

Medicent Electrón. 2017 jul.-sep.;21(3)

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE VILLA CLARA

**INFORME DE CASO****Estenosis yeyunal en Villa Clara: a propósito de un paciente****Jejunal stenosis in Villa Clara: a case report****Abel Armenteros García, Ana Milagros Pascual Héctor, Mileidys Hernández Águila, Tomás Mederos Guzmán**

Hospital Pediátrico Universitario José Luis Miranda. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: [abelag@infomed.sld.cu](mailto:abelag@infomed.sld.cu)

**RESUMEN**

La atresia y la estenosis yeyunoileal son las causas más comunes de las anomalías congénitas del intestino delgado y las más frecuentes de obstrucción intestinal en neonatos. Las atresias representan el 95 % de los casos, mientras que las estenosis solamente el 5 %, con igual proporción en ambos géneros. Se describe a un recién nacido de 21 días al que se le diagnosticó una estenosis yeyunal.

*DeCS:* intestino delgado/anomalías, atresia intestinal/cirugía.

**ABSTRACT**

Jejunioileal atresia and stenosis are the most common causes of congenital anomalies of the small intestine and neonatal intestinal obstruction. Atresias represent the 95 % of the cases, while stenoses represent only the 5 %, with an equal proportion in both genders. A case of a 21-day-old newborn diagnosed with a jejunal stenosis is described.

*DeCS:* intestine small/abnormalities, intestinal atresia/surgery.

La atresia es la causa más común de las anomalías congénitas del intestino delgado y de obstrucción intestinal en neonatos. La atresia (oclusión completa de la luz intestinal) representa el 95 % de los casos, mientras que las estenosis (oclusión parcial de la luz intestinal) solamente el 5 %.<sup>1,2</sup> La primera descripción de la atresia ileal apareció en 1684 y es atribuida a Goeller. En el año 1889, Bland-Sutton proporcionan una clasificación de los tipos de atresia intestinal y postulan que

este defecto ocurre en el sitio de alteraciones embriológicas, como obliteración y atrofia del conducto vitelino. En el año 1900, Tandler teoriza que la atresia intestinal sucede como consecuencia de un fallo en la recanalización durante el desarrollo del intestino.<sup>3</sup>

La incidencia de atresia intestinal se estima entre 1 en 2 000 y 1 en 5 000/ nacimientos, con igual proporción en ambos géneros. La estenosis yeyunal, específicamente, tiene una incidencia de 3 casos cada 10 000 nacidos vivos. Se asocia con prematuridad y otras malformaciones (cardíacas, renales, atresias esofágicas); también a síndrome de Down y fibrosis quística. La mortalidad estimada es del 8 %.<sup>4,5</sup>

Las atresias y estenosis pueden ocurrir en cualquier sitio del intestino. La mayor parte se produce en el duodeno, la menor proporción en el colon, y en igual número se encuentran en el yeyuno y el íleon. Las atresias de la porción superior del duodeno se deben, probablemente, a la falta de recanalización.<sup>6</sup> Sin embargo, a partir de la porción distal del duodeno, y en sentido caudal, es muy probable que las estenosis y las atresias sean causadas por «accidentes» vasculares. Nuevas teorías se refieren a una alteración en la fase de gastrulación. Estos pueden ser provocados por rotación anormal, vólvulo, gastrosquisis, onfalocelo, entre otros factores.<sup>7,8</sup>

En el proceso diagnóstico de las obstrucciones intestinales neonatales, existen tres aspectos relevantes para poder, en la mayoría de los casos, conseguir un diagnóstico y tratamiento adecuados y oportunos: 1. Antecedentes prenatales, 2. Presentación clínica, 3. Estudios radiológicos. Actualmente la ecografía prenatal es capaz de identificar un gran número de alteraciones intestinales. El polihidramnios y la dilatación de la cámara gástrica y del duodeno están presentes en casi el 50 % de las obstrucciones duodenales (signo ecográfico de doble burbuja, similar al observado en la radiología simple posnatal).<sup>9</sup> Las obstrucciones intestinales bajas (yeyuno medio, íleon, colon) presentan una importante distensión abdominal progresiva, el vómito es más tardío (24-48 horas) y, en general, de contenido intestinal con mal olor. La distensión abdominal puede producir restricción ventilatoria, debido al ascenso y bloqueo del movimiento del diafragma.<sup>10</sup>

### Presentación del paciente

Recién nacido de 21 días, masculino, blanco (Figura 1), producto de un embarazo de alto riesgo obstétrico (ARO), por trastornos hipertensivos del embarazo; el parto fue distócico (cesárea) a las 37 semanas, con rotura de membranas en el acto quirúrgico y líquido amniótico sanguinolento por la presencia de hematoma retroplacentario. Pesó al nacer 3 200 gramos y tuvo un Apgar de 6/8 por depresión neonatal ligera (hipoxia). Por tal motivo, requirió de reanimación cardiopulmonar (RCP), así como de ventilación artificial mecánica (VAM) invasiva prolongada (12 días), durante la cual presentó complicaciones asociadas a ella: neumotórax izquierdo y neumonía. Por ello, fue necesario administrarle antibióticos de amplio espectro y drogas vasoactivas. Se evidenciaba abdomen globuloso, que impresionaba, en ocasiones, estar distendido; drenaba abundante contenido bilioso por la sonda nasogástrica, espontáneamente (las pérdidas excedieron el ritmo de 1 ml/Kg/h), por lo que requirió reposición de líquidos por desbalance hidromineral. Tuvo la defecación oscura, siempre con previa estimulación con tacto rectal y enema evacuante. Por todo lo anterior, fue valorado por el servicio de Cirugía. Se le indicó inicialmente una radiografía de abdomen simple de pie anteroposterior (AP) (Figura 2A) y un estudio contrastado (tránsito intestinal por pantalla fluoroscópica), donde se observó la dificultad del paso del contraste hidrosoluble a nivel del yeyuno, con ligera dilatación del duodeno, dibujándose todo su contorno y marcado reflujo gastroesofágico. (Figura 2B, C). Posteriormente, se realizó tratamiento quirúrgico.



**Figura 1.** Recién nacido de 21 días.



**Figura 2.** Radiografía de abdomen simple y estudio contrastado.

- A: Radiografía de abdomen simple de pie AP: se aprecian varios niveles hidroaéreos con engrosamiento de asas intestinales.
- B: Estudio contrastado mediante fluoroscopia (tránