

OCLUSION POR ATRESIA DE INTESTINO EN EL RECIEN NACIDO

A PROPOSITO DE 1 CASO INTEVENIDO CON EXITO

Dr. Ricardo Yannicelli.

Contribuimos al relato de cirugía del recién nacido, aportando 1 de los 2 casos de atresia de intestino, que nos ha tocado intervenir hasta la fecha. El primero, atresia de delgado, en su porción final, falleció en el 4º día del postoperatorio, cuando había regularizado bien el tránsito intestinal, por proceso pulmonar agudo comprobado en la autopsia. La enteroanastomosis estaba en buenas condiciones.

El segundo, con **atresia de colon**, vive y tiene actualmente 1 1/2 año. Es el que motiva esta aportación.

CONSIDERACIONES GENERALES

Llamamos Atresia de Intestino a las malformaciones congénitas de este órgano que suprimen totalmente la luz intestinal, ya sea por falta de continuidad del mismo, ya por su falta de canalización. Descartamos así por una parte las expresiones de atresia completa o incompleta, expresiones inadecuadas dentro de este modo de definición, como lo sostiene Ladd, ya que atresia significaría obstrucción, bloqueo, cierre **completo** de la luz intestinal. La disminución de la luz, de origen congénito, integra el capítulo de las estenosis. La obstrucción de la luz por el meconio en el llamado ileus meconial es otra entidad con otra patogenia y otra anatomía patológica. No obstante estas diferencias etiopatogénicas, todas integran la unidad clínica de los síndromes oclusivos mecánicos. Y es de allí, del **síndrome oclusivo**, que partimos en la realidad de la clínica para el diagnóstico y el tratamiento.

Hasta no hace mucho tiempo el R. N. con atresia de intestino estaba destinada a fallecer. Los intentos operatorios daban una mortalidad impresionante. En 1940 Ladd y Gross publicaron el mayor número de operados con éxito: 7 curados y 45 fallecidos. Una nueva estadística de 1940 a 1952 sobre 88 casos tratados en

el Boston Children's Hospital señala éxitos en 47 casos, es decir, en 53 %

El total de 140 casos con sus localizaciones y resultados lo resume así: (Gross en 1953)

Lugar de atresia	Totales	Hasta 1940		1940-1952	
		Curan	Fallecen	Curan	Fallecen
Duodeno	32	1	4	15	12
Yeyuno	19	3	4	5	8
Valv Ileo-cecal	2	0	2	0	0
Ileo	72	3	31	21	17
Colon	6	0	2	2	2
Atresia múltiples	9	0	3	4	2
	<u>140</u>	<u>7</u>	<u>45</u>	<u>47</u>	<u>41</u>

Lozova, en 1951, en 16 casos operados obtiene 4 sobrevividos.

Duhamel, en 1953, en 10 casos de O. I. congénita encuentra 6 atresias. De ellas 2 son de intestino grueso y fallecen luego de operados; 4 son de I. delgado y tratadas cura 1 y fallecen 3.

La gravedad de la afección es pues evidente. Depende no sólo de la lesión misma, sino del estado general en que llega al cirujano y de la frecuencia de malformaciones asociadas, algunas veces incompatibles con la vida.

ESTUDIO CLINICO

Como dijimos, el RN con Atresia de intestino configura un síndrome oclusivo mecánico que es necesario reconocer a través de la clínica por los elementos de su triada clásica: **vómitos, distensión y constipación**. Cuidándonos de teorizar, si siquiera debemos esperar que este síndrome se encuentre confundido más ostensiblemente. Antes bien, nos convendrá sospechar el síndrome oclusivo ante cualquiera de estos síntomas y buscar el apoyo radioscópico lo antes posible.

