

11210

20



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

CIUDAD DE MEXICO
Servicios de Salud

DDF



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD

DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA

DEPARTAMENTO DE POSTGRADO

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN

CIRUGIA PEDIATRICA

ATRESIA YEYUNOILEAL EXPERIENCIA DEL
HOSPITAL PEDIATRICO MOCTEZUMA

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

P R E S E N T A

DR. ENRIQUE ROJAS ARO

PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGIA PEDIATRICA

DIRECTOR DE TESIS: DR CARLOS BAEZA HERRERA

277436

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

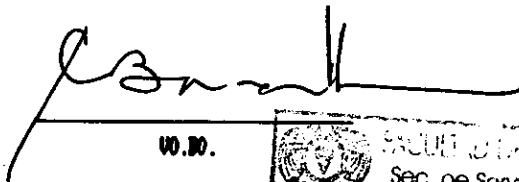
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

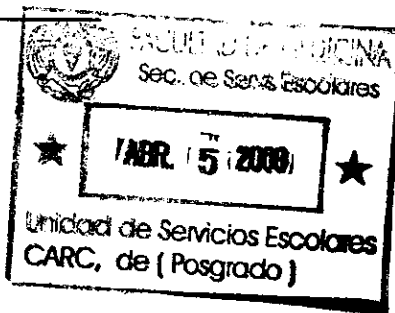
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

DR. CARLOS DIAZ HERRERA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO



UO. BO.



DR. BENJAMIN SOTO DE LEON

DIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION




UO. BO.

DIRECCION DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION
SECRETARIA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

A MI ESPOSA:

**ROSALIA CON AMOR
POR SU APOYO, CARIXO
Y SU PACIENCIA QUE ME
ALENTARON PARA SEGUIR ADELANTE.**

A MIS PADRES:

**EVANGELINA Y GORGONIO
CON CARIXO POR QUE LO QUE TENGO Y SOY
SE LOS DEBO A ELLOS, MI AGRADECIMIENTO POR SIEMPRE.**

A MIS HERMANOS:

**POR EL APOYO QUE SIEMPRE ME HAN BRINDADO, POR
SU CONFIANZA Y CARIXO.**

A TODOS LOS NIÑOS DEL MUNDO:

POR REPRESENTAR LA ESPERANZA.

I N D I C E

INTRODUCCION.....	1
MATERIAL Y METODO.....	10
RESULTADOS.....	11
DISCUSION.....	13
CONCLUSIONES.....	15
RESUMEN.....	16
GRAFICAS.....	17
BIBLIOGRAFIA.....	24

ATRESIA YEYUNOILEAL EXPERIENCIA DEL HOSPITAL
PEDIATRICO MOCTEZUMA.

INTRODUCCION :

La oclusión intestinal, es un síndrome caracterizado por la dificultad al tránsito intestinal, que en el recién nacido se manifiesta tempranamente con vómito y casi siempre con distensión abdominal y ausencia de evacuaciones. En el recién nacido puede ser debido fundamentalmente a cuatro causas generales: intrínsecas, extrínsecas, funcionales y alteraciones del meconio.

La atresia yeyunoileal es una de las causas más comunes oclusión intestinal en el período neonatal y probablemente la que con mayor frecuencia se presenta, con una incidencia aproximada de uno por cada 5 mil a 10 mil recién nacidos vivos. (2)

Dentro de las urgencias quirúrgicas neonatales se encuentra la atresia intestinal descrita desde 1684 por Groellen. Los sitios más comúnmente afectados son el ileon, después el yeyuno y por último el colon. (5)

La atresia se define como obstrucción completa de la luz intestinal y debe diferenciarse de la estenosis que origina obstrucción incompleta, a menudo con aparición tardía de los signos clínicos. (1-2)

A pesar de los grandes avances, la atresia intestinal continúa siendo un reto difícil para el cirujano, en virtud de los problemas metabólicos, infecciosos y avances técnicos que se oponen para la consecución de la permeabilidad del tubo digestivo. (2)

Muchas son las teorías que intentan explicar la causa de la atresia intestinal, por muchos años la explicación más convincente con relación a la atresia duodenal fue la ausencia en la recanalización. (4)

Observaciones clínicas hechas por Louw y Bernard, Santulli, Blanck y Nixon; en relación a la presencia de pigmentos biliares, lanugo y células escamosas en el segmento distal de la atresia, sugieren que además del bloqueo epitelial existen otros factores que provocan esta patología. (1)

Pruebas clínicas y experimentales señalan que la atresia yeyunoileal y la colica son el resultado de una lesión isquémica después que el intestino medio ha vuelto a la cavidad celómica, mediante lo cual, dependiendo de la extensión de la isquemia es el tamaño del defecto de la pared intestinal y del mesenterio, el volvulus, gastroquiasis, onfalocelo e invaginación intestinal son los factores desencadenantes más comunes. (2,3)

Recientemente han sido definidos los requisitos para considerar una atresia como consecuencia de algún accidente vascular en la etapa de la organogénesis: que el neonato sea de término, que el estudio radiológico simple de abdomen muestre signos de oclusión intestinal baja, que el enema baritado revele un colon de calibre normal o casi normal, que exista antecedente o la evacuación de algún tipo de tejido orgánico a través del conducto anorrectal. (2)

Se han publicado casos de atresia ileal iatrogenica, Vassy comunicó dos, en los que al ocluir el cordón umbilical demasiado cerca de la piel de

la pared del recién nacido con defecto umbilical no aparente fue atrapado un segmento de ileon, lo que culminó en atresia. Reckwood refiere un caso de un paciente en que la atresia fue provocada al efectuarse una amniocentesis.(2)

El cuidado preoperatorio en los últimos tiempos que incluye alimentación parenteral total ha permitido incrementar la sobrevida de estos pacientes.(1)

