

Atresia de colon tipo I

Dres. P. Cabrera y H. Sobrero
Centro Hospitalario Pereira Rossell
Montevideo, Uruguay

Resumen

La atresia intestinal (AI) del recién nacido es la anomalía obstructiva más frecuente en esta etapa de la vida. Las malformaciones del duodeno e intestino delgado constituyen más del 90% de los casos. En un porcentaje muy bajo la localización es colónica.

Hay diferentes hipótesis sobre el origen de las AI: falta de vacuolización del epitelio intestinal en desarrollo o presencia de lesión isquémica del intestino luego que ha retornado a la cavidad celómica.

Un dato importante es que las gestantes presentan polihidramnios, así como también el recién nacido (RN) clínicamente manifiesta vómitos de tipo bilioso tempranamente.

Con las radiografías simples de abdomen se puede definir el diagnóstico, así como el colon por enema puede definir anomalías como microcolon, o AI más bajas.

La AI puede: presentarse a diferentes niveles, y ser única o múltiple, siendo la atresia de colon (AC) la menos común, su incidencia oscila 1,8 a 5% de todos los tipos de atresias.

Las AC se clasifican en 4 tipos. La más frecuente en el segmento proximal al ángulo esplénico es la tipo III; la AC distal es habitualmente de tipo I o II.

La AC tipo I, es muy infrecuente, de pronóstico favorable, si el diagnóstico y tratamiento se realiza precozmente.

Se presenta el caso de un recién nacido pretérmino, con peso al nacer de 1.260 gramos al que se le realizó diagnóstico de AC tipo I, presenta mala evolución y fallece.

Debido a que es una patología poco frecuente, el diagnóstico suele ser tardío y eso empeora el pronóstico. En este caso se destaca también la prematurez y bajo peso al nacer.

Palabras Claves: Pretérmino - Bajo peso - Atresia de colon

Summary

The intestinal atresia (AI) of the newborn is the most frequent obstructive anomaly in this stage of life. Malformations of the duodenum and small intestine constitute more than 90% of cases. In a very low percentage, the location is colonic.

There are different hypotheses about the origin of LA: lack of vacuolization of the developing intestinal epithelium or presence of ischemic bowel injury after it has returned to the coelomic cavity.

An important fact is that pregnant women present polyhydramnios, as well as the newborn (RN) clinically manifests bilious vomiting early.

With simple abdominal radiographs the diagnosis can be defined, just as the colon by enema can define anomalies such as microcolon, or lower AI.

The AI can: present at different levels, and be single or multiple, with atresia of the colon (AC) being the least common, its incidence ranges from 1.8 to 5% of all types of atresia.

CAs are classified into 4 types. The most frequent in the segment proximal to the splenic angle is type III; Distal AC is usually type I or II.

Type I AC is very infrequent, with favorable prognosis, if diagnosis and treatment is carried out early.

We present the case of a preterm newborn, with a birth weight of 1,260 grams who was diagnosed with type I AC, has a poor evolution and dies.

Because it is a rare pathology, the diagnosis is usually late and that worsens the prognosis. In this case, prematurity and low birth weight are also highlighted.

Index words: Preterm - Low weight - Colon atresia

Resumo

A atresia intestinal (IA) do recém-nascido é a anomalia obstrutiva mais frequente nesta fase da vida. Malformações do duodeno e do intestino delgado constituem mais de 90% dos casos. Em uma porcentagem muito baixa, o local é colônico.

Existem diferentes hipóteses sobre a origem do AE: ausência de vacuolização do epitélio intestinal em desenvolvimento ou presença de lesão isquêmica do intestino após o retorno à cavidade celômica.

Um fato importante é que as gestantes apresentam polidrâmnio, assim como o recém-nascido (RN) manifesta clinicamente vômitos biliosos precocemente.

Com radiografias abdominais simples, o diagnóstico pode ser definido, assim como o cólon por enema pode definir anomalias, como microcolão, ou IA inferior.

A IA pode: apresentar-se em diferentes níveis, ser única ou múltipla, sendo a atresia do cólon (CA) a menos comum, sua incidência varia de 1,8 a 5% de todos os tipos de atresia.

CAs são classificados em 4 tipos. O mais frequente no segmento proximal ao ângulo esplênico é o tipo III; A CA distal é geralmente do tipo I ou II.

O tipo I AC é muito pouco frequente, com prognóstico favorável, se o diagnóstico e o tratamento forem realizados precocemente.

Apresentamos o caso de um recém-nascido pré-termo, com peso ao nascer de 1.260 gramas, que foi diagnosticado com CA do tipo I, apresenta uma evolução pobre e morre.