Del síndrome oclusivo conviene recordar:

a) **Los vómitos** serán biliosos si la oclusión es infra vateriana (que es lo más frecuente) y pasarán progresivamente a ser porráceos y meconiales si el cuadro no se trata con éxito. En atresias bajas pueden demorar en aparecer.

b) **La constipación** y la alteración en la constitución del meconio. Se sabe que el R. N. expulsa meconio en las primeras veinticuatro horas.

ticuatro horas. La ausencia de esa expulsión y de gases debe hacer pensar en síndrome oclusivo. Pero aun expulsando meconio es escasa cantidad, los vómitos y la distensión abdominal deben hacer pensar en oclusión. Hay aquí, o puede haber como en otras edades, un vaciamiento del cabo inferior a la oclusión, pero con esta particularidad, que cuando se trata de una atresia intestinal el meconio expulsado, si se examina al microscopio, no muestra las células epiteliales queratinizadas que tiene el meconio de un recién nacido sin atresia de intestino. Esas células epiteliales queratinizadas las ingiere normalmente el feto con el líquido amniótico, en su vida intrauterina, pero no pasan el obstáculo de la atresia de intestino. **La presencia de estas células en un síndrome oclusivo muestra que no existe atresia y que la causa es otra** (estenosis, brida, vólvulos, invaginación, ileus meconial, etc.). En la práctica tiene poco uso esta búsqueda microscópica de células (prueba de Faiber) porque diagnosticado el síndrome oclusivo mecánico, la intervención es en general la regla. Pero no estaría de más realizarla para precisar mejor el diagnóstico y la indicación operatoria.

c) **La distensión abdominal** es un signo de gran valor. Tendrá variantes según la **altura** del obstáculo atrésico, la frecuencia y volumen de los vómitos que avacuan la porción ocluída y el **tiempo** transcurrido. Cuanto mas alto menos longitud de tubo digestivo para distender. No obstante pequeños segmentos pueden dar grandes distensiones. La distensión puede aparecer en el nacimiento por detención del líquido amniótico ingerido en la vida fetal.

En cuanto al **estado general**, al comienzo, primeras 24 horas, es especial en oclusiones bajas, puede no alterarse. Aún es posible intervenir con éxito a los 3 o 4 días de vida o aun más, según localización, terreno, etc. El síndrome humoral que acompaña estas oclusiones cuando evolucionan es el de deshidratación, hipocloremia, hipoproteinemia, principalmente. Se agrega alcalosis o acidosis según la altura a que la atresia se sitúa.

El estudio radiológico simple aquí, como en otras edades, es importante. Lo hacemos 1º en posición vertical, frente y perfil. Los cambios de posición (oblicua, inversión) pueden ser útiles para aclarar imágenes complejas. La distensión gaseosa y los niveles líquidos de la zona ocluída contrastarán con la falta de ae-

roilea y porococlia de la zona infra atésica. Recordamos a este respecto que normalmente hay gases en el delgado del recién nacido y lactante (aeroilea fisiológica) como lo mostramos en trabajo anterior.

En lo referente al colon, si se ha dado enema, la presencia de gases y líquidos puede prevenir de él y debe tenerse muy en cuenta.

La radiografía contrastada usando barita por boca, puede ser útil para localizar el obstáculo, pero tiene el inconveniente de poder obstruir la luz de la asastomosis quirúrgica cuyo calibre no puede ser grande dado el diámetro del intestino del R. N. por debajo del obstáculo.

El **enema baritado** es útil porque muestra si el colon está o no permeable. Lo hace con alguna exactitud pero no absoluta ya que vimos un caso en que la barita se detuvo en el ángulo izquierdo sin existir obstáculo anatómico real. Es posible que el escaso calibre del colon en ese caso haya dificultado el pasaje del enema o que un pequeño trozo de barita, no bien disuelto, haya obstruido la estenosis. Tal vez convendría diluir y controlar bien la solución de barita en casos en que conviene precisar este detalle.

El diagnóstico afirmativo.—Se hace generalmente de **síndrome oclusivo mecánico** y con la radiografía, se llega, con frecuencia, a localizar la altura del obstáculo (delgado o grueso). En algunos casos el enema señala el extremo inferior del obstáculo (atresia de colon) como en nuestro enfermo. Se puede también presumir la atresia pero no se puede asegurar ya que el obstáculo completo al pasaje de aire o líquido o barita pueden darlo otras causas.

Diagnóstico diferencial.—Prácticamente no se plantea diagnóstico con **íleo paralítico**. Cuando por excepción aparece se sucede en general luego de deposiciones que excluyen la atresia.

