

11210
14
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

I . S . S . S . T . E .

HOSPITAL REGIONAL " LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS "

OBSTRUCCION INTESTINAL CONGENITA

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL TITULO
EN LA ESPECIALIDAD DE

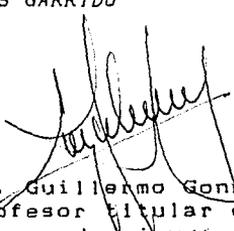
CIRUGIA PEDIATRICA

PRESENTA EL

Dr. BERNARDO LUENGAS GARRIDO



Dr. Jorge F. Robles Alarcón
Coordinador de
Capacitación, Desarrollo
e Investigación.



Dr. Guillermo Gonzalez R.
Profesor titular del
curso de cirugía
pediátrica I.S.S.S.T.E.

México D.F., noviembre de 1990

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCION..... 1

MATERIAL Y METODOS..... 7

RESULTADOS..... 8

DISCUSION..... 10

CUADROS..... 12

BIBLIOGRAFIA..... 16

RESUMEN

La atresia intestinal es la causa mas frecuente de obstrucción intestinal mecánica congénita en los neonatos. Con el propósito de conocer la incidencia de las atresias intestinales y de sus complicaciones postoperatorias revisamos 18 pacientes operados por atresia intestinal en el periodo comprendido del 1o de enero de 1985 a noviembre de 1990 en el Hospital Regional " Lic. Adolfo López Mateos " I.S.S.S.T.E., siendo la atresia mas frecuente la duodenal con 38.8%, el rango de edad fue de 1 a 30 dias siendo la edad mas frecuente entre 1 y 10 dias en un 55.5%, la anomalia coexistente mas frecuente fue la cardiopatia congénita en un 38.8%, la distension abdominal en el 100%, en un 66.6% se realizo reseccion y anastomosis termino terminal en un 33.3% reseccion de membrana duodenal, la duracion de la nutricion parenteral total fue de 20 a 30 dias , las principales complicaciones fueron sepsis y alteraciones metabólicas en un 44.4%, la evolucion fue satisfactoria en un 61.6% y desfavorable en 38.8%, la estancia hospitalaria fue de 20 a 30 dias en promedio.

Palabra clave: Atresia intestinal

SUMMARY

Intestinal atresia is the most common cause of obstruction of congenital nature. In order to know the incidence of intestinal atresia and its postoperative complications, we reviewed the charts of 18 patients that were operated on between January 1st, 1985 to November 1990 at the Hospital Regional " Lic. Adolfo López Mateos " I.S.S.S.T.E.. Been the most common type duodenal atresia with 38.8%. The age range was 1 to 30 day been the most common age between 1 to 10 days, the most common anomaly asociated was cardiopathy in 38.8%, and abdominal distension was seen in 100%. In 66.6% we performed resection and anastomosis, in 33.3% resection of the duodenal membrane. Time of parenteral nutrition was between 20 to 30 days. The main complications were sepsis and metabolic imbalances in 44.4%. We registred a favorable evolution in 61.1% of patients and unfavorable in 38.8%. The average of hospitalization was between 20 to 30 days.

Key Word: Intestinal atresia

INTRODUCCION

La atresia intestinal es la causa más frecuente de obstrucción intestinal congénita y comprende aproximadamente una tercera parte de los casos de obstrucción intestinal en el neonato.(1). La frecuencia es de 1 por cada 2710 neonatos vivos en EU, lo que implica la mayor frecuencia que cualquiera otra enfermedad congénita del aparato digestivo .(2)

El término atresia denota obstrucción completa del lumen intestinal debiendo diferenciarse de la estenosis, que implica obstrucción incompleta, con más tardanza en la aparición de los signos clínicos de esta entidad.(2).

La atresia duodenal se presenta en un punto proximal a la ampula de Vater. Por lo general es una membrana que obstruye parcial o totalmente la luz intestinal, aunque pueden existir otro tipo de defectos, como son una atresia en cordón o la ausencia de un segmento duodenal, estas dos últimas raras en su presentación. En el 21% de los pacientes se puede encontrar un pancreas anular como defecto embriológico que acompaña a una obstrucción duodenal.(10). La atresia y estenosis de yeyuno y de lleo se pueden presentar desde un punto más distal del ligamento de Treitz hasta la unión ileo-cecal.