Por ser uma patologia rara, o diagnóstico geralmente é tardio e piora o prognóstico. Nesse caso, a prematuridade e o baixo peso ao nascer também são destacados.

Palavras-chave: Pré-termo - Baixo peso - Atresia do cólon

Introducción

Las malformaciones congénitas del tracto gastrointestinal son relativamente frecuentes, incluyen lesiones obstructivas, anomalías de la rotación intestinal, alteraciones del sistema nervioso enteral, malformaciones anorrectales y duplicaciones intestinales, causando cuadros de obstrucción intestinal en el recién nacido¹.

La atresia de intestino es la más frecuente de las siendo aproximadamente un tercio de los casos de obstrucción intestinal neonatal.

Un reporte acerca de esta anomalía informa que su incidencia es de 2,25 por 10.000 nacidos vivos y en 50% de los casos la atresia ocurre en el duodeno, en 36% se le encuentra en el segmento yeyunoileal, en 7% la atresia es en el colon, y en sólo 5% de los casos es atresia múltiple. En este mismo estudio se encontró que 35,4% de los niños tuvieron menos de 37 semanas de gestación y en 52% el peso al nacer fue menor a 2.500 gra-

mos. Las madres menores de 20 años de edad tuvieron mayor riesgo de tener un hijo con esta malformación.

La sobrevivencia de estos niños es cercana al 90%, pero en las atresias distales los niños tienen mayor mortalidad. Las atresias múltiples, tienen una alta mortalidad (57%), sólo superadas por la mortalidad debida a íleo meconial (65%)².

La atresia de localización exclusivamente cólica es muy infrecuente, representando entre el 10-15% de todos los cuadros de atresia intestinal. La incidencia estimada es de uno cada 20.000 nacidos vivos; la incidencia por sexo es similar³⁻⁵.

La atresia colónica (AC) es más frecuente en el segmento proximal al ángulo esplénico.

Las malformaciones asociadas son poco frecuentes, aunque si existen pueden condicionar el pronóstico; existiendo una mortalidad del 25% de los casos, entre estas se han observado alteraciones oculares (exoftalmos, hipoplasia bilateral del nervio óptico), defectos de la pared abdominal

(extrofia vesical, gastrosquisis), deficiencias en la fijación del mesenterio, atresia yeyunal, ano imperforado, enfermedad de Hirschsprung (EH), anomalías congénitas cardíacas, polidactilia, sindactilia, y ausencia de radio^{4,6}.

De acuerdo a la clasificación de las atresias del colon se destacan cuatro tipos. El tipo I consiste en defecto de la mucosa con mesenterio intacto; el tipo II representa un cordón fibroso que conecta los dos extremos atrésicos, compromiso completo de la pared; el tipo IIIa es una separación completa con un defecto en "V" del mesenterio, separación completa de los dos cabos; el tipo IIIb es una deformidad en cáscara de manzana y el tipo IV corresponde a atresias múltiples⁶⁻¹⁰.

La etiología de la atresia colónica aún no está aclarada, se plantean diferentes hipótesis, todas focalizadas a una lesión isquémica previa que culminaría en un sector atrésico^{3,6,10,11}. Se plantean lesiones vasculares intraútero, anomalías de la rotación del tracto gastrointestinal que pudieran contribuir en un episodio de isquemia uterina a la subsecuente atresia del colon, así como también se describe una enterocolitis necrotizante previa.

Un compromiso vascular antes de la 8^o semana de vida intrauterina, usualmente afectaría a la arteria cólica media bloqueando la migración de los neuroblastos entéricos, explicando así, la asociación entre la atresia de colon y la enfermedad de Hirschsprung (EH).

Así como también se ha sugerido que la ingesta de medicamentos vasoactivos por la madre puede incrementar el riesgo de esta malformación^{3,6,10,11}.

Las características patológicas macroscópicas de todas las formas de atresia y estenosis intestinales son dilatación del segmento proximal a la obstrucción y colapso del segmento distal a la obstrucción⁶.

La AC clínicamente se manifiesta con signos y síntomas de una obstrucción intestinal baja. El diagnóstico se realiza por métodos de imagen. El promedio de las horas de vida postnatal en la que se llega al diagnóstico es de 59,4. La radiografía simple de abdomen muestra una dilatación de asas intestinales con niveles hidroaéreos, observándose, generalmente, un asa enormemente dilatada, que suele corresponder al colon proximal al segmento atrésico. El enema opaco con bario, localiza la obstrucción y ayuda a diferenciar la AC de otras obstrucciones intestinales bajas (atresia ileal, tapón de meconio, EH y el síndro-

me del colon izquierdo pequeño). La AC de tipo I o membranosa presenta el característico sign "windsock" o manga de viento¹⁰.