La primera descripción de atresia ileal fue en 1684 por Goeller. En 1773 Y 1779 Calder y Osiander realizaron otras observaciones de atresia de intestino. La primera enterostomía como manejo de este padecimiento fue realizada por Voisin en 1804. En 1889 Bland Sutton propone la clasificación de los tipos de atresia y postuló que la atresia intestinal ocurre en el periodo embrionario por atrofia del conducto vitelino. Wanitschek en 1894 es el primero en realizar resección y anastomosis en la atresia. En 1900, Handler propone la teoría de falla en la vacuolización para el desarrollo de la luz intestinal como causa de atresia duodenal. Estas observaciones fueron confirmadas por Johnson en 1910 Y 1911. Spriggs en 1912, sugiere el mecanismo de accidente vascular en la producción de la atresia. Low y Barnard en 1955, Santulli y Espinas en 1964, confirman el importante papel de los accidentes vasculares, en los que la arteria mesentérica sufre oclusión y determina la isquemia del tramo intestinal atresico.

BLAND SUTTON, SPRIGGS Y LOW CLASIFICAN LA ATRESIA INTESTINAL Y EYUNOILEAL EN TRES TIPOS:

TIPO I Existe continuidad de la pared intestinal, el lumen está obstruido por uno o más tabique.

TIPO II Las dos terminaciones ciegas del intestino están conectadas por un cordón fibroso de longitud variable. El mesenterio puede estar intacto o mostrar un defecto en forma de "V" entre los dos segmentos ciegos.

TIPO III Los dos segmentos intestinales atresicos están separados por un defecto en forma de "V" en el mesenterio.

Martin y Zerella, propusieron una modificación a la clasificación de Bland Sutton: combinando sus tipos B y C por el tipo II, reservando la atresia múltiple. El tipo D por el tipo III de Bland Sutton, agregando un cuarto tipo que corresponde a la deformidad en cascara de manzana (apple-peel) o árbol de navidad.

CLASIFICACION DE MARTIN Y ZERELLA

TIPO I Cuando es atresia única y la oclusión se debe a la presencia de una membrana o diafragma y existe continuidad de la pared, el intestino proximal está marcadamente dilatado, el mesenterio intacto y la longitud intestinal total es normal.

TIPO II Cuando la atresia es única y no hay discontinuidad de la pared. Los extremos terminan conectados a una banda de tejido fibroso y anormalmente hay defecto mesentérico.

- TIPO III Atresias multiples en las cuales el segmento proximal está dilatado, las atresias restantes pueden estar constituidas por diafragmas o puede haber discontinuidad de la pared.
- TIPO IV Tambien llamada deformidad en árbol de navidad o cascara de manzana, es una variedad de atresia que muestra discontinuidad de la pared, el segmento distal es helicoidal carece de mesenterio y recibe irrigación de una rama de la arteria ielocolica, la longitud intestinal esta siempre disminuida.

CLASIFICACION ACTUAL DE ATRESIA ILEOYUNAL
(ROBERT J. TOULOUKIAN)

- TIPO I Diafragma integro formado de mucosa y submucosa con intestino y mesenterio integro.
- TIPO II Fondo de saco proximal separado del distal, unidos por un cordón fibroso sin defecto en mesenterio.
- TIPO III-A Fondo de saco proximal separado del distal sin unión con defecto en "V" del mesenterio.
- TIPO III-B Atresia en cascara de manzana, el intestino rodea a la arteria mesentérica superior.
- TIPO IV Atresias multiples .

- TIPO III Atresias múltiples en las cuales el segmento proximal está dilatado, las atresias restantes pueden estar constituidas por diafragmas o puede haber discontinuidad de la pared.
- TIPO IV También llamada deformidad en árbol de navidad o cascara de manzana, es una variedad de atresia que muestra discontinuidad de la pared, el segmento distal es helicoidal carece de mesenterio y recibe irrigación de una rama de la arteria ielocolica, la longitud intestinal esta siempre disminuida.

CLASIFICACION ACTUAL DE ATRESIA ILEOYUNAL
(ROBERT J. TOULOUKIAN)

- TIPO I Diafragma integro formado de mucosa y submucosa con intestino y mesenterio integro.
- TIPO II Fondo de saco proximal separado del distal, unidos por un cordón fibroso sin defecto en mesenterio.
- TIPO III-A Fondo de saco proximal separado del distal sin unión con defecto en "V" del mesenterio.
- TIPO III-B Atresia en cascara de manzana, el intestino rodea a la arteria mesentérica superior.
- TIPO IV Atresias multiples .

La frecuencia se distribuye de la siguiente manera: yeyuno 51% (proximal 31% - distal 20%), ileon 49% (proximal 13% - distal 36%), atresia múltiple del 6 al 10%, la asociación de atresia intestinal y gastrosquisis en reportes recientes indican una incidencia de 6.8 a 23% (6).

La falta de tránsito intestinal provoca vómitos que condicionan tempranamente deshidratación, desequilibrio electrolítico y ácido base neumonia por aspiración y septicemia, mismos que se ven agravados por la falta de ingesta que traducen desnutrición aguda en un recién nacido cuyas reservas energéticas son mínimas, además se incrementa la circulación enterohepática de la bilirrubina con la consecuente hiperbilirrubinemia, la excesiva dilatación del asa provoca isquemia, necrosis y perforación que favorece aún más la septicemia, consumo de factores (C.I.D), sangrado y eventualmente provoca la muerte.(7)

