

Las Atresias Intestinales

por

Dr. Sergio Guevara Fallas * Dr. Jorge Guerrero León **

Las atresias intestinales ocupan el primer lugar en las causas de oclusión neo-natal (9). Esto nos dice lo importante que es su conocimiento para los médicos que habitualmente ven y examinan niños recién nacidos.

Su diagnóstico no ofrece en general dificultades, a condición de tenerlas presentes, saberlas buscar e interpretar correctamente los datos clínicos y de gabinete.

Es imperativo hacer un diagnóstico precoz y no demorar la intervención quirúrgica, única posibilidad de sobrevivida que tienen estos niños.

La sintomatología de las atresias intestinales es de las más típicas de oclusión intestinal y aparece desde el primer día (4-5) (11):

1.) Vómitos más o menos temprano según la altura de la atresia, presentes a menudo antes de que el niño llegue a tomar alimentos (2). La consistencia y color de ellos nos orientará en cuanto a la altura de la interrupción intestinal (si contienen o no bilis, si son meconiales, etc.)

2º) Ausencia de meconio, o, si lo hay, de color grisáceo, seco, de consistencia hulsosa y en poca cantidad, muy característico. Puede sin embargo, ser de aspecto normal (4).

3º) Abdomen excavado si la atresia es alta, al contrario, distendido si es baja (3-10).

La radiografía es importante para precisar el diagnóstico: puede ya mostrarnos hasta donde llega la dilatación y los niveles líquidos y situar la atresia. En general basta con una radiografía simple de abdomen pero puede ser necesario un enema opaco. Este último examen sin embargo nos dará poca información y puede aportarnos muchas dificultades ya que es difícil hacer pasar el bario por ese colon estrecho y subdesarrollado (microcolon) y existe la posibilidad de que se tapone el intestino grueso

* Cirujano de Niños. Hospital San Juan de Dios.

** Del Servicio de Cirugía de Niños, H. S. J. de D.

con el bario y obstaculice después la evacuación intestinal. (10).

Está totalmente contraindicada, por los peligros que representa (vómitos, aspiración, etc.) la administración oral de bario (4-10). Debe tenerse presente que en el niño recién nacido hay ausencia de aire en el tubo digestivo. Este llega al estómago pocos instantes después del nacimiento, al duodeno al fin de la primera hora, al yeyuno a partir de la segunda hora, al colon hacia la tercera o cuarta hora y la ampolla rectal solo se llena hacia la octava hora (7). La radiografía se hará en posición erecta y en decúbito dorsal. En una atresia duodenal se verá la imagen de doble burbuja que es muy característica; cuando la atresia se sitúa en el yeyuno, se visualizarán algunos pocos niveles hidroaéreos en las asas intestinales, mientras que cuando se sitúan en el ileón estos serán muy numerosos; si la atresia está en el colon, veremos fácilmente la dilatación del ciego que es característica. (10).

¿CUAL ES LA CAUSA DE LAS ATRESIAS INTESTINALES?

Existen dos teorías para explicar las dos formas embriológicas:

1º) Atresias de origen primario

Como se sabe, cuando el embrión humano llega a la quinta semana de su vida, ya tiene el tubo intestinal su luz completamente constituida, pero a partir de esta fecha el endotelio presenta una gran proliferación que obstruye progresivamente la luz en toda su extensión hasta convertirlo en un cordón fibrosado. Normalmente unas semanas más tarde aparecen pequeñas vacuolas que se van agrandando hasta confluir, lo que restablece la continuidad intestinal hacia la décima semana (4-5). Las atresias primarias serían aquellas en que algo impidió la recanalización de parte o partes del intestino.

2º) Atresias de origen secundario:

Estas atresias se forman durante la gestación cuando una hernia intestinal se incarcerationa en un entalocele lo que producirá un proceso de isquemia vascular, estrangulado primero, luego necrosando y esfacelando y finalmente cicatrizando los dos cabos intestinales (8) acordarse que el aumento de volumen de la masa intestinal es mayor que el aumento de volumen de la cavidad abdominal entre la 6ª y la 10ª semana (4). Low y Bernard en perros (8) y Courtois y Pellerin en conejos (2) reprodujeron experimentalmente estas atresias haciendo ligaduras mesentéricas in útero.

En estas atresias el cordón fibroso no existe y la separación

entre las dos extremidades intestinales puede ser más o menos larga. Las dos extremidades están unidas únicamente por la cresta mucosa cicatricial del borde mesentérico.

Anatómicamente podemos clasificar las atresias intestinales en dos tipos:

- 1º) Por diafragma, sin interrupción de la continuidad intestinal ni mesentérica;
- 2º) Con interrupción de la continuidad intestinal, con o sin interrupción de la continuidad mesentérica. (3).

TRATAMIENTO

Cualquiera que sea la localización o la forma de atresia intestinal, será necesario intervenir rápidamente para poder salvar al niño. Estos niños son sumamente frágiles y a menudo prematuros. La sobrevida, una vez operados, será inversamente proporcional a la precocidad de la intervención y al peso del niño. (11).