Se han detectado cuatro tipos de obstrucción: diafragma intraluminal en 20%, atresia con segmento cilindrico o acordeonada en 35%, atresia con defecto de mesenterio, en cascara de manzana y atresia con separacion completa de los extremos ciegos en 35%, atresias multiples de intestino delgado (7,9,8).

La atresia de colon, es la menos comun de las atresias intestinales. La alteracion macroscopica de una atresia de intestino siempre es caracteristica y comprende una dilatacion importante del segmento proximal a la obstruccion, con colapso de la zona distal al defecto. La zona proximal o dilatada al defecto muestra cambios histopatologicos como la hipertrofia de la capa muscular y ablatamiento de las vellosidades intestinales debido a la dilatacion y al peristaltismo intestinal. La zona distal o colapsada puede ser de tamaño y funcion normal. Se ha advertido en algunas anomalias un intestino anormalmente corto (1,6).

Reportes de la literatura mundial corentan que frecuentemente se encuentran alteraciones coexistentes con las obstrucciones intestinales entre las que se encuentran, trisomia 21 (30%), cardiopatias congenitas (20%), ileo meconial (50%), y las atresias yeyunales, síndrome de lyster i comprendi defectos vertebrales, malformaciones anorectales, fistula traqueoesofagica con atresia de esofago, dislocasia de radio y defectos renales). Es posible encontrar tambien onfalocelo y gastrosquisis (7,4,3).

Actualmente reportes de investigaciones refieren que se están realizando investigaciones prenatales, por medio de amniocentesis para detectar algún tipo de alteración congénita, y con el fin de controlar a pacientes de alto riesgo y de este modo, dar una asistencia ginecoobstétrica y neonatal adecuada, se asoció polihidramnios en un 50% de nuestros pacientes con atresia intestinal (2).

En la etapa postnatal se debe considerar la posibilidad de obstrucción intestinal en un paciente cuyo lavado gástrico se encuentra con líquido biliar y mayor a 30ml, clínicamente se observa que el recién nacido presenta vómitos de bilis después del nacimiento, aunque refieren que el tiempo de presentación de los vómitos depende del sitio de la obstrucción, ya que en obstrucciones distales se puede encontrar este signo clínico hasta dos días después o más del nacimiento. Es habitual encontrar en épocas posteriores alteraciones en el crecimiento, alimentación, falta de apetito, vómito intermitente y desarrollo. (10,12,6)

Se reportan en todos los estudios realizados, que se presenta dolor abdominal en el 10% de los pacientes, aunque muchos refieren que es difícil realizar el diagnóstico de dolor, acompañado de dificultad respiratoria, por la elevación de los hemidiafragmas, se puede encontrar también un abdomen de características normales. (1).

En el 80% se presenta distensión abdominal acompañando al cuadro anterior, una parte de los pacientes se reporta la incapacidad de expulsar meconio, se puede presentar ictericia a expensas de la fracción indirecta, debido a la presencia de la enzima beta-glucuronidasa en la mucosa intestinal de el neonato, enzima que desdobra la bilirrubina directa y estimula recirculación enterohepática en los lactantes con obstrucción intestinal. (2)

Todos los autores recomiendan que se debe tomar rayos X del abdomen con el paciente en decubito dorsal, de pie y proyecciones laterales, con el fin de evaluar el tipo de obstrucción. (4). Se refiere que una imagen de dos estructuras de aire, llamado signo de la doble burbuja se da como resultado obstrucción proximal intestinal. (10).

En atresia yeyunal, se encuentran niveles hidroaéreos y ausencia de gas en la porción baja del abdomen, o se presenta imagen de tres burbujas de aire. (14).

Para la realización del diagnóstico de obstrucción ileal o de colon se solicita una placa radiográfica simple de abdomen en donde se observan múltiples burbujas de aire, algunos autores recomiendan incluir el estudio por medio de enema de bario que puede mostrar microcolon. Ya que el microcolon será más severo entre más distal sea la atresia, síndrome de tapon meconial, o ileon meconial. (2,13,5).

