

Oclusión intestinal del recién nacido. Atresia del intestino delgado yeyuno-íleon

Dra. María T. Cabrera R. de Aguirre

Estudio de las atresias yeyuno-ileales en nuestro medio.

Consideración muy importante para valorizar los casos según clasificación de Lester, pues de acuerdo al tipo será su pronóstico.

La anastomosis término-terminal es la ideal y se plantean los problemas de reintervenciones en tiempo adecuado.

Se enfatiza en el diagnóstico precoz, en el preoperatorio y los cuidados post-operatorios en servicios adecuados por la necesidad de controles de sostén paraenteral.

Los malos resultados obtenidos están en relación: 1) prematuridad; 2) variedad de atresia o ambos a la vez; 3) falta de funcionalidad de la sutura o dehiscencia; 4) síndrome de ansa dilatada o dehiscencia, no reintervenido en el momento oportuno; 5) falta de superficie de absorción por resección o atresia demasiado extensa.

Palabras clave (Key words, Most clés) MEDLARS:
Intestinal Occlusion / Newborn.

La atresia del intestino delgado (yeyuno-íleon) es causa de oclusión en el recién nacido. Las otras: bridas congénitas, vólvulo o invaginación íleo-ileal, se pueden encontrar sea como entidades aisladas o asociadas a ésta.

El índice de mortalidad, aún con nuevos aportes de sostén parenteral, precocidad en el diagnóstico, técnicas más adecuadas y reintervenciones oportunas, continúa siendo muy alto a nivel mundial.

MATERIAL Y METODOS

En nuestro medio tenemos 32 casos de atresia yeyuno-íleon operados en los hospitales Pereira Rossell, Pedro Visca y Clínicas desde 1950 a 1976. 5 vivos y 27 fallecidos (15,6 %).

Creemos que lo fundamental para la comprensión del tema es el conocimiento de la embriología y luego la ordenación de una clasificación, pues diferirá mucho la evolución de uno a otro caso a igualdad de conducta quirúrgica y cuidados.

*Clínica Quirúrgica Infantil (Prof. W. Taibo).
Hospital Pereira Rossell. Facultad de Medicina.
Montevideo. Uruguay.*

EMBRIOLOGÍA

1) Las alteraciones de la vascularización apoyada por la experiencia en perros (Barnard) (5) con ligaduras parciales de la arteria mesentérica en fetos que luego continúan su evolución, apoya la teoría de que ésta sería la causa. Queda luego por explicar por qué se interrumpe la vascularización en determinado territorio.

2) Las invaginaciones intestinales, vólvulos y bridas podrían ser una explicación. Apoyaría esta teoría el hecho de que la longitud normal del intestino en el neo-nato es de 248 cms., y en la atresia yeyuno-ileal estaría reducida a 150 cms. y aún a 100 cms. (Clifford) (1).

3) La teoría de la etapa sólida no sería válida para el yeyuno medio e íleo, pues esta característica se detiene según estudios a los 3 ó 4 cms. del ángulo duodeno-yeyunal, lo que dejaría sin explicación a los diafragmas intraluminales de las atresias bajas con morfología exterior del intestino conservada (5).

CLASIFICACION

Hemos tomado la clasificación de Lester (4) sobre 59 niños desde 1957 a 1975 en el Children Hospital de Cincinnati, Ohio.

TIPO I

Intestino en continuidad
Diafragma intraluminal
Mesenterio intacto (30 casos)

TIPO II

Ansa discontinua total o con cordón fibroso
Mesenterio dividido (8 casos)

TIPO III

Atresias múltiples
Cabo proximal dilatado a veces muy corto.
Se le pueden sumar otros tipos de malformaciones con completa discontinuidad del intestino (pildoritas) (7 casos)

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 11 de octubre de 1978.

Profesora Adscripta de Clínica Quirúrgica Infantil.
Dirección: Br. España 2718, Montevideo.

TIPO IV

Malformación Aplee peel o Christmas tree. Discontinuidad del ansa que comienza muy alta en el yeyuno. Segmento distal helicoidal y vascularización a veces recibida de la arterio ileo - cólica. (7 casos)

FACTORES AGRAVANTES

- 1) Prematuridad.
- 2) Malformaciones asociadas.
- 3) Retraso en el diagnóstico que puede, si asocia un vólvulo, llegar a la gangrena del ansa y a la peritonitis consiguiente.

La prematuridad se encuentra preferentemente en las variedades III y IV. Si las variedades I y II no están ligadas a malformaciones asociadas o vólvulo, son las que pueden mejorar el pronóstico.

RESULTADOS

De los 32 casos de nuestro medio hay 5 casos vivos y 27 fallecidos.