Las peritonitis meconiales con vómitos, síndrome oclusivo, vientre voluminoso dan en el recién nacido un síndrome perforativo en peritoneo que a rayos X se traduce por nivel líquido horizontal móvil, neumoperitoneo e intestino desplazado. Es decir, hay una gran distensión gaseosa y líquida extratubaria (fuera del tubo digestivo) según la clasificación que hacíamos en un trabajo

del año 1940 sobre oclusión en recién nacido y lactante. Estas peritonitis deben ser intervenidas.

El **ileus meconial**, como lo dice su nombre, es una oclusión mecánica, producida por el meconio espeso y adherente a las paredes intestinales. Asienta en el intestino delgado (con preferencia en porción media) que se distiende y dilata. La modificación del meconio estaría en relación con una **enfermedad fibroquística** de varios parenquimas glandulares (páncreas, intestino, salivares). Más especialmente del páncreas, cuya secreción de tripsina, al no verterse en el intestino delgado modificaría el meconio. Duhamel cree que la participación local de las glándulas intestinales tiene mucho que ver en la génesis de esta oclusión.

Se distingue de la atresia: 1) En el ileus meconial, el meconio tiene células queratinizadas; 2) a rayos X su contenido gaseoso localizado con preferencia al cuadrante súpero-izquierdo del abdomen (Duhamel) haría contraste con el resto del abdomen de un grisáceo uniforme. No hemos tenido oportunidad de observar ningún caso de este ileo.

Invaaginación intestinal.— Es excepcional al nacer. El estado de shock, el dolor, la sangre por el ano, el enema baritado si existe participación cólica podrían aclarar el diagnóstico.

Estenosis, bridas, malrotación.— Cuando la oclusión no es completa se diferencia de la atresia porque el meconio será **normal**, es decir, el test de Farber mostrará células cornificadas. En ausencia de meconio para examen, o de laboratorio, o instalado el síndrome oclusivo mecánico completo, sólo el antecedente de deposición normal descarta la atresia. De lo contrario el diagnóstico lo hará la laparotomía. El enema baritado mostrará las lesiones cuando ellas asienten en el colon.

Distensiones gaseosas agudas.— Dan distensión intra tubaria más o menos grandes, sin niveles líquidos ni estado oclusivo verdadero rellenan casi todo el intestino y no ofrecen obstáculo al paso de la barita por boca o enema.

En resumen: en la práctica diagnosticamos síndrome oclusivo mecánico clínico y radiográfico. Localizamos el obstáculo por la radiografía simple, con cierta seguridad, en delgado o grueso. Si es de delgado, la cantidad (y no el volumen de asas dilatadas) y en parte la situación, nos hacen suponer la altura aproximada

de la lesión. Pero hay que cuidarse del error posible de tomar por intestino grueso lo que en verdad es intestino delgado distendido.

CASO CLINICO

A. V., edad 2 días. Ingresa al Hospital Pedro Visca el 8-XII-1951 con el siguiente cuadro: vómitos, no expulsión de meconio ni gases desde el nacimiento.

Al examen: Abdomen distendido y timpánico. Ambos miembros inferiores con genu recurvatum. Auscultación pulmonar y cardíaca sin anomalías. Llanto fuerte. Temperatura 38°. Orificio anal normal.

La Dra. Murguía de Rosso piensa en síndrome oclusivo e indica estudio radiográfico.

1) **Radiografía simple** de abdomen en posición **vertical**. (Fig. 1) Se comprueba dilatación abdominal con dilatación gaseosa (intratubaria) ocupando buena parte del tubo digestivo, incluyendo, al parecer, casi todo



Figura 1

Radiografía simple. Síndrome oclusivo mecánico con con obstáculo probable a fin de delgado o comienzo de grueso

el delgado. Hay una zona intestinal a izquierda que parecería intestino grueso pero que no se asegura dada la facilidad con que un asa delgada distendida puede simularla. Se aclarará con enema baritado. Hay algunos niveles líquidos especialmente en el delgado. Primera impresión: síndrome oclusivo mecánico de delgado, con obstáculo en fin de delgado o en comienzo de grueso dada la gran cantidad de asas delgadas distendidas.