Los estudios realizados anteriormente refieren que el manejo de la distensión gástrica es por medio de sonda nasogástrica, para evitar la distensión, mantener al paciente con regulador térmico, líquidos endovenosos y con control de laboratorio (7-15).

El tratamiento con antimicrobianos se incluye todos los pacientes con esta patología, refiriendo el doble esquema antibiótico, para evitar focos infecciosos y presencia de sepsis, algunos autores refieren que los esquemas deben ser netamente preventivos(1).

El manejo de los pacientes coincide con casi todos los autores (colocación de catéter central, manejo de alimentación parenteral, líquidos durante la cirugía, se oebra mantener al paciente en termorregulación durante la cirugía y durante el post operatorio. El tipo de técnica quirúrgica va a ser exclusivamente dependiendo el tipo de atresia intestinal que se tenga (11,6,15). La incisión supraumbilical derecha, que permite la exposición excelente de todo el aparato gastrointestinal(2).

El diagnóstico de atresia intestinal duodenal se confirma al levantar el epiploon gastrocolico e identificar el duodeno hasta el punto mas distal de la obstruccion, se abre el duodeno en sentido longitudinal resecaando el diafragma y se cierra en sentido transversal, en los otros tipos de atresia se prefiere realizar duodenoduodeno anastomosis o duodenoyeyuno anastomosis transmesocolica, la mayoría de los autores cuando se trata de lesion de colon o yeyuno resecan la porción mas dilatada del intestino y en lleo manejan resección y anastomosis termino terminal o termino oblicua, tambien dependiendo el tipo de atresia(8).

La mayoría de los autores se encontraron con complicaciones durante el postoperatorio por una mala descompresion intestinal y por mal manejo de alimentación parenteral ya que bien manejada ha sido una de las fuentes de vida de estos pacientes, la otra complicacion que provoco la mas de las muertes en los pacientes fue sepsis presentandose aunada a la prematuréz y a las malformaciones coexistentes (8).

El manejo adecuado y la sobre vida de estos pacientes se debe a la evolución de las tecnicas quirurgicas, anestesicas y de cuidados intensivos neonatales(8,15,11).

En la literatura mundial reportan que una de las principales causas de tipo quirurgico que ponen en peligro la vida del paciente es por dehiscencia de la anastomosis, pero en los reportes actuales, gracias al buen manejo y alimentacion parenteral se ha incrementado la sobrevivida.

RESULTADOS

De los 18 casos de atresia intestinal congenita (figura I) encontramos que la atresia duodenal fue en 7 pacientes con un 38.8% la causa más frecuente de atresia, seguida de la atresia de ileo distal con 5 pacientes 27.7%, yeyuno proximal con 4 casos 22.2%, yeyuno distal e ileo proximal solo en el 5.5%.

El tipo de atresia que más frecuentemente se presentó fue la de tipo I en 33.3% de los casos seguida de la tipo II con 27.7%, la tipo IIIa 22.2%, la tipo IV con un 11.1% y la tipo IIIb solo en el 5.5%. Variando un poco con lo descrito en la literatura (figura III-IV).

Los pacientes con antecedentes de polihidroamnios fue en el 33.3%, negativo en el 27.7% y se ignora la presencia de polihidroamnios en 38.8% por falta de una historia clínica adecuada.

Los medicamentos administrados a la madre encontramos que los antimicrobianos ocuparon el primer lugar con 44.4%, vitaminas y analgésicos en un 16.6%, un 38.8% se ignora si la madre tomó o no medicamentos durante el embarazo.

En la figura V englobamos las anomalías coexistentes más frecuentes que se presentaron en nuestros pacientes, la cardiopatía congénita se presentó en el 38.8% de nuestros pacientes teniendo en gran riesgos su evolución, seguida del 8x. de Down con el 33.3%, atresia de esófago en el 5.5%, gastroesquiasis en el 5.5%, microlico y microgastria en el 5.5% aunando la prematuridad en el 55.5% de los casos.