El cuadro clínico del recién nacido con oclusión intestinal por diversas causas suele presentar un cuadro sintomático indistinguible entre sí. El vómito característico gastrobiliar acompaña a la obstrucción de yeyuno e ileon en el 90%, cuando la obstrucción es baja el vómito aparece hasta el segundo e incluso tercer día de vida y el contenido del vómito puede llegar a ser fecaloide. (8). La distensión abdominal en el 85%, es rápida progresiva y con gran frecuencia se acompaña de dibujo de asas, dificultad respiratoria por compresión del diafragma y que evoluciona hacia la perforación y peritonitis. La ausencia de evacuaciones, dato casi siempre presente sugiere fuertemente una malformación obstructiva de las vías digestivas, sin embargo aproximadamente el 20% de los recién nacidos con

obstrucción yeyunoileal expulsan meconio poco después del nacimiento, por lo que este dato debe tomarse como ayuda para el diagnóstico, pero no como signo necesario de obstrucción intestinal congénita. Hay ictericia en el 40% de las obstrucciones altas y 20% en las bajas, condicionado por el aumento de la circulación enterohepática de las bilirrubinas.(9)

El diagnóstico se sospecha en bases clínicas y se corrobora con estudio radiológico simple en posición erecta en proyecciones anteroposterior y lateral que muestran oclusión intestinal, según criterio definido por Edwards (un diámetro mayor que la anchura del primer cuerpo vertebral lumbar).(10). niveles hidroaéreos de diferentes calibres con opacidad pélvica, en ocasiones imagen de triple burbuja en atresia yeyunal, el enema baritado es necesario y aporta datos respecto al sitio del ciego y el tamaño del colon, es el estudio mas importante y orientador para localizar el sitio de la obstrucción intestinal, si la obstrucción es alta el colon se observa de tamaño normal o ligeramente pequeño, si es baja (ileo terminal) se observa un microcolon. La serie esofagogastroduodenal es útil para localizar el sitio de obstrucción alta.

El tratamiento inicial de todo neonato con atresia intestinal es tan importante o más que la intervención quirúrgica, ya que frecuentemente han transcurrido 24-48 horas o más antes de identificar la malformación, a todo recién nacido con cuadro oclusivo se le debe dar inmediatamente el siguiente tratamiento: ayuno, descompresión del tubo digestivo proximal con sonda orogastrica de calibre adecuado, soluciones parenterales, corrección de

las alteraciones hidroelectrolíticas y ácido-base si los hay, mantenimiento de la temperatura corporal mediante una incubadora o incubadora de calor radiante, es necesario emplear antimicrobianos sobre todo cuando han pasado más de 24 horas de haberse iniciado la distensión abdominal, habitualmente ampicilina y amikacina, toma de muestras sanguíneas para hacer biometría hemática, plaquetas, TP, TPT, electrolitos séricos, gases arteriales, pruebas cruzadas para sangre y radiografías, aporte de nutrición parenteral (12)

Una vez establecido un diagnóstico presuncional, debe ser intervenido quirúrgicamente lo más antes posible, se traslada al quirófano en incubadora y con vendaje de huata para conservar la temperatura, las decisiones terapéuticas quirúrgicas están en función del tipo de padecimiento que se trata. (12). La incisión transversa supraumbilical permite exposición excelente de todo el aparato gastrointestinal, anomalías funcionales de el segmento intestinal proximal y distal han sido descritas; esto consiste en hipertrofia muscular, dilatación, isquemia y peristalsis inefectiva de el segmento proximal, hipertrofia de la mucosa y dismotilidad de el intestino distal. (13). La atresia intestinal es corregida usualmente por resección intestinal y anastomosis primaria en un plano, con sutura fina de 4-5 ceros poliglactina 910 (vicryl), usando técnicas variables para superar los problemas de discrepancia entre el segmento intestinal proximal dilatado y distal desfuncionalizado, cuando no es posible realizar resección intestinal del segmento proximal, procedimiento tipo Rehbein para reducir de calibre segmento dilatado y Dennis Brown o

Nixon para ampliar segmento distal.(14). En todos los casos de atresia debe corroborarse la permeabilidad distal del intestino ante la posibilidad de que haya atresias múltiples, esto se efectua inyectando solución salina isotónica en el intestino. (12). En atresia múltiple en la que es menester no solo mantener la permeabilidad sino lograr conservar la mayor cantidad posible de superficie disponible para la absorción, para lo cual es a veces recomendable efectuar más de cinco anastomosis, en los casos de malformación en "árbol de navidad" con irrigación precaria y en donde por definición la longitud del intestino esta disminuida, debiendo evaluarse todos los procedimientos, debiera contemplarse siempre la posibilidad de anastomosis primaria para evitar pérdidas hídricas y electrolíticas graves por una fístula de gasto alto, por lo referido anteriormente es recomendable el emplec de la enterostomía de Bishop-Koop o de Santulli que brindan seguridad de la descompresión y continuidad del tubo digestivo.

Dentro de las complicaciones que se observan en este tipo de pacientes son desequilibrio hidroelectrolítico y/o ácido base, dehiscencia de anastomosis, infección de herida quirúrgica, sepsis, síndrome de intestino corto residual.

Los factores de riesgo para la mortalidad son : prematuréz, bajo peso, síndrome de Down, cardiopatías congénitas, gastroesquisis, exónfalos, cuando se asocian dos o mas malformaciones a la atresia intestinal existe una mortalidad del 100%

MATERIAL Y METODO:

Se captaron 33 pacientes que ingresaron al servicio de cirugía del Pediátrico Moctezuma de la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal con diagnóstico de atresia yeyunoileal en un periodo comprendido del 1 de Enero 1991 al 31 de Diciembre de 1993. Se revisaron los expedientes clínicos obtenidos del archivo de esta unidad hospitalaria, sin importar sexo, lugar de procedencia, ni nivel socioeconómico.

El propósito del presente trabajo es identificar el tipo de atresia más frecuente en nuestra unidad, incidencia y morbilidad del padecimiento, para obtener los resultados deseados se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, abierto y longitudinal con análisis estadístico de medidas de tendencia central como moda, mediana y media para el manejo de las variables del grupo.

