

ATRESIA YEYUNAL TIPO IIIB O EN CÁSCARA DE MANZANA. REPORTE DE CASO CLÍNICO JEJUNAL ATRESIA IIIB TYPE OR APPLE PEEL TYPE. CASE REPORT

Álvaro Cano Salazar* y Paula Liliana Tovar**

RESUMEN

La atresia intestinal es causa importante de obstrucción en el recién nacido. La ecografía prenatal hace diagnóstico temprano y permite un tratamiento quirúrgico inmediato, mejorando la sobrevida de los pacientes, y a su vez elevando las probabilidades de éxito en la corrección quirúrgica. La sinología clínica, y los exámenes radiográficos simples y con contraste, permiten hacer el diagnóstico en más del 95% de los casos. Se presenta un caso clínico en el cual gracias a la ecografía prenatal se realizó diagnóstico precoz, y se efectuó corrección quirúrgica inmediata mediante anastomosis término-terminal. (DUAZARY 2012 No. 1, 68 - 71)

Palabras clave: Atresia intestinal; ultrasonografía; diagnóstico prenatal; recién nacido.

ABSTRACT

Intestinal atresia is a important cause of intestinal obstruction in the newborn. The prenatal ultrasound ago allows early diagnosis and surgical treatment immediately, improving patient survival affected by this disease, and in turn raising chances of successful surgical correction. The clinical symptoms, simple radiographic examinations and contrast, allow the diagnosis in over 95% of cases. Here is a case in which by prenatal ultrasound diagnosis is made early and immediate surgical correction was performed by anastomosis-terminal.

Keywords: Intestinal Atresia, Ultrasonography, Prenatal Diagnosis, Newborn.

*Cirujano pediatra, Hospital Universitario Clínica San Rafael. Correo electrónico: alcasa@hotmail.com,
 **Estudiante de Medicina, Universidad del Magdalena. Correo electrónico: paulatovar07@hotmail.com



INTRODUCCIÓN

La atresia duodenal congénita se presenta una vez cada 250.000 nacimientos. Se puede encontrar asociada a atresia esofágica, gástrica, duodenal, colónica y enfermedad de hirschsprung.

Una de las primeras manifestaciones es polihidramnios durante el embarazo, por eso debe considerarse entre las causas más importantes al iniciar el estudio⁽¹⁾.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El primer signo que puede presentarse es polihidramnios, entre cuyas causas cuentan las malformaciones intestinales fetales.

Hay vomito biliar y ausencia de meconio durante las primeras 24 horas. Se puede encontrar recién nacido con fiebre, deshidratación, sepsis, neumonía por aspiración; puede aparecer como debut incluso con signos bizarros de choque que requiere iniciar manejo de estabilización inicial.

La distensión abdominal, asociada a edema, eritema, puede estar indicando peritonitis, que requiere manejo quirúrgico inmediato⁽²⁾.

Los hallazgos en Rx de abdomen puede ser inespecífica se aprecian asas intestinales con aire y líquido, y el resto del abdomen carece de gas. Los niveles hidroaéreos pueden ser escasos y resultar obvios tras la descompresión por vía nasogástrica en una radiografía de control⁽³⁾.

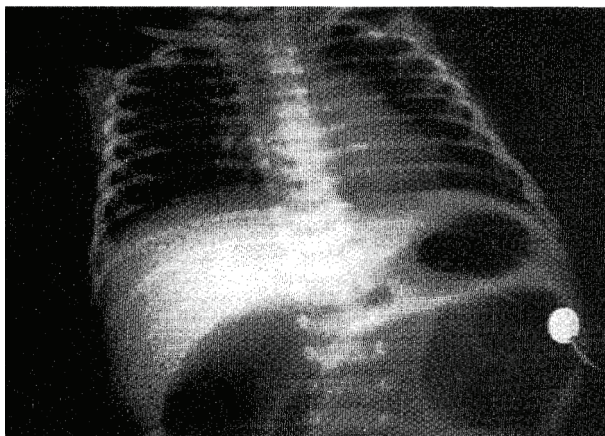


Figura 1. Imagen radiológica con ausencia de gas distal⁽³⁾.

También puede haber calcificación intraluminal de meconio, lo que produce patrón radiológico de "collar de perlas", un signo patognomónico⁽³⁾.

CLASIFICACIÓN

***TIPO I:** Membranosa. 20%. No hay interrupción del intestino, sólo de su luz. La presión intraluminal puede causar abultamiento, causando el efecto de manga de viento.

***TIPO II:** Dos bolsones ciegos separados por un cordón fibroso. 30%. Hay dos extremos unidos con cordón fibroso ciego.

***TIPO IIIa:** Separación de bolsones con defecto de meso. (35%). El defecto termina en forma ciega en la parte proximal y en la distal, y se observa una anomalía mesentérica con forma de v.

***TIPO IIIb.** Este tipo se llama también "cáscara de manzana". (10%). El íleon corto aparece enrollado sobre una arteria ileocólica.

El intestino delgado distal permanece libre alrededor de un vaso nutricional. Puede haber mala rotación.