ESTA TUBO NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Los tres síntomas principales que se presentaron en nuestros pacientes, vomito de contenido biliar en el 100% de los casos y en menor proporción la hiperbilirrubinemia con el 38.8%.

La cuenta leucocitaria se presentó en el 44.4% de los pacientes y leucocitosis menor en el 50% de los pacientes.

El manejo quirúrgico en un 66.6% se realizó resección y anastomosis terminal, en el 33.3% resección de membrana duodenal.

El manejo de la nutrición parenteral fue muy variable y el tiempo máximo fue de más de 30 días con 22.1% y la mínima fue 1 a 20 días con 27.7%, las principales complicaciones que se presentaron fueron sepsis y alteraciones metabólicas con un 44.4% seguido de prematuridad en un 22.2%, alteraciones cardíacas en un 16.6%, neumotorax se presentó en el 5.5%.

En la figura VII reportamos la evolución que en nuestra experiencia no ha sido satisfactoria ya que las complicaciones y en nuestro caso la sepsis temprana a variado el porcentaje de lo que se reporta en la literatura, la evolución fue satisfactoria en un 61.1% de nuestra serie y fatal en el 38.8%, recordando que todas de defunciones se presentaron fueron totalmente ajenas al manejo quirúrgico, se presentaron posteriormente a los 40 días de vida, comprobándose la muerte por patología respiratoria y gastrointestinal y por las anomalías coexistentes.

Los días de estancia hospitalaria que fueron en promedio de 10.5 en porcentaje general.

DISCUSION

La obstrucción congénita intestinal continúa siendo la causa más frecuente de obstrucción en los recién nacidos, el manejo óptimo se basa fundamentalmente en un diagnóstico temprano y cirugía precoz. Es un proceso progresivo cuyas fases o etapas clinicopatológicas son la base de un certero diagnóstico y clasificación adecuados (3).

El manejo del recién nacido que presenta vómito de contenido biliar y datos de distensión abdominal es tal que suficiente para no retardar el diagnóstico, en series de otros autores la buena evolución de los pacientes se debe a los estudios prenatales que realizan para dar manejo apropiado, cosa que en nuestro medio resulta difícil (14,9).

En la mayoría de nuestros pacientes, no hubo problemas con laboratorio, ni presencia de grandes alteraciones metabólicas y electrolíticas al nacimiento pudiéndose restablecer inmediatamente, las complicaciones en nuestros pacientes se presentaron en el postoperatorio al igual que en otras series de otros autores.

El manejo quirúrgico realizado en nuestro Hospital, por el servicio de Cirugía Pediátrica no varió al de otros autores, inclusive en una de las series se reportan infección de la herida quirúrgica, dehiscencia de la anastomosis, en nuestra serie sólo se reporta una complicación por la presencia de otra atresia no descubierta durante el primer acto quirúrgico (6).

La prematuridad, las anomalías consistentes y la sepsis fueron las principales causas de muerte en nuestros pacientes, las cardiopatías congénitas en ocasiones fueron severas las cuales interfirieron en la buena evolución quirúrgica, a pesar del manejo intensivo no fue posible su recuperación.

Las alteraciones metabólicas, en comparación con los trabajos de otros autores fueron bien controladas en todos los casos (5).

El manejo de la alimentación parenteral total fue el adecuado en nuestra serie, a pesar del tiempo de manejo, en otras series se reportan alteraciones por la alimentación parenteral total a corto plazo (12,9,5).

Concluimos que el manejo quirúrgico en nuestro Hospital es el adecuado así como el postoperatorio, solo nos resta sensibilizar a todo el personal que las anomalías consistentes, la prematuridad y la sepsis diagnosticadas a tiempo mediante un manejo adecuado es más suficiente para obtener resultados satisfactorios.