Las variables a analizar fueron las siguientes: sexo, edad, peso, cuadro clínico, procedimiento quirúrgico, hallazgos, tipo de atresia, tratamiento médico, estancia hospitalaria, complicaciones, mortalidad.

RESULTADOS:

De los 33 pacientes analizados 19 fueron masculinos y 14 femeninos; la edad osciló de 1 a 10 días; con una media de 2.1; con una mediana de 1-2 días; con una moda de un día. El peso osciló de 800 a 4.050 gramos; con una

MATERIAL Y METODO:

Se captaron 33 pacientes que ingresaron al servicio de cirugía del Pediátrico Moctezuma de la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal con diagnóstico de atresia yeyunoileal en un periodo comprendido del 1 de Enero 1991 al 31 de Diciembre de 1993. Se revisaron los expedientes clínicos obtenidos del archivo de esta unidad hospitalaria, sin importar sexo, lugar de procedencia, ni nivel socioeconómico.

El propósito del presente trabajo es identificar el tipo de atresia más frecuente en nuestra unidad, incidencia y morbimortalidad del padecimiento. para obtener los resultados deseados se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, abierto y longitudinal con análisis estadístico de medidas de tendencia central como moda, mediana y media para el manejo de las variables del grupo.

Las variables a analizar fueron las siguientes: sexo, edad, peso, cuadro clínico, procedimiento quirúrgico, hallazgos, tipo de atresia, tratamiento médico, estancia hospitalaria, complicaciones, mortalidad.

RESULTADOS:

De los 33 pacientes analizados 19 fueron masculinos y 14 femeninos; la edad osciló de 1 a 10 días; con una media de 2.1; con una mediana de 1-2 días; con una moda de un día. El peso osciló de 800 a 4.050 gramos; con una

media de 2.100; una mediana de 2.800 a 3.200; con una moda de 3.000 gramos. El 100% de los pacientes presentó el cuadro clínico caracterizado por distensión abdominal, vómito gastrobiliar y ausencia de evacuaciones, radiologicamente en la atresia distal predominó el patrón oclusivo con ausencia de aire en cavidad pélvica. en las proximales, la imagen de "triple burbuja" formada por el estómago, duodeno y yeyuno, fueron hallazgos frecuentes. El 40% de los pacientes presentó hiperbilirrubinemia con predominio de la indirecta. Con relación al tipo de atresia encontramos 13 de yeyuno y 20 de íleon, distribuidas de la siguiente manera de acuerdo al tipo: Tipo I (9 yeyuno-9 íleon), Tipo II (3 yeyuno-3 íleon), Tipo III-A (6 íleon), Tipo III-B (1 yeyuno-1 íleon) y Tipo IV (1 íleon). Dentro de los hallazgos en todos se observó dilatación del segmento intestinal proximal y segmento distal desfuncionalizado, con diferencia de calibres, cuya relación fue la siguiente: 3/1 (9%), 4/1 (15.1%), 5/1 (18.1%), 6/1 (9%), 8/1 (24.2%) Y 10/1 (24.2%). Se efectuó resección intestinal del segmento proximal desde 10 hasta 40 cms en 25 (84.8%), además se practicó ampliación del segmento intestinal distal con espatulación tipo Dennis Brown o Nixon. En 5 (15.1%) se practicó yeyunoplastia reductiva tipo Rehbein en segmento proximal, porque no fue posible realizar resección intestinal ya que el segmento atresico se encontraba cerca del ángulo de treitz entre 10 y 15 cms. Dentro de las anomalías asociadas encontramos: gastroquisis, trisomía 21, enfermedad de Hirschsprung en pacientes distintos. En el 100% de los niños se empleó doble antimicrobiano del tipo Ampicilina y Amikacina durante 10 días, con un máximo de 15 días para la

Ampicilina en el 63.6% (21). En el 18.1% (6) se utilizó además cefalosporina de tercera generación por sepsis, en el 6% (2) dicloxacilina en sepsis por *E. Epidermidis*, en el 9% (3) metronidazol por contaminación de la cavidad abdominal con materia fecal durante la anastomosis, en el 3% (1) anfotericina "B" en sepsis por *Candida Albicans*. El inicio de la vía oral en el postoperatorio; osciló de 5 a 18 días, con una media de 6.6, una mediana de 9.2 y una moda de 5.6 días, dentro de las complicaciones postquirúrgicas encontramos acidosis metabólica, sepsis, bronconeumonía, infección de herida quirúrgica, anemia, hiponatremia, S. colestasico, dehiscencia de anastomosis, suboclusión intestinal por adherencias postquirúrgicas. La estancia hospitalaria osciló de 8 a 96 días; con una mediana de 1-10, una media de 16 y una moda de 9 días, con una mortalidad del 6% (2) falleciendo el paciente pretermino de 32 semanas de gestación con peso de 800 gramos, el otro paciente fue el que presentó atresia intestinal más enfermedad de Hirschsprung, siendo el factor desencadenante en ambos la sepsis. Los pacientes con mayor tiempo prolongado para el inicio de la vía oral y estancia hospitalaria correspondió al grupo que se le practicó yeyunoplastia tipo Rehbein.

DISCUSION.