Presentación del Caso

Madre de 34 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial crónica en tratamiento con analapril y alfa metil dopa (desde el final del segundo trimestre). Grupo Sanguíneo A RH positivo.

Primera gestación, embarazo bien controlado. Trasmisibles negativas. Ecografía estructural a las 21 semanas informada como normal.

Complicado a las 29 semanas con restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) con crecimiento en percentilo (P) 10-25 y síndrome pre-eclampsia.

Cursando 32 semanas + 4 días con diagnóstico de preeclampsia severa de decide culminar el embarazo mediante cesárea de emergencia, luego del completar dosis de corticoterapia antenatal.

Cesárea, anestesia general. Presentación cefálica. Rotura artificial de membranas (RAM) intracesárea (i/c). Líquido amniótico claro (LAC) y cantidad normal.

Recién nacido sexo masculino, edad gestacional 32 semanas, peso al nacer 1.260 gramos (P3, score z: -1,6), longitud: 40 cm (score z: -1,05), perímetro craneano: 27 cm (P 10 -25, score z: -1,8). Vigoroso, sin acidosis de cordón. Exámen físico inicial morfológico normal. Se realiza CPAP nasofaríngeo (FIO₂ 1, PEEP 6) preligadura de cordón umbilical.

Permaneció en CPAP nasofaríngeo que se cierra por apneas sin requerimientos de oxígeno.

Se inició vía oral (VO) trófica a las 12 horas de vida con pecho. A las 24 horas de vida gran deterioro clínico, intolerancia digestiva con residuales gástricos biliosos más distensión abdominal progresiva. Se realiza radiografía de abdomen constatándose asas intestinales distendidas y ausencia de gases a nivel del recto. A los 3 días de vida sin expulsar aún meconio, aumento marcado de su distensión abdominal habitual, en nueva radiografía (Rx) de abdomen se observa asa intestinal fija con mayor distensión se realiza laparotomía exploradora evidenciándose atresia de colon transverso tipo I con microcolon. Se realiza resección de zona dilatada y ostmía del cabo proximal.

A los 6 días del postoperatorio presenta deposiciones meconiales normales, por lo que se inicia nuevamente la VO, a las 48 horas presenta

distensión abdominal progresiva. Nueva Rx que evidencia opacidad de hemiabdomen superior derecho y niveles hidroaéreos.

Se reinterviene por sospecha de perforación intestinal. Durante postoperatorio inmediato se constata sangrado activo por curacion, con inestabilidad hemodinamica que se corrige, 36 horas después presenta deterioro importante, se realizan maniobras de reanimacion completa, no siendo efectivas, se constata fallecimiento.

Discusión

La atresia colónica es poco frecuente, siendo la tipo I la que presenta un pronóstico más favorable en cuanto a supervivencia en comparación con el resto de las atresias intestinales; siempre que no existan otras malformaciones asociadas o comorbilidades, como en este caso que esta patología se presentó en un recién nacido prematuro y menor de 1.500 gramos^{6,10,11}.

Las malformaciones asociadas son poco frecuentes. El pronóstico de las AC es muy bueno con una sobrevida cercana al 100%¹¹.

Otros factores que influyen en la mortalidad y morbilidad son el retraso en el diagnóstico y tratamiento, errores técnicos, sepsis y alteraciones nutricionales. Es importante destacar que al ser una patología muy infrecuente, una vez que los signos y síntomas aparecen el personal a cargo del recién nacido no suele sospechar en primer instancia esta patología.

La clínica de la AC está dada por los síntomas característicos de una obstrucción intestinal baja por lo que requiere de estudios radiológicos simples de abdomen para poder realizar el diagnóstico^{5,6,9,10,12}.

En este caso se evidencia dilatación intestinal, niveles hidroaéreos y un asa dilatada, estos hallazgos constituyen la principal sospecha junto con la clínica, de la presencia de la atresia de colon.

En la literatura revisada, describen un período libre de síntomas hasta 12 horas después del nacimiento, luego se evidencia la presencia de distensión abdominal acompañada muchas veces de vómitos, cuadro que además se acompaña de la ausencia de expulsión de meconio.

En este caso a las 24 horas de vida luego de una descompensación general inicial la cual incluía residuales gástricos biliosos más disten-

sión abdominal progresiva, lo cual motiva la realización de una radiografía simple de abdomen, donde se evidencia asas intestinales distendidas más ausencia de aire en recto, no se sospecha una atresia inetstinal, ya que en un recién nacido pretérmino de 32 semanas, RCIU con un peso de 1.260 gramos, este cuadro clínico puede aparecer una vez iniciada la vía oral; y muchas veces resuelve con tratamiento médico.