TOTAL DE CASOS DE ATRESIA INTESTINAL

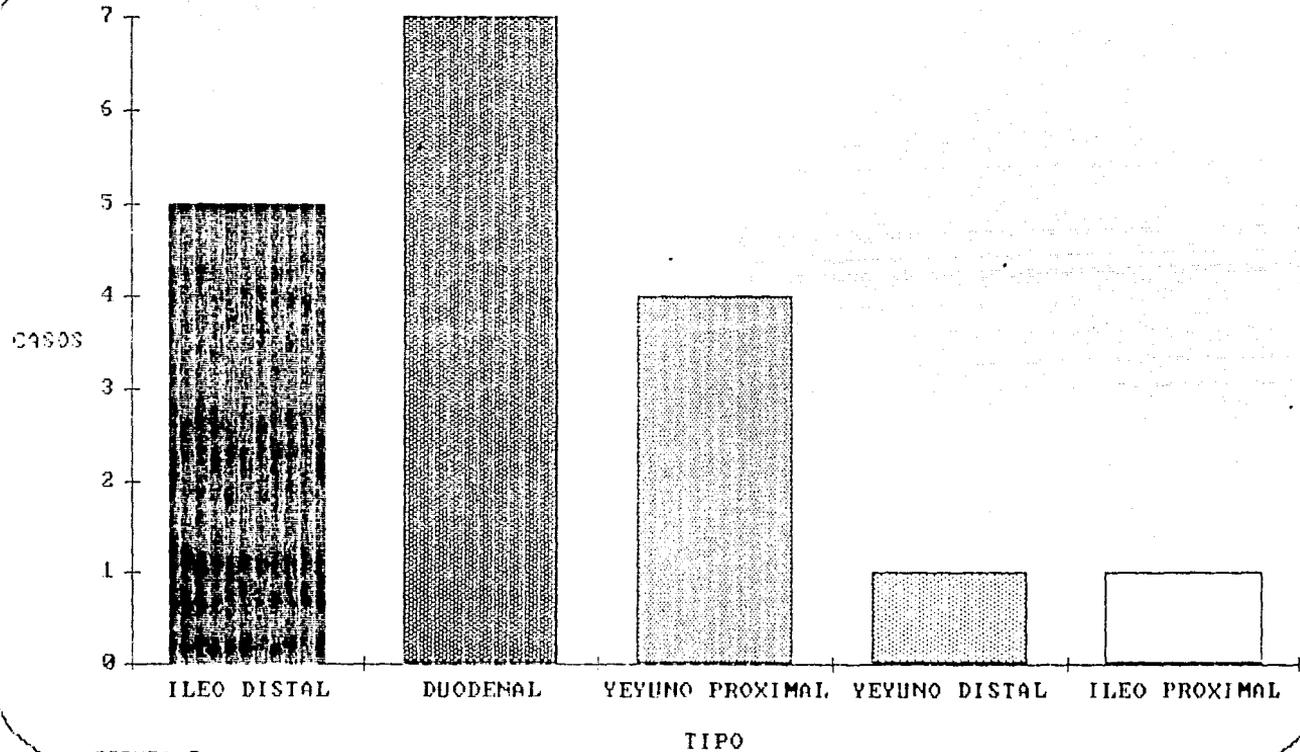


FIGURA I

FUENTE: Archivo Clínico del Hospital Regional