Debemos estudiar los factores que inciden en estos resultados:

- 1) El diagnóstico ha sido hecho en períodos que van de 30 minutos a 7 días, con un máximo entre las 24 y 48 horas. Hay 19 casos de diagnóstico tardío que exceden las 48 horas.
- 2) Prematurez: Hay 10 prematuros, 4 entre los 1,200 a 1,900 kgs., 6 no van más allá de los 2,400 kgs.
- 3) Variedades: Los prematuros pertenecen de preferencia a las variedades III y IV, a los que se les ha agregado en algunos casos el vólvulo muy cerrado que ha determinado necrosis o alteraciones en la continuidad y morfología con gran disminución de la superficie de absorción.
- 4) Asociaciones lesionales: a) por malformaciones asociadas; b) Condicionadas por el diagnóstico tardío, mal estado general, peritonitis por perforación de ansa.
- 5) Falta de apoyo de hidratación paraenteral. Sobre este punto, actualmente se ha mejorado con Servicios adecuados a este fin (Centro de Terapia Intensiva) en nuestro Hospital UCIN.
- 6) Los casos vivos se trataban de variedades I y II con superficie de absorción aceptable que sólo requirieron apoyo paraenteral hasta el establecimiento del tránsito intestinal.

En dos de estos casos cuando ya parecía inminente la reintervención se desocluyeron solos, ambos de tipo I.

Se plantean dos posibilidades:

- 1) Se completó la maduración del ansa aún inmadura para la peristalsis.

- 2) Se trataba de un síndrome de ansa dilatada, descrito por Jaureguizar, Domínguez y Monereo (3) que cedió espontáneamente. Estos autores aconsejan la reintervención en estos casos y la reanastomosis o la yeyuno - plastia correctora.

CLINICA

En un recién nacido que en las primeras horas presenta: a) vómitos, b) distensión abdominal, c) signo de lucha, d) constipación, se debe hacer:

- 1) Por la clínica: diagnóstico de oclusión intestinal.
- 2) Por la paraclínica: ayudado con Rx. simple o contrastada. La radiografía simple muestra niveles en el intestino delgado. En las atresias altas de ducdeno, que no se tratan en este tema, hay sólo dos niveles: el gástrico y el duodenal. A medida que la atresia es más baja, el número de éstos aumentan y con ello la viabilidad de mayor cantidad de intestino en la zona supra-estructural. Se puede hacer un estudio contrastado del tránsito con sustancias opacas que no agraven la oclusión. Hípaque, no usar bario.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Causas mecánicas y causas funcionales:

Mecánicas:

Extrínsecas: bridas, adherencias, vólvulo.
Intrínsecas: estenosis, atresias, meconio espesado en el íleo meconial.

Funcionales:

Ileo paralítico, peritonitis —sepsis o perforación.

PREPARACION PARA EL ACTO OPERATORIO

- a) Hidratación;
- b) Cuidados básicos;
- c) Controles;
- d) Intubación gástrica con sonda de polietileno;
- e) Descubierta venosa.

TECNICA QUIRURGICA

Anastomosis:

—término - terminal
—término - lateral
—látero - lateral.

- 1) Se considera ideal la término - terminal.

En caso de síndrome de ansa dilatada se debe plantear reintervenciones y realizar: a) reanastomosis, previa resección; b) yeyunoplastia y resección.

RESUME

**Oclusion intestine dans les nourrisson.
Atresie de l'intestin grêle, jéjuno - iléum**

Le auteur étudie les atrésies jéjuno-iléales dans notre pays. Ils utilisent la classification de Lester pour les établir les pronostiques. Ils réalisent anastomoses termino-terminales pour retabir le transit intestinale.

Les mauvais résultats obtenus sont en relation à la prématurité et variété d'atrésie (ou les deux à la fois); défaut de suture; syndrome d'anse dilatée ou défaut de suture, pas réintervenue au moment indiqué; manque de surface d'absorption par ressection ou atrésie trop étendue.

SUMMARY

**Intestinal occlusion in the newborn child.
Jejunum - ileum atresia of small intestine**

In studying jejunum-ileal atresia case-material available locally, considerable importance is attached to their evaluation according to Lester's classification, since prognosis is contingent on type.

Ideal surgery consists of termino-terminal anastomosis and early diagnosis; preoperative and post-operative care in the adequate services is essential due to the necessity of para-enteric support. Consideration is also given to the problem of re-operations and their timeliness.

Poor results are the consequence of: 1) Prematurity; 2) Atresia variety or a combination of (1) and (2); 3) Non-functional suture or dehiscence; 4) Failure to reoperate dilated loop syndrome or dehiscence at the right moment; 5) Lack of absorption surface due to resection or overly-extensive atresia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CLIFFORD B. Resection and primary anastomosis in the management of stenosis and atresia of the Yeyunum an Ileum. *Pediatrics*, 28: 265, 1960.
2. CLIFFORD B, LLOYD J. Cirugía Infantil. Barcelona. Salvat, 1967.
3. JAUREGUIZAR E, DOMINGUEZ J, MONEREO J. Oclusión intestinal del lactante por atresia yeyuno-ileal. *An Esp Pediat*, 8: 517, 1975.
4. LESTER W, MARTIN A. Yeyuno-ileal atresia a Proposed classification. *J Pediatric Surg*, 11: 339, 1976.
5. NIXON HY, O'DONNELL B. The essentials of pediatric Surgery. London. J. B. Lippicott, 1961.