A los 3 días de vida aún sin expulsar meconio, con mayor distensión abdominal y nueva radiografía de abdomen que muestra la presencia de un asa fija se decide realizar laparotomía con el fin de determinar el diagnóstico.

Observándose la presencia de una atresia intestinal a nivel de colon transverso con microcolon, constituyendo una AC tipo I. Se realiza resección del sector atrésico y se dejan ostomias. En este caso no se enviaron muestra para biopsia del tejido intestinal, teniendo en cuenta la alta probabilidad de asociación con enfermedad de Hirschsprung.

En la evolución del postoperatorio se mantuvo grave, presentando nuevamente distensión abdominal lo cual motiva a una reintervención para descartar algún tipo de complicación como podría ser la perforación con peritonitis, descrita en la literatura como una de las más frecuentes. Luego presenta episodio brusco de deterioro clínico con hipovolemia severa que a pesar de las medidas de reanimación no se logra revertir y fallece.

Si bien sabemos que el pronóstico de este tipo de malformación es muy buena, con una sobrevida cercana al 100%, el tipo de complicaciones que presentó este paciente y que lo llevaron a su fallecimiento fueron relacionadas con las comorbilidades^{3,11,12}.

La literatura revisada menciona complicaciones más alejadas. Generalmente son pacientes de término normopeso, a diferencia de nuestro paciente un recién nacido pretérmino moderado, bajo peso al nacer, siendo todos estos factores que podrían influir en una evolución desfavorable.

Debemos mencionar que la mortalidad está relacionada con retraso en el diagnóstico que causa perforación intestinal y en pacientes con otras malformaciones asociadas como enfermedad de Hirschsprung, gastrosquisis o atresias múltiples.

Bibliografía

1. Alberto J.Compeán-Lorenzana, Manuel Gil-Vargas, Ulises T.Martínez-Carreño, Luís De la Torre- Mondragón, Guillermo Victoria-Morales, Froylan de J.Paniagua-Morgan. Una causa inusual de obstrucción intestinal neonatal: Atresia de colon. Rev Mex Cir Pediatr. 14 (1), 2007.
2. Roberto Rodríguez-García, Felipe Carlos Rodríguez-García. Diagnóstico prenatal de atresia intestinal múltiple. Rev Mex Pediatr 2005; 72(4); 179-181
3. David E Wesson, Melvin B Heyman, MPH Joseph A Garcia-Prats, Alison G Hoppin, Up to Date. Intestinal Atresia. Dec 21, 2017.
4. Lizardo Randolpho Jose B. Atresia Congénita de colon. Reporte de un caso y revisión de literatura. Rev Med Hondur 2005; 73: 16-19.
5. Osoria Vania Carmen María, Palmer David José, Sánchez Vicente. Atresia congénita de colon. Acta Pediatr Mex 2010; 31(5): 217-221.
6. Avery GB. Neonatology. Pathology and Management of the Newborn. 7th ed. Philadelphia, PA: Lippincott; 2004. pp 918-931.
7. Villegas SR, Arriaga DJ. Manejo Médico Quirúrgico. Programa de Actualización Continua en Neonatología. México: Intersistemas; 2005. p. 329-332.
8. Neria Eduardo, Martinez Angelica, Rivero Aurelia. Recién Nacido con atresia de colon tipo I. An Med (Mex) 2009; 54(1): 47-51.
9. Ponce-Rosas Arturo, Zaragoza Avila Manuel, Salvador Pedro. Atresia congénita de colon: Diagnostico radiológico. Acta Pediatr Mex 2007; 28(2): 87-89.
10. Madrigue Rubiles B, Vera A, Fresno M. Atresia de colon membranosa. An Esp Pediatr 1999; 51: 81-83.
11. Cannizzaro Claudia, Martinez Ferro Marcelo, Chattán Guillermina. Fetoneonatología Quirúrgica. Vol I Aspectos quirúrgicos. Atresia de colon. 2018; 692-692.
12. Martínez SN, Martínez HMP, Martínez HMN. Atresia congénita de colon. Una causa rara de obstrucción intestinal. Rev Mex Ped 2002; 69:243-6.

Trabajo enviado para evaluación en mayo de 2019.

Aceptado para publicación en junio de 2019.

Dra Paula Cabrera
Centro Hospitalario Pereira Rossell
Montevideo, Uruguay
Código postal: 90100
Celular: 099324691
Email: paulacabreraaguilera@gmail.com

[VOLVER AL ÍNDICE GENERAL](#) 