

Caso clínico-radiológico para diagnóstico

Alejandro Álvarez J.¹, Felipe Fernández A.², Nicolás Hinostroza K.³

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de un recién nacido (RN) de pretérmino, de 34 semanas, pequeño para la edad gestacional, de sexo femenino, que nació por parto vaginal espontáneo, producto de un embarazo controlado e hija de madre de 17 años, primigesta que evolucionó con síndrome hipertensivo del embarazo. Al nacer, pesó 900 gramos, talla 44,5 cm, circunferencia de cráneo 31,5 cm, Apgar 9-10-10. Tiene el antecedente de una posible malformación intestinal, detectada en una ecografía prenatal a las 28 semanas de gestación, asociada a polihidroamnios. Desde el nacimiento, presentó cuadro de dificultad

respiratoria que requirió bajas concentraciones de oxígeno. A las 15 horas de vida se detectó residuo gástrico bilioso abundante. Hasta ese momento no se había registrado expulsión de meconio. El examen físico mostraba una recién nacida en buen estado general, rosada, activa, reflejos presentes, abdomen discretamente globuloso, blando, depresible, ruidos hidroaéreos normales, sin visceromegalia. El examen físico era por lo demás normal.

Se solicitó radiografía (Rx) simple de abdomen, en proyecciones anteroposterior y lateral, con el niño en posición vertical (figuras 1 y 2).

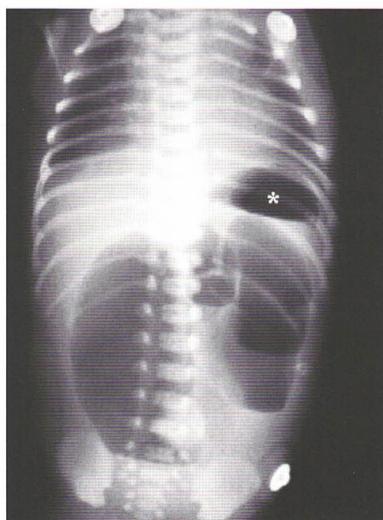


Figura 1.

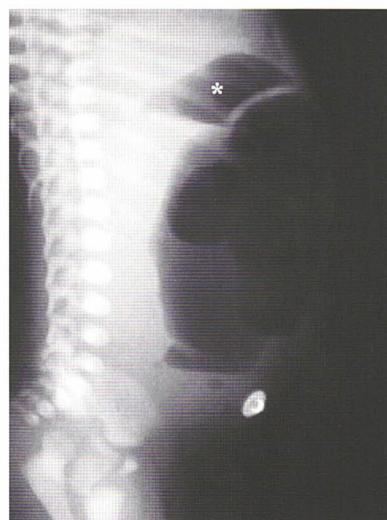


Figura 2.

¿Cuál es su diagnóstico?

1. Profesor asistente de Pediatría. Departamento de Pediatría Facultad de Medicina Universidad de Concepción. Servicio de Pediatría Hospital Las Higueras, Talcahuano.
2. Alumno 6^{to} Año de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.
3. Médico Radiólogo. Servicio de Radiología, Hospital Las Higueras, Talcahuano.

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

La figura 1 muestra el estómago con aire (*) y marcada dilatación de asas de intestino delgado proximal (yeyuno), con niveles hidroáreos en su interior. No hay gas en el resto del intestino. No se observa neumoperitoneo. Estos hallazgos son compatibles con una obstrucción completa del intestino delgado proximal, seguramente del yeyuno.

Con estos antecedentes, se efectuó una laparotomía, donde se confirmó el diagnóstico de una atresia del tercio medio del yeyuno. Se efectuó resección del segmento atrésico y anastomosis termino-terminal primaria. La evolución postoperatoria fue satisfactoria.

DIAGNÓSTICO

Atresia de intestino delgado, probablemente del yeyuno proximal.