"Lic. Adolfo López Mateos del I.S.S.S.T.E Octubre 1990

TIPO DE ATRESIA INTESTINAL

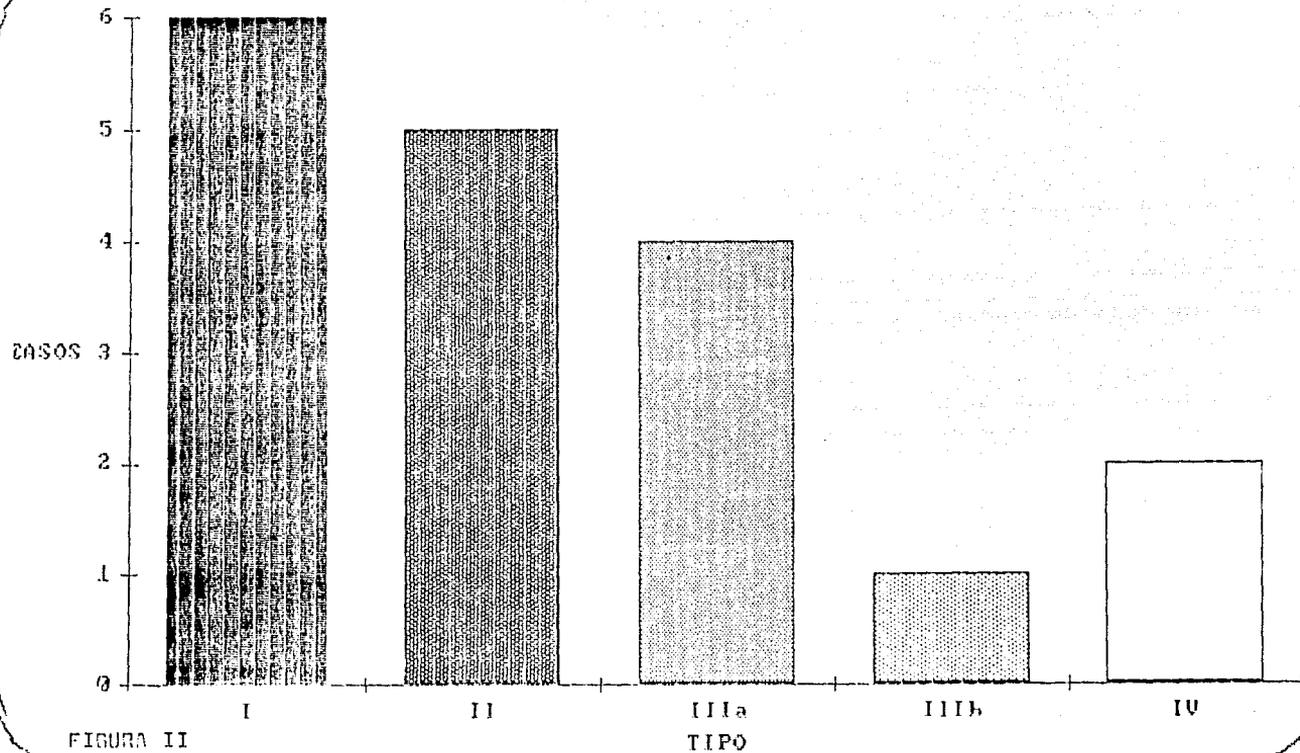


FIGURA II

FUENTE: Archivo Clínico del Hospital Regional.