2) **Enema baritado.** (Fig. 2) En decubito dorsal muestra dos cosas importantes: a) el escaso calibre de todo el sector permeable que comprende recto, sigmoide, descendente y ángulo izquierdo del colon; b) detención completa del barito a 3 o 4 cm. de la porción más alta del ángulo

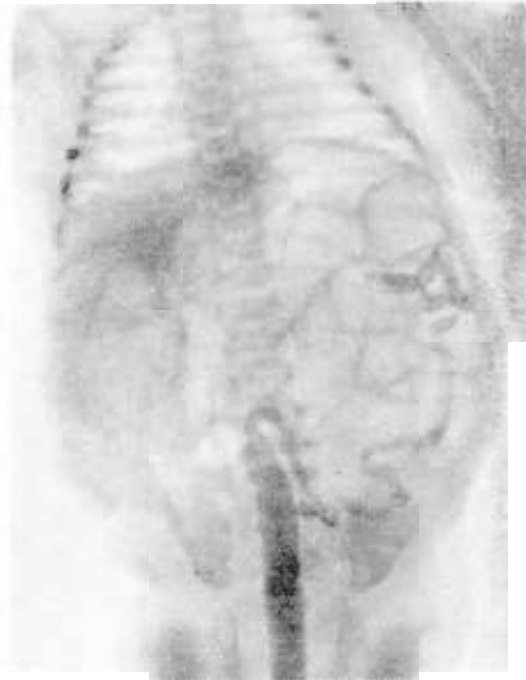


Figura 2

Enema baritado. Detención del líquido opaco a unos centímetros del ángulo izquierdo del colon. Escaso calibre del sector permeabilizado (recto, sigmoide, descendente y ángulo izquierdo del colon).

izquierdo del colon. En **resumen:** colon malformado y atrésico con obstáculo inferior cerca del fin del transverso.

El **diagnostico** es ahora afirmativo de síndrome oclusivo mecánico y podemos agregar como causa probable una malformación de colon con pérdida de su luz (atresia de colon). Podríamos indagar más y hacer el test de Faber en algún resto de meconio que apareciera. Pero como no hay dudas que se trata de un síndrome oclusivo mecánico congénito completo, con malformación, no queda otra posibilidad que intervenir.

Operación. XII-8-951. Hora 24. Dres. R. Yannicelli y Murguía de Rosso y Pete. de Guardia. Anestesia general éter, gota a gota. Dr. Nordman. Intubación gástrica. Plasma I.V. durante operación. Incisión Mac Burney; ampliada. Abierto el peritoneo se comprueba que el colon ascendente termina en fondo ciego faltando todo el colon transverso hasta 3 o 4 cm. del ángulo izquierdo. A izquierda se encuentra, comenzando también en fondo ciego, el fin del transverso, ángulo izquierdo, descendente y sigmoide cuya permeabilidad estaba comprobada por el enema. Con jeringa y aguja inyectamos aire en el segmento cólico izquierdo, consiguiendo insuflarlo, pero su calibre es escaso, como lo hacía preveer el enema cuya presión no consiguió mayor distensión. No vemos otra posibilidad de anastomosis entre los segmentos cólicos permeables que entre ciego y parte baja del sigmoide. Se abre el fondo del ciego saliendo gran cantidad de meconio. Se hace anastomosis ceco-sigmoidea entero lateral (fondo de ciego a parte baja de sigmoide). La sutura es dificultosa por el escaso calibre del sigmoide y la falta de material apropiado de sutura. Pequeño tubo de drenaje en el Douglas. Cierre por planos. Lino en la piel.

Postoperatorio.— 1er. día, dieta absoluta. Temperatura rectal 39.3/5. Oxígeno en permanencia en carpa. Estreptomicina 75.000 cada 6 horas. Penicilina 30.000 cada 3 horas. Sonda gástrica permanente. Extrae líquido por ella. XII-10-951: **Venoclisis.** Plasma 100 cc. más 100 cc. suero glucosado más 100 cc. de suero Ringer. A las 24 horas deposición muy escasa tenida en bilis y con 2 coágulos. Por la noche vómitos.