DISCUSIÓN

La atresia intestinal, definida como la obstrucción completa del lumen intestinal, constituye un tercio de todas las obstrucciones intestinales en el RN, con una incidencia de 1 en 1 500 nacidos vivos¹⁻³. De éstas, aproximadamente el 55% ocurre en el yeyuno o íleon, siendo el yeyuno proximal y el íleon distal, las localizaciones más frecuentes^{1,2}. Las atresias de yeyuno e íleon se clasifican morfológicamente en: a) atresia de mucosa con pared y mesenterio intactos y terminaciones ciegas, b) unidas por tracto fibroso, c) separadas por un defecto del mesenterio, d) con atresia "en piel de manzana" (*apple-peel*), y e) múltiples atresias²⁻⁵.

Se ha demostrado que la atresia yeyuno-ileal resulta de una lesión isquémica del intestino medio, después de su retorno a la cavidad celómica durante la embriogénesis¹. El cuadro clínico corresponde al de una obstrucción de intestino delgado, con características que pueden orientar a la localización de la lesión. Los vómitos, de contenido bilioso, pueden ser precoces y comenzar desde pocas horas después del nacimiento hasta uno o dos días después. La distensión abdominal es variable y puede no ser evidente hasta los 2 ó 3 días de vida. Hasta un 20% de los RN afectados presenta expulsión de meconio, por lo que este antecedente no debe descartar el diagnóstico de obstrucción intestinal³⁻⁵.

La ictericia, producto del aumento de la circulación enterohepática de bilirrubina, se presenta entre un 20 a 40%. A diferencia de

la atresia duodenal, la asociación con malformaciones extraintestinales es infrecuente y ocurre aproximadamente en 7% de los casos. Las alteraciones del tubo digestivo más frecuentemente asociadas son el íleo meconial (hasta 20%), el onfalocele y la gastosquisis³.

El diagnóstico se sospecha con Rx simple de abdomen simple en proyecciones anteroposterior en decúbito dorsal y lateral en decúbito dorsal y rayo horizontal, que generalmente muestran dilatación de asas de intestino delgado con niveles hidroáreos en su interior, en grado y número variables dependiendo de la localización de la lesión¹⁻³. Habitualmente basta con este estudio para plantear el diagnóstico, aunque a veces es necesario efectuar un enema baritado de colon, para hacer el diagnóstico diferencial con una obstrucción de colon o un íleo meconial³. Actualmente, el diagnóstico prenatal de malformaciones intestinales mediante ultrasonido es posible entre el 50 y 100% de los casos en series extranjeras⁴, lo que permite un manejo óptimo de la patología en el período neonatal inmediato. Los hallazgos de polihidramnios, intestino dilatado, ascitis fetal localizada, intestino hiperecogénico y/o masas quísticas abdominales, aunque inespecíficos, son sugerentes de malformación intestinal en la ecografía prenatal y debieran despertar un alto grado de sospecha⁴.

El tratamiento de elección es la resección del segmento atrésico con anastomosis termino-terminal primaria y soporte postoperatorio con nutrición parenteral, con lo cual se consigue una sobrevida global superior al 90%⁵.

REFERENCIAS

- 1.- Touloukian R: Atresia y estenosis intestinales. En: Ashcraft K., Holder T. (eds.). Cirugía pediátrica. México: Nueva Editorial Interamericana, 1995; 314-28.
- 2.- Martin LW, Zerella JT: Jejunoileal atresia: a proposed classification. J Pediatr Surg 1976; 11: 399-403.
- 3.- Berrocal T: Congenital Anomalies of the Small Intestine, Colon, and Rectum. Radiographics 1999; 19: 1219-36.
- 4.- Corteville JE, Gray DL, Langer JC: Bowel abnormalities in the fetus: correlation of prenatal ultrasonographic findings with outcome. Am J Obstet Gynecol 1996; 175: 724-9.
- 5.- Dalla Vecchia LK: Intestinal atresia and stenosis: a 25-year experience with 277 cases. Arch Surg 1998; 133: 490-6.