"Lic. Adolfo López Mateos I.S.S.S.T.E 1990

ANOMALIAS COEXISTENTES

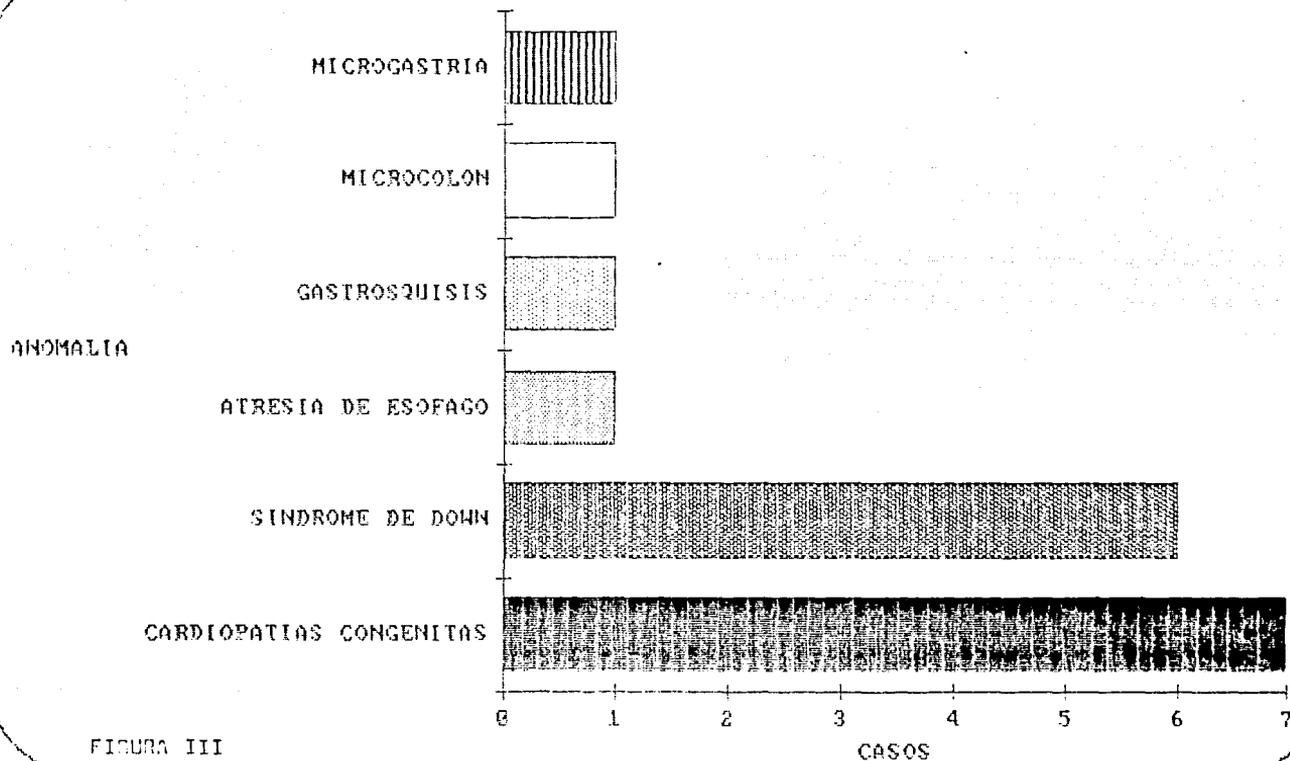


FIGURA III

FUENTE: Archivo Clínico del Hospital Regional

"Lic. Adolfo López Mateos" I.S.S.G.T.C. Octubre 1990

EVOLUCION QUIRURGICA DE LA ATRESIA INTESTINAL

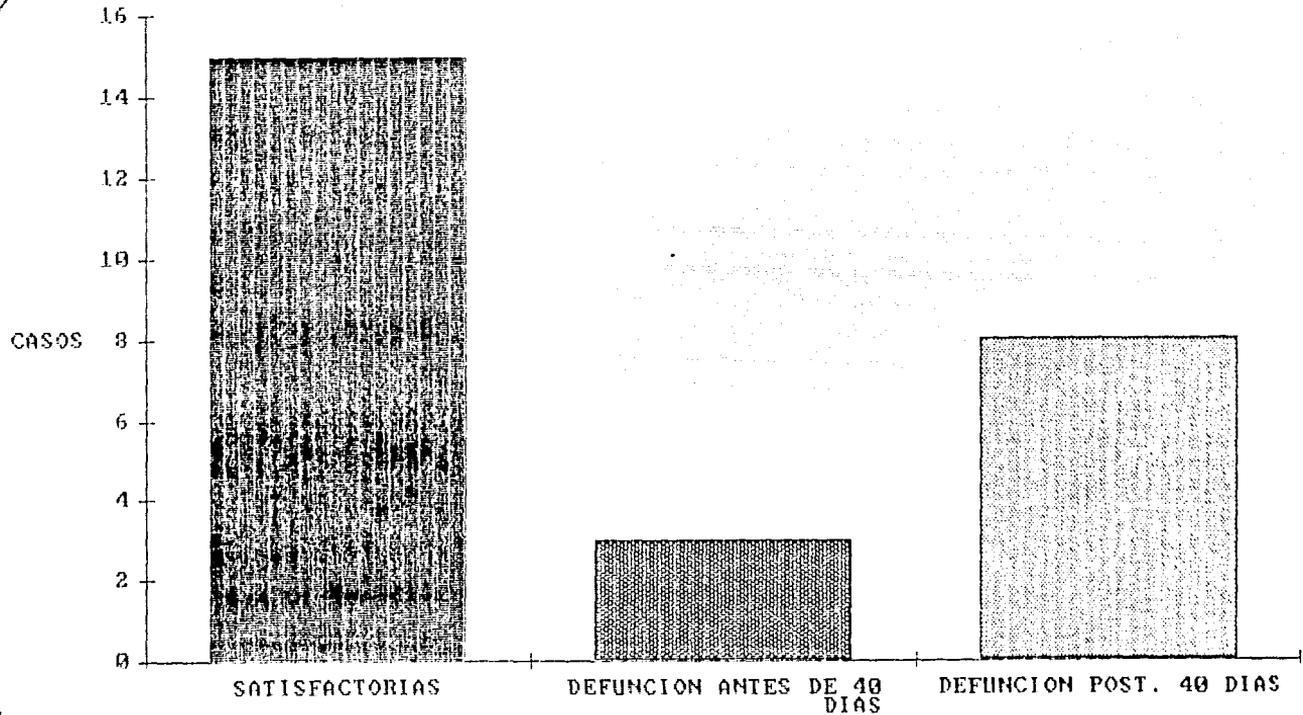


FIGURA IV

FUENTE: Archivo Clínico del Hospital Regional

"Lic. Adolfo López Matos I.S.S.S.T.E

Octubre 1990

BIBLIOGRAFIA

- 1.- T.H. Holder, K.H. Aschcraft; *Atresia y estenosis intestinal, Cirugia Pediatrica, Interamericana, 1985, 367-382.*
- 2.- Ravitch, H.H. and Barton, E.A.; *The need for pediatric surgeons as determined by volume of work and mode of delivery of surgical care surgery 76, 754, 1985.*
- 3.- V. Ramirez, German Chavez, *Sindrome de Seckel y atresia intestinal multiple, Bol. Med. HOSP, 44, (2), 866-869, 1987.*
- 4.- Yanagiwa, H. Ohta, and Washio, *Intestinal pseudoobstruction in neonate caused by idiopathic muscular hypertrophy of the entire small, Intjou of Ped. Surg, 1988, 23(29), 861-863.*
- 5.- Siplovich, H.R.O, Davies, R.O, Paschula, And cywes, *intestinal obstruction, in the newborn with congenital eyelid, journal of pediatric surgery, 1988, 23 (9), 810-813.*
- 6.- Jackman and R.J. Ebereton, *A Lesson in intestinal atresia, journal of pediatric, Surgery, 1988, 23 (9), 851-853.*