Al 3er. día. Primera deposición abundante en la madrugada que se continua 5 horas despues por una 2ª abundante y luego 3ª y 4ª deposición en tarde y noche respectivamente.

XII-13. Suero y te Ringer por cucharaditas cada 20 minutos, desde la madrugada. 2 deposiciones abundantes. Venoclisis: 100 plasma, 100 suero glucosado, 100 suero fisiológico.

A las 17 comienza pecho ordeñado, 5 gr. cada media hora. Se da desde las 17 horas hasta las 23 en que se suspende por **balonamiento abdominal.**

XII-14. Deposición abundante. Desaparece balonamiento en la mañana. Plasma 90, suero glucosado 90, suero fisiológico 90.

A las 13 horas, pecho 5 gr. cada media hora, suero y te Ringer por cucharaditas.

XII-15. Deposición. Ligera distension abdominal. Se suspende pecho hasta 18 horas. Plasma 90 más suero glucosado 90, suero fisiológico 90. Comienza a las 13 horas. Ha tomado 170 gm. de pecho desde ayer a las 18 horas a hoy a las 11 horas (en 17 horas).

En días sucesivos, pese a dificultades en la alimentación el estado va mejorando, continuando en asistencia en Sala de Medicina. Una fistula cólica pequeña aparece y cierra espontáneamente en pocos días.

XII-22-51. Radiografía con enema baritado. Se comprueba el pasaje rápido al delgado y el relleno inmediato de las últimas asas ileales. (Fig. 3)

Agradecemos la importante colaboración prestada por el Dr. Nordman en el postoperatorio del enfermo.

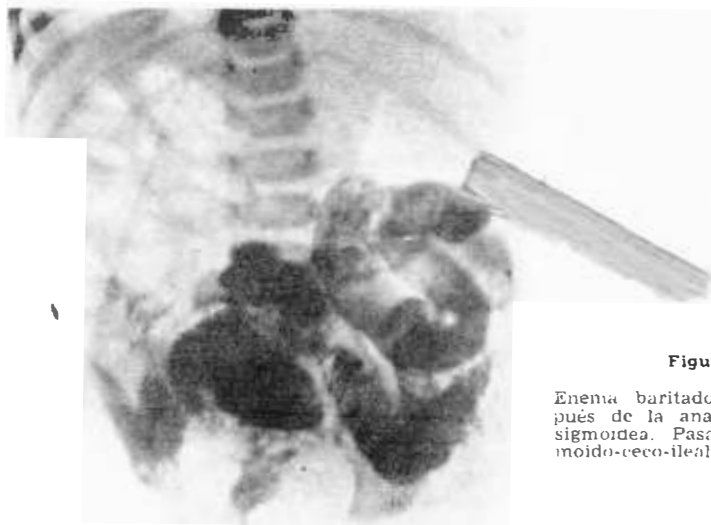


Figura 3

Enema baritado 14 días después de la anastomosis ceco-sigmoidea. Pasaje rápido sigmoideo-ceco-ileal.

BIBLIOGRAFIA

- Ladd y Gross. Abdominal Surgery of Infance and Childhood. Philadelphia, London, (1941).
- J. M. Duckel. - Oclusión intestinal del recién nacido. Anales de Cirugía V. Castellana, V. 1, Nº 4, 1942.
- Impink, R. y Z. Clammer. - Un caso de atresia duodenal. Anales de Cirugía V. Castellana, V. 1, Nº 4, 1942.
- Glober, D. M.; Smith y Eitzen, O. - Un caso de atresia múltiple de intestino delgado. Anales de Cirugía, V. Castellana, V. 1, Nº 4, 1942.
- Erb, W. y Smith, D. C. - Dos casos de atresia del intestino delgado. Anales de Cirugía, V. Castellana, 1944, Vol. 3 Nº 7.
- Lozoya Solis, Jesús. - III Congreso Panamericano de Pediatría. Montevideo 1952, T. 1 pág. 305.
- E. L. Potter. - Pathology of the fetus and the newborn. Chicago, 1952.
- Duharnel, Bernard. - Chirurgie du nouveau-né et du nourrisson. Masson y Cie, Paris, 1953.
- Gross. - The Surgery of infance and Childhood. Philadelphia, London, 1953