El recién nacido con alteraciones severas de índole quirúrgico, representa un interés particular para el médico pediatra o el neonatólogo, ya que es él quien se enfrenta de primera instancia a este tipo de pacientes, teniendo la oportunidad de llegar al diagnóstico correcto, de tal forma que

Ampicilina en el 63.6% (21). En el 18.1% (6) se utilizó además cefalosporina de tercera generación por sepsis, en el 6% (2) dicloxacilina en sepsis por *E. Epidermidis*, en el 9% (3) metronidazol por contaminación de la cavidad abdominal con materia fecal durante la anastomosis, en el 3% (1) anfotericina "B" en sepsis por *Candida Albicans*. El inicio de la vía oral en el postoperatorio; osciló de 5 a 18 días, con una media de 6.6, una mediana de 9.2 y una moda de 5.6 días. dentro de las complicaciones postquirúrgicas encontramos acidosis metabólica, sepsis, bronconeumonía, infección de herida quirúrgica, anemia, hiponatremia, S. colestasico, dehiscencia de anastomosis, suboclusión intestinal por adherencias postquirúrgicas. La estancia hospitalaria osciló de 8 a 96 días; con una mediana de 1-10, una media de 16 y una moda de 9 días. con una mortalidad del 6% (2) falleciendo el paciente pretermino de 32 semanas de gestación con peso de 800 gramos, el otro paciente fue el que presentó atresia intestinal más enfermedad de Hirschsprung, siendo el factor desencadenante en ambos la sepsis. Los pacientes con mayor tiempo prolongado para el inicio de la vía oral y estancia hospitalaria correspondió al grupo que se le practicó yeyunoplastia tipo Rehbein.

DISCUSION.

El recién nacido con alteraciones severas de índole quirúrgico, representa un interés particular para el médico pediatra o el neonatólogo, ya que es él quien se enfrenta de primera instancia a este tipo de pacientes, teniendo la oportunidad de llegar al diagnóstico correcto, de tal forma que

las primeras medidas terapéuticas, de su oportuna y efectiva intervención dependerá el buen pronóstico de estos pacientes.

El neonato con oclusión intestinal por diversas causas suele presentar un cuadro sintomático indistinguible entre sí, las enfermedades con las que se puede confundir la atresia yeyunoileal son; íleo meconial, malrotación intestinal, duplicación intestinal, enterocolitis necrozante, enfermedad de hirschsprung, síndrome de colon izquierdo hipoplásico, atresia de duodeno.- colon; por tal motivo en todo recién nacido con cuadro oclusivo es importante sus antecedentes, ya que nos orienta hacia la posibilidad del diagnóstico; un paciente con síndrome de Down se encuentra asociada entre el 30 y el 45%, el embarazo con polihidramnios en el 50% se asocian con atresia duodenal.

El cirujano debe considerar la posibilidad de obstrucción intestinal si el material residual del estómago tiene bilis o su volumen es mayor de 25 mililitros; los neonatos con atresia duodenal y yeyuno proximal comienzan a vomitar líquido biliar, poco después de nacer, los que tienen atresia más — distal tal vez no vomiten durante horas o incluso un día o dos después.

Son esenciales las radiografías del abdomen con el pequeño en decúbito supino, erecto y la proyección lateral para evaluar el tipo y situación de la zona obstruida.

Dos estructuras con aire y nivel líquido "signo doble burbuja" imagen patognomónica de obstrucción duodenal, pero no necesariamente de atresia. Las radiografías en pequeños con atresia yeyuno proximal muestran únicamente unos cuantos niveles hidroaéreos y ausencia de gas en la porción inferior del ab

domen o imagen de triple burbuja en distales, en ileon patron oclusivo con ausencia de aire en cavidad pélvica, en pacientes con ileo meconial observamos signo de Neuhauser (vidrio esmerilado), signo de white (sin niveles hidroaéreos) y ocasionalmente calcificaciones, en síndrome de colon izquierdo hipoplásico el colon por enema muestra colon izquierdo disminuido de calibre con extensión que va desde el ángulo esplénico hasta ano, pero no se detectan indentaciones (borde en serrucho) como en la agangliosis congénita, el colon proximal esta dilatado, en la enfermedad de hirschsprung - el estudio radiológico simple se advierte distensión de asas intestinales - que indican obstrucción intestinal, el colon por enema (90% certeza) el dato radiográfico clásico es el recto de calibre normal, con una dilatación - infundibuliforme a nivel de la zona de transición, con dilatación proximal, en casos dudosos, la retención del bario en el colon 24 horas después del estudio, es un dato importante que orienta hacia la presencia de la enfermedad indicada, en la enterocolitis necrozante encontramos varios signos radiológicos: distensión intestinal, aire intramural (neumatosis) de tipo burbuja, lineal, asa estática, gas en vena porta, neumoperitoneo, en malrotación intestinal es necesario efectuar colon por enema ya que aporta datos respecto al sitio del ciego.

Todo recién nacido con cuadro oclusivo como medidas iniciales de manejo se coloca sonda orogastrica para descompresión de tubo digestivo, ayuno.

CONCLUSIONES.

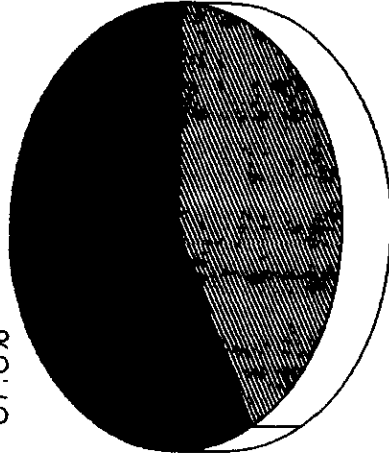
- 1) La atresia yeyunal proximal presento mayor morbilidad.
- 2) En todo recién nacido con cuadro oclusivo debere solicitarse radiografias simples de abdomen, colon por enema y serie esofagogastrica.
- 3) La causa mas común de muerte fue la septicemia.
- 4) La antibioterapia asociada a base de ampicilina y aminoglucósido es adecuada, en nuestra serie con buen resultado en el 63.6%.
- 5) En nuestra serie la yeyunoplastia reductiva del segmento atresico proximal resulto ser un procedimiento inadecuado para restablecer el transito intestinal por cursar con disfunción prolongada de la anastomosis.

RESUMEN.

