencia de gas distal y niveles hidroáreos, efectuando laparotomía exploradora: atresia de colon tipo III, en colon ascendente y transverso, procediendo a anastomosis termino terminal con plastia de reducción “tapering”, toma de biopsias de colon, sin complicaciones postoperatorias, resultado de biopsia normoglánglionicas

Discusión

La atresia de colon es una anomalía rara, el cuadro clínico es semejante al que de cualquier tipo de obstrucción intestinal baja, si el diagnóstico no es establecido de forma temprana puede haber perforación, peritonitis y choque séptico.

En el neonato se identifica a través de radiografía de abdomen aire en estómago a los minutos de vida, a las tres horas en intestino delgado y ocho a nueve horas después en el sigma. ⁵ El diagnóstico de obstrucción se hace al haber un retardo en el paso de aire, con evidencia de distensión intestinal.

Las condiciones clínicas, hemodinámicas y metabólicas de los tres casos mencionados previamente permitieron la resección del intestino

afectado con la anastomosis termino terminal, en su caso de haber isquemia intestinal, peritonitis se realiza una derivación intestinal con cierre secundario.

Se debe descartar alteraciones del sistema nervioso enteral como la enfermedad de Hirschsprung debido a que se ha asociado a atresia de colon.

Referencias

1. Berrocal T, Lamas M, Gutierrez J et al. congenital anomalies of the small intestine, colon and rectum. Radiographics 1999;19:1219-1236
2. Benson CD, Lofti MW, Brough AJ: Congenital atresia and stenosis of the colon. J Pediatr Surg 1968;3:253
3. Boles ET Jr, Vassy LE, Ralston M. Atresia of the colon. J Pediatr Surg 1976; 11:69
4. Winters WD, Weinberg E, Hatch EI. Atresia of the colon in neonates: Radiographic finding. Am J Rheumatol 1992;159:1273-1276
5. Sax EJ. Congenital colonic stenosis. Am J Rheumatol 1991; 156:1315-1317
6. Martinez SN y cols: Atresia congénita del colon. Rev mex Pediatr 2002;69(6):243-246
7. García Vázquez et al. Estenosis congénita de colon. An Esp Pediatr 2002;56:258-260
8. Fleet MS. De la Hunt MN. Intestinal atresia with gastroschisis: a selective approach to management. J Pediatr Surg 2000; 35:1323-5
9. Synder CL, Miller KA, Sharp RJ et al. Management of intestinal atresia in patients with gastroschisis. J Pediatric Surg 2001;36:1542-5.
10. Louw JH. Resection and end to end anastomosis in the management of the atresia and stenosis of the small bowel. Surgery 1967;62:940
11. Grosfeld JL, Ballantine TVN, Shoemaker R. Operative management of the intestinal and stenosis based on the pathologic findings. J Pediatr Surg 1979; 14:368
12. Szavay PO, Schliephake H, Hubert O. Colon atresia, facial hemiapsasia and anophthalmia. A case report. J Pediatr Surg 2002; 37;10: 1498-1500