- 7.- Keith West and Robert J. Toulousian *meconium pseudocyst presentina as buttock mass, Journal of. ped. surq, 1988, 23 (3), 864-865.*
- 8.- Fren puri and Taiseo Fujimoto, *Observations on the pathogenesis of multiple intestinal atresia, journal of. ped. surq, 1988, 23 (9) 188-191.*
- 9.- L. Makkonen, T. Kalima, J. Jaaskelainen, and I. Louhino *duodenal atresia, late follow-up, Journal of ped. surq, 1988, 23 (23) 221-225.*

- 10.- Debo Adeyemi, Combination of annular pancreas and partial situs inversus: A multiple organ malrotation syndrome associate with duodeno obstructions, *Journal of. ped. surg.* 1988, 23 (2), 181-188.
- 11.- Debo Adeyemi, Prognostic factors in neonatal intestinal obstructions prospective study of nigerian Newborns With Lowel obstructions, *Jornal of Ped. Surg.* 1988, 23 (2), 135-138.
- 12.- Stephen G. Jolley, William P. Tunell, Sabriote Thomas, the significance of *Ped. Surg.* 1988, 23 (6), 627-631.
- 13.- Edward J. Poolin, Herberts. Ormabee, and J. Laurence hill motility anormality in intestinal atresia. *Jornal of Ped. Surg.* 1987,22 (9), 320-324.
- 14.- Doody and L.T.Mquayen congenital atresia of the colon combined the segmental, *Journal of Ped.* 1987, 22 (9), 804-805
- 15.- Stephen G. Eroyle and Carolene, Perforation of jejuno secondary duplications cyts lined with ectobics gastric mucosa, *jornal of ped. surg.* 1988 23 (11), 1026-1027