En el Hospital Pediátrico Quirúrgico Moctezuma de la Dirección General de Servicio Médicos del Departamento del Distrito Federal, se llevo a cabo este estudio con 33 pacientes que ingresaron el 1 enero 1990 al 31 diciembre-1993 con diagnóstico de egreso de atresia yeyunoileal, de estos 19 fueron - masculinos y 14 femeninos, la edad oscilo de 1 a 10 días, peso de 800 a 4.050 gramos, el 100% presentó cuadro clínico caracterizado por distensión abdominal, vómito gastrobiliar, ausencia de evacuaciones, radiologicamente en atresia proximal se observo imagen de "triple burbuja", en distal patrón oclusivo con ausencia de aire en cavidad pélvica, con relación al tipo de atresia- encontramos 13 de yeyuno y 20 de ileon, con diferencia de calibres variable entre ambos extremos de 3/1 hasta 10/1, en 25 se practico resección intestinal del segmento proximal, ademas ampliación del segmento distal con espatulación tipo Dennis Brown o Nixon en el 100%, en 5 se realizó yeyunoplastia-reductiva tipo Rehbein, el inicio de la vía oral oscilo de 5 a 18 días, la estancia hospitalaria oscilo de 8 a 96 días, con una mortalidad del 6%.

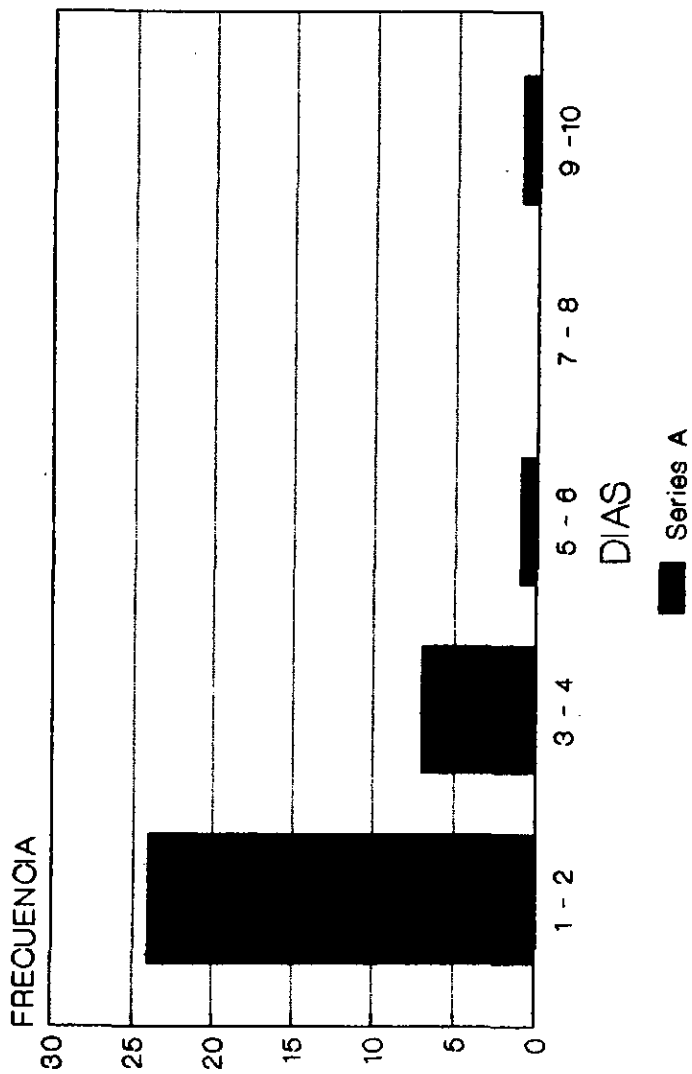
ATRESIA YEYUNOILEAL EXPERIENCIA H.P.MOCTEZUMA

MASCULINO
57.6%

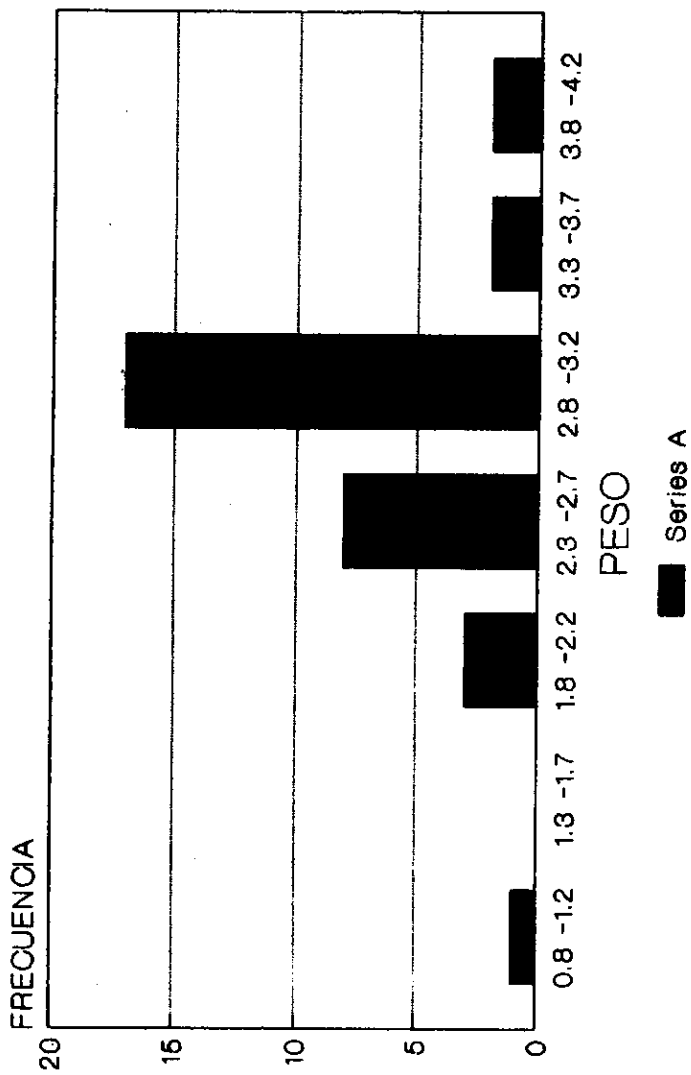


FEMENINO
42.4%

ATRESIA YEYUNOILEAL EXPERNIENCIA H.P.MOCTEZUMA



ATRESIA YEYUNOILEAL EXPERNIENCIA H.P.MOCTEZUMA



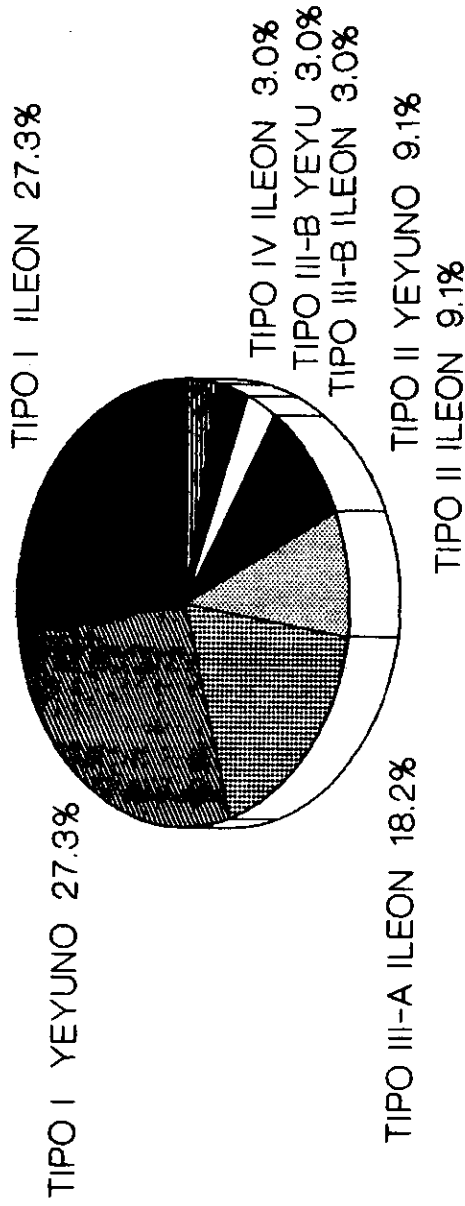
ARCH.CLINICO

19

ESTA YESO NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

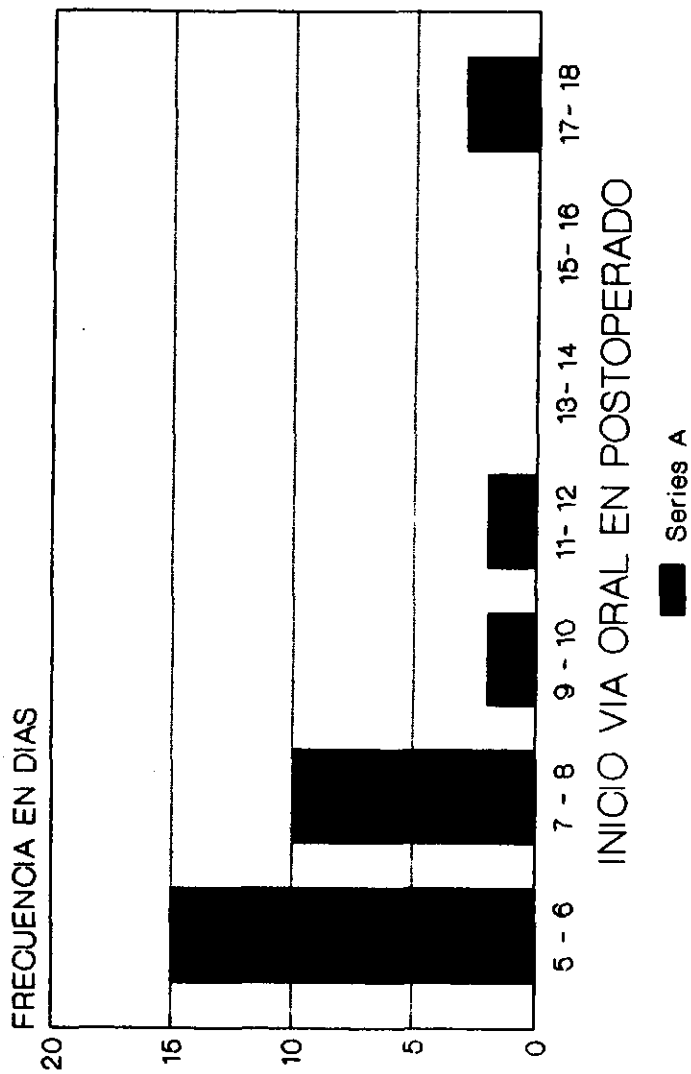
ATRESIA YEYUNOILEAL

EXPERIENCIA H.P.MOCTEZUMA



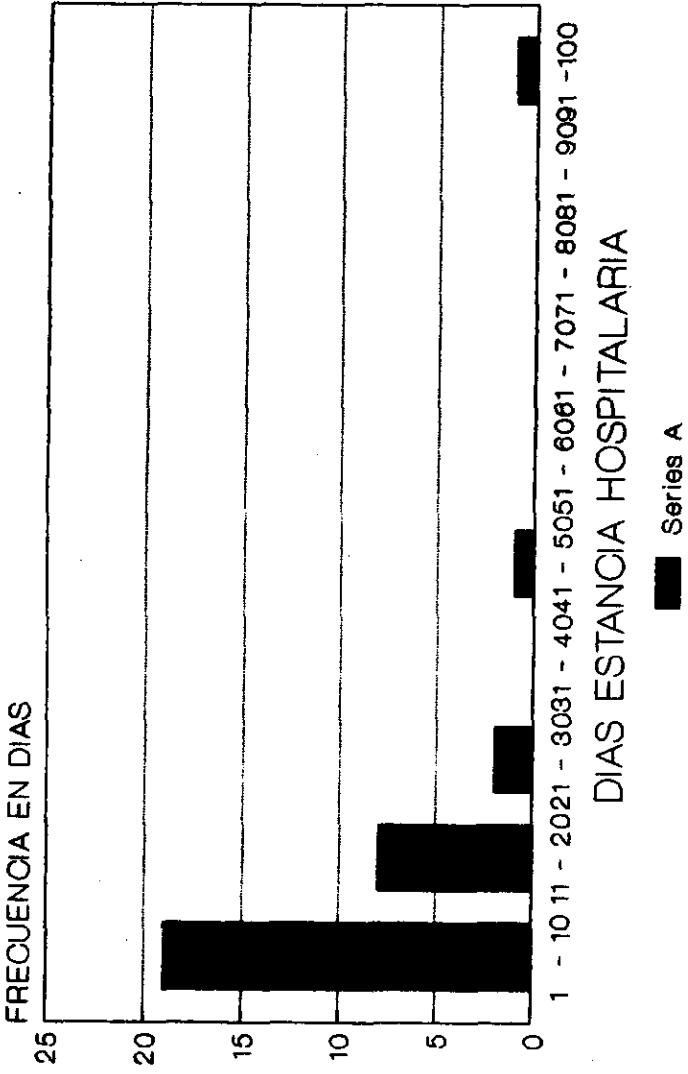
ATRESIA YEYUNOILEAL

EXPERIENCIA H.P.MOCTEZUMA



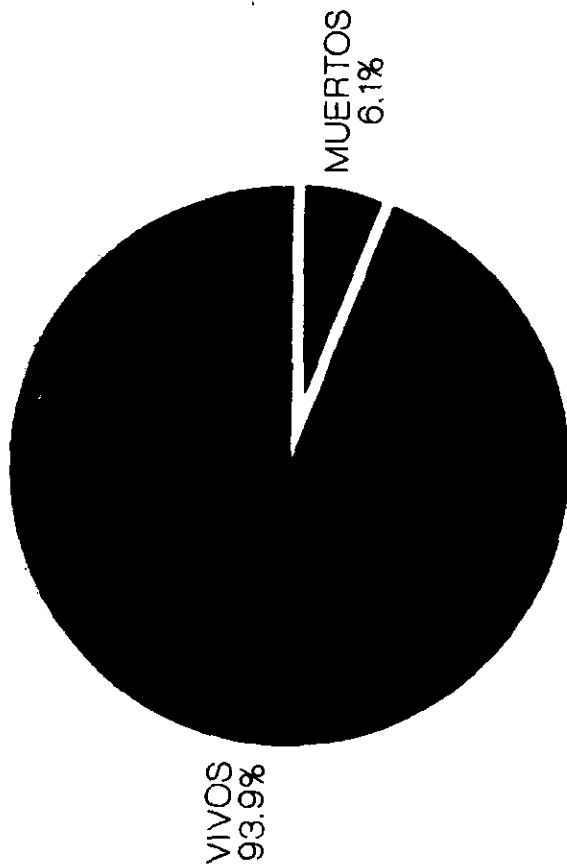
ARCH. CLINICO

ATRESIA YEYUNOILEAL EXPERIENCIA H.P.MOCTEZUMA



ARCH.CLINICO

ATRESIA YEYUNO ILEAL EXPERIENCIA H.P.MOCTEZUMA



BLIBLIOGRAFIA

- 1) Jay LG. Jejunoileal atresia and stenosis. En Welch JK. Randolph JG. Ravitch MM. O' Neill AJ. Rowe IM. Pediatric Surgery. Fourth Ed. pg 838-848
- 2) Baeza CH. Atresia ileo-yeyunal. Patologia quirúrgica neonatal. One Ed. pg 173-181
- 3) Touloukian JR. Atresia y estenosis intestinales. En Holder MT. Ashcraft WK. Pediatric Surgery. One Ed. pg 367-383
- 4) Lister J. Intestinal Atresia and stenosis, excluding the duodeno neonatal surgery. Three Ed. pg 453-473
- 5) Ward HC, Leake J, Milla RJ, Spitz L. Brown Bowel Syndrome A late complication of intestinal atresia. J Pediatr Surg 1992;27:1593-1595