PREPARACION A LA INTERVENCION

En general se trata de una intervención de urgencia pero hay que preparar al niño:

- 1º) Calentándolo si es necesario.
- 2º) Hidratándolo por vía parenteral (disección de vena).
- 3º) Instalando una aspiración duodenal (3).

Se usará de preferencia la anestesia general con oxigenación abundante, pero se le añadirá también anestesia local sin exagerar, sea a nivel del meso (inyección de novocaína al 1/200 o vertiéndola directamente sobre el meso), sea a nivel de la pared. Esta anestesia complementaria disminuye los reflejos del shock y reduce al mínimo la anestesia general. (3)

Cuando el niño está en muy malas condiciones o es de poco peso es mejor no usar anestesia general y contentarse con una cucharadita de whisky o de la anestesia local sola.

INTERVENCION

La anastómosis término terminal es el tratamiento ideal. Puede hacerse en uno o en dos planos. Nosotros preferimos suturar en un solo plano de puntos de seda separado extramucosos.

El sector proximal del obstáculo se presenta intensamente

dilatado y tenso, conteniendo abundante aire y meconio líquido, al contrario del sector distal que aparece vacío, colapsado e hipoplásico. (10). Hay que reseccionar la parte la más dilatada del asa suprayacente a la atresia que está mal vascularizada y con frecuencia aperistáltica. (1-6). De esta resección depende muchas veces el éxito de la intervención. (1).

Cuando la atresia se sitúa en el duodeno, no es prudente hacer ninguna resección intestinal por el peligro de lesionar los conductos hepáticos. En estos casos se hace una duodena-yeyuno-anastómosis latero-lateral iso-peristáltica (asa en Y).

La anastómosis latero-lateral no presenta ninguna ventaja sobre la termino-terminal. La boca anastomótica funcional no resulta ser más grande y al cabo ciego de la parte proximal puede dilatarse más tarde y provocar fenómenos de vólvulus y ulceraciones. (12).

La incongruencia de las dos extremidades en la anastomosis termino-terminal se resuelve fácilmente haciendo puntos muy separados del lado dilatado y muy aproximados del lado estrecho. Al cabo de poco tiempo este segmento tiene un calibre normal.

Otro tipo de operación que se ha preconizado para las atresias del ileón terminal o del colon, es la exteriorización de las dos extremidades del intestino, juntas, de manera a evacuar las materias por la parte proximal y hacer lavados de suero para dilatar la parte distal. Los dos cabos terminan anastomosándose espontáneamente y en un segundo tiempo se completa la anastómosis. (5).

En las atresias bajas del ileón se puede hacer una anastómosis termino-lateral, exteriorizando la parte terminal de la extremidad distal. (12).

Es importante durante el acto operatorio revisar todo el intestino para descartar atresias múltiples. Para ello se inyecta en el microintestino distal aire y suero y se sigue su progresión hasta el recto. (10).

CUIDADOS POST - OPERATORIOS

El post-operatorio, aún en los mejores casos, es difícil y el tránsito intestinal es lento para instaurarse. Los niños vomitan con facilidad.

Se mantendrá la aspiración gástrica hasta que haya peristaltismo, audible, lo que suele suceder entre las 24 y las 48 horas

después de la intervención. (12) Si el niño no vomita entonces, se comenzará a alimentar unas doce horas después (12): primero con 15 a 30 cc de suero glucosado al 5%, al principio cada dos horas luego más espaciado a medida que se le va aumentando la cantidad. Si tolera bien esta alimentación durante 12 horas, se le administrará entonces una fórmula láctea pobre en grasas y en pequeñas cantidades repartidas. Estos niños deben permanecer en incubadora hasta estar completamente curados y con un peso satisfactorio. Los enemas de suero fisiológico pueden ayudar a la reinstalación del peristaltismo y permiten al mismo tiempo dilatar el colon.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Las atresias intestinales ocupan el primer lugar en las causas de oclusión neonatal y su sintomatología es una de las más típicas. Puede y debe hacerse un diagnóstico rápido gracias a la clínica y a la radiografía simple sin usar medio de contraste debido a los peligros de aspiración. La sobrevida dependerá ante todo de la precocidad del diagnóstico y de intervención y del peso del niño.

Cuando se trata de un niño prematuro o en muy malas condiciones se aconseja hacer la intervención con anestesia local. La mortalidad, aún en las mejores condiciones es muy alta. Se prefiere la anastómosis término-terminal que casi siempre es realizable aunque a primera vista parezca imposible sin deshechar, sin embargo las otras intervenciones que se han descrito y que se escogerán según los casos. Debe researse siempre la parte dilatada del intestino por ser aperistáltica y mal vascularizada.

Se conocen dos teorías para explicar el origen de las atresias y esto nos permite clasificarlas en atresias de origen primario y atresias de origen secundario. Las de origen secundario se han podido reproducir experimentalmente y esta teoría nos merece más crédito. El post-operatorio siempre será difícil y la alimentación deberá hacerse progresivamente.