***TIPO IV:** Atresias múltiples. Pueden ser de un solo tipo o de varios, presenta aspecto de embutidos por lo cual recibe el nombre de atresia en "salchicha"^(4,5,6).

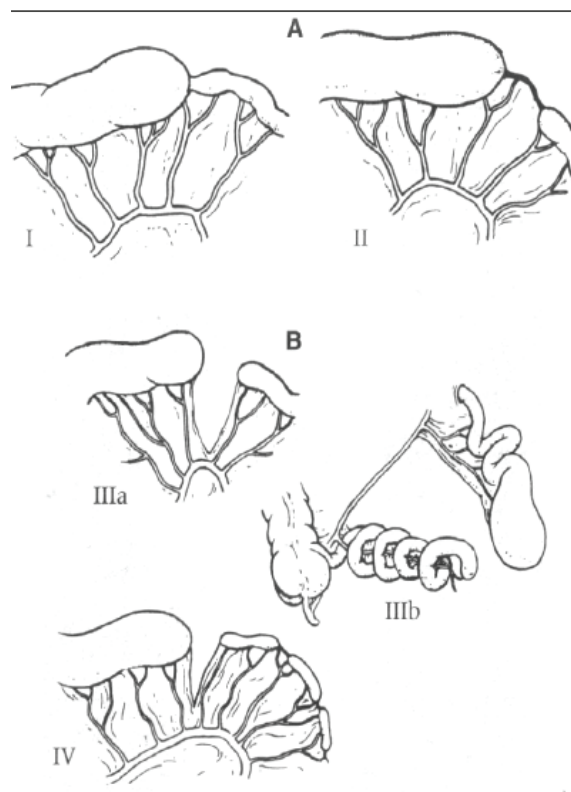


Figura 2. Clasificación de atresia yeyunal⁽⁴⁾.

MANEJO

El manejo inicial es sonda nasogástrica con el fin de descomprimir el abdomen⁽⁷⁾.

La resección del intestino proximal y dilatado con anastomosis primaria término-terminal con o sin reducción del intestino proximal es la técnica quirúrgica más usada.

Inicia con incisión supraumbilical transversa. Debe exteriorizarse el intestino para determinar el sitio y tipo de obstrucción.

Se remueve un segmento corto del intestino atrésico, se requiere incisión para crear una “boca de pescado” que iguale las aberturas para anastomosis término-terminal^(8,9,10).

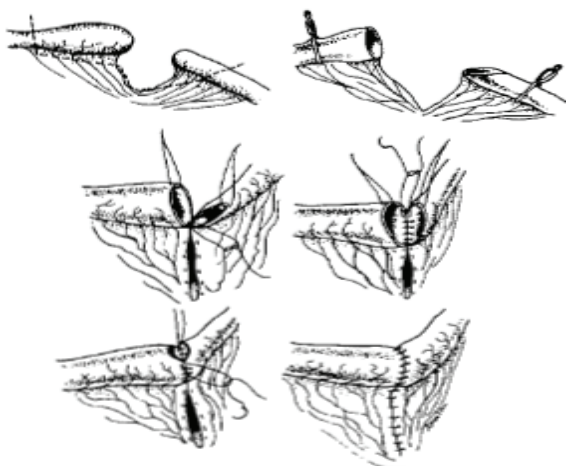


Figura 3. Técnica quirúrgica⁽⁴⁾.

MANEJO POSTQUIRÚRGICO

Son los manejos regulares, adicionando fuente de calor, seguimiento de funciones metabólicas, y aseguramiento de monitoría en UCIN.

70

El inicio de nutrición enteral se da cuando el paciente esté alerta, succiona bien un drenaje por sonda nasogástrica menor a 5 ml. por hora, claro sin sangre ni drenaje bilioso puro^(11,12).

Durante el monitoreo es posible encontrar distensión abdominal, vómito, peritonitis o neumoperitoneo que pueden presentarse hasta en un tiempo mayor de 24

horas; estos signos sugieren fuga de anastomosis y obligan a realizar inmediatamente una exploración quirúrgica⁽¹³⁾.

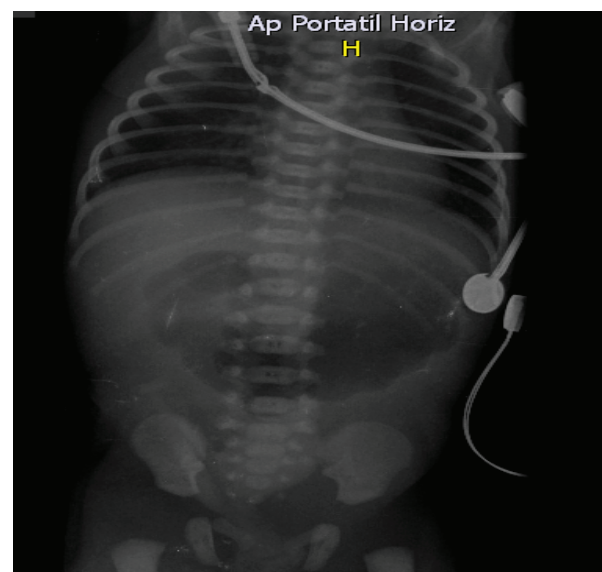
REPORTE DE CASO

Paciente recién nacida producto de primigestante de 29 años, con controles prenatales # 6, paraclínicos normales; presentación de polihidramnios que requirió drenaje evacuatorio, pero al líquido amniótico no se le realizaron estudios complementarios.