- 6) Turnock RR, Brereton RJ, Spitz L, Kiely EM. Primary Anastomosis in Apple-Peel Bowel Syndrome. J Pediatr Surg 1991;26: 718-720.
- 7) Stephen GJ, Kurlinski JP, James LU. Simultaneous Correction of Biliary Atresia and Small Bowel Atresia in the Neonate. J Pediatr Surg 1992;27:1565-1568.
- 8) Rajkumar S, Morton MW. Gastroechisis and Intestinal Atresia. J Pediatr Surg 1991;26: 788-79.
- 9) Kevin PL, Walter JCH, Jordan JW, Timothy B, Shivdev S. Hirschsprung's Disease a possible cause of anastomotic failure following repair of intestinal atresia. J Pediatr Surg 1992;27:469-470.
- 10) Festen MD. Postoperative small bowel obstruction in infants and children. J Pediatr Surg 1982;196:580-583.
- 11) Nixon HH, Tawes R. Etiology and treatment of small intestinal atresia analysis of a series of 127 jejunoileal atresia and comparison with - 62 duodenal atresias. Surg 1971;69:41-51.
- 12) Low JH. Jejunoileal atresia and stenosis. J Pediatr Surg 1966;1:8-23.
- 13) Thomas HH, Carter JM. Small intestinal atresia. The critical role of functioning anastomosis. Ann Surg 1974;179:663-670.
- 14) Miller RC. Complicated intestinal atresias. Ann Surg 1979;189:607-611.