CASO CLINICO

I. M. M. Fem. Procede de un embarazo de 2 meses de gesta, con un polihidramnios y parto cefálico espontáneo. Respiró inmediatamente al nacer. Se le aspiró abundante líquido del estómago poco después del nacimiento pero posteriormente siguió presentando vómitos de pequeñas cantidades de flemas de color verde claro. Peso 2275 gms.

Nueve horas después de su nacimiento aún no había pre-

sentado meconio y un tacto rectal hecho en ese momento deja salir el dedo limpio. La niña seguía vomitando verde

Ante estos síntomas se hace el diagnóstico de posible atresia intestinal, diagnóstico que es confirmado una hora después por la expulsión (provocada por tacto rectal) de meconio blanquizco típico de las atresias subvaterianas. La precocidad de los vómitos hacen pensar en una atresia alta. La radiografía simple de abdomen muestra opacidad de toda la parte inferior del abdomen y 2 niveles hidroaéreos grandes en el intestino delgado (duodeno).

Se interviene a las 14 horas de nacida la niña y la evidencia del diagnóstico aparece en cuanto no más se abre el peritoneo: todo el intestino grueso y las dos terceras partes del delgado tienen un calibre microscópico (5 mm. de diámetro). El duodeno y la primera porción del yeyuno, por el contrario, están muy dilatados y contienen gran cantidad de líquido.

Después de comprobar la permeabilidad de todo el resto del intestino por inyección intrainestinal de suero y aire y de vaciar el yeyuno dilatado por una enterotomía, se reseca la parte dilatada y el obstáculo y se hace anastomosis término-terminal en un solo plano con puntos separados de seda. La cantidad de intestino resecada fue más o menos de unos 4 cms., tres en la parte dilatada y 2 en la parte estrecha. Entre ambos existía una membrana que obliteraba completamente la luz intestinal.

La evolución post-operatoria fue bastante buena. Se mantuvo la aspiración duodenal por 36 horas y se comenzó a alimentar a las 48 horas. En ese momento todavía no había un buen tránsito intestinal y la niña vomitaba verde en bastante cantidad. Bastó entonces la administración de un décimo de mgr. de prostigmina intramuscular y de enemas de suero fisiológico para obtener heces meconiales blancas y disminuir los vómitos. Poco a poco las heces se fueron coloreando, primero negruzcas (sangre de la anastomosis), luego verdes y finalmente de color normal.

12 días después de operada se le dio de alta en excelentes condiciones y con un tránsito normal. Fue seguida en la consulta externa durante 3 meses, evolucionando bastante bien. Se perdió luego de vista durante dos meses y regresó a los 5 meses para ser ingresada en el hospital, moribunda con un cuadro de diarrea y deshidratación, muriendo 20 minutos después de este su último ingreso.

BIBLIOGRAFIA

- 1—BORDE, J. y SETBON L. Contribution a l'étude thérapeutique des atresies jejuno-ileales. A propos de 20 observations. Ann. de Chir. Inf. T. 2, N° 1 1961, pp. 13-27. Paris.
 - 2—COURTOIS B. These Paris 1960.
 - 3—FEVRE MARCEL. Chirurgie Infantile d'Urgence. Masson et Cie. edit. Paris. 1958.
 - 4—GROB M. Patología quirúrgica Infantil. Ed. Científico-médico Barcelona 1958.
 - 5—GROSS R. E. The surgery of infancy and childhood. Edit. W. B. Saunders Company. Phil. & London 1960.
 - 6—LELONG MARCEL. Les Urgences en pédiatrie. Ed. Toray S. A. Barcelona 1963.
 - 7—MEYER B. PAUPE J. VIALATTE J. Abdomens radiologiquement opaques dans les premiers jours de la vie. Annals de Pédiatrie, La semaine des Hôpitaux) Vol. 7, N° 8 - 9 Aout - Sept. 1960. pp. 2306 P 2312P.
 - 8—OKMIAN L. G. KOVAMEES A. Jejunal atresia with intestinal aplasia Strangulation of the intestine in the extra-embryonic Coelom of the Belly Stalk. Acta Ped.K Escandinava. Stock Vol. 53, N° 1, jan 1964, pp. 65 - 69.
 - 9—PELLERIN D. Maladie de Hirschsprung du nouveau-né. Journées Pédiatriques. Paris 1958. Impr. E. Lanord, PP 257 - 257.
 - 10—POTTS W. J. La Cirugía en el niño. Librería y editorial Bernades. 1960.
 - 11—RODRIGUEZ DE ALVARADO J. Les occlusions neo-natales. Memoire de la Faculté de Medecine de Paris. 1960 - 1961.
 - 12—SWENSON O. Cirugía Pediátrica. Edit. Interam. S. A. 1958 pp 302 - 309.
* Publicación de la Cátedra de Psiquiatría.
-