Se realiza ecografía a las 27 semanas; muestra atresia duodenal; se inicia esquema de maduración pulmonar para programar cesárea, la cual se lleva a cabo sin complicaciones; APGAR al nacimiento adecuado, se verifica permeabilidad esofágica y anal.

RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN

Se obtiene imagen de doble burbuja sugestiva de atresia duodenal, paso de sonda orogástrica, la cual se lleva a cabo sin dificultades y se obtiene secreción clara.



Se realiza laparotomía transversa, se identifica segmento distal, resección de segmento atrésico y anastomosis término-terminal sin complicaciones. La paciente se traslada a UCIN presentando los siguientes parámetros de evolución:

| Día | Drenaje | Perímetro ABD. | Deposición |
|-----|-----------|----------------|------------|
| 0 | 100cc/día | 27cm | Negativa |
| 7 | 60cc/día | 23 cm | Negativa |
| 14 | 25cc/día | 21 cm | Negativa |
| 17 | 20cc/día | 21 cm | Positiva |

Paciente estable, con evolución adecuada. El pronóstico es reservado por niveles de morbimortalidad.

En el día 22, ante la evidencia de mejoría, se inicia nutrición enteral la cual es tolerada adecuadamente, se inicia aumento mínimo y progresivo.

Se mantiene pronóstico reservado y se habla con familiares, ya que el tipo de atresia que presentaba es de las que comportan mayores complicaciones.

DISCUSIÓN

Se contó con diagnóstico prenatal a las 27 semanas, posteriormente se lleva a cirugía a la paciente, se encuentra atresia yeyunal tipo IIIb. En el futuro puede llegar a requerir nuevas intervenciones.

La evolución clínica se relaciona con el estricto monitoreo, deposiciones, cantidad y características del drenaje por sonda y perímetro abdominal ya que indican la necesidad de reintervención.

El manejo integral incluye comunicación con familiares. En este caso se mantuvo un canal con los padres, quienes aceptaron el diagnóstico y complicaciones^(13,14).

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que colaboraron, en especial a nuestra paciente y a sus padres, al personal de enfermería que realizó un seguimiento estricto del cual nos mantuvieron informados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Curraño, A. Principales malformaciones digestivas. 1ª Ed. Madrid. Pub. de Madrid; 2008; p. 2-24.
2. Baeza Herrera C. Patología quirúrgica neonatal. 2ª ed. México, D.F; Ciencia y Cultura Latinoamericana; 1995; p. 108-118.
3. Sánchez Álvarez C. Diagnóstico por imagen, Abdomen. 3ª ed. Sevilla; Panamericana; 2008; p 703-715.
4. Ashcraft y cols. Tratado de cirugía pediátrica. 3ª ed. México D.F.; McGraw Hill; 2001; p. 436- 449.
5. Federici S, Domenichelli V, Antonellini C, Domini R. Multiple intestinal atresia with apple peel syndrome: successful treatment by five end-to-end anastomoses, jejunostomy and transanastomotic silicone stent. J Pediatr Surg 2003; (38): p. 120-126.
6. J Domínguez Vallejo, J. Domínguez Ortega. Protocolo de abdomen agudo en la infancia. Bol pediatría Arg. 1999; (21): p. 33-39.
7. Jiménez Joel. Atresia intestinal Experiencia del Hospital Infantil de Sonora. Rev. Ped. Mex. 2005; (12): p. 35-42.
8. Dalla Vecchia LK, Grosfeld JL. Intestinal Arteria and Stenosis. 3a ed. San Diego. McGraw Hill; 1998; p 490-492.
9. Puente Fonseca R. Manual de atresia intestinal en el neonato. Rev. Cub. Ped. 2002; (18); p 234-239.
10. Forteza R. Los reportes de caso en medicina y estomatología: morfofisiología del género. 2ª ed. La Habana. Acimed; 2006; p. 14-21.
11. Praveen Kumar, Burton Bárbara. Congenital Malformations. 1ª ed. México D.F. Mc Graw Hill; 2007; p. 223-227.
12. Jiménez P, Estrada M, Gallego J, Estenosis duodenal congénita: Informe de tres casos. Rev. Mex. Cirugía Ped. 2003; Julio-Septiembre; (3); p 152-157.
13. Villarraga C. MD. Pediatra Neonatólogo. Cortes J. Estudiante Interna de Quinto Año de Medicina. TESIS Caso Clínico: Atresia intestinal. Bogotá, Colombia. Fundación Universitaria Juan N. Corpas. 2009.
14. Pertuze J. Criterios para publicar casos clínicos. Rev. Chil. Enf. Respir. Julio 2006. (24). p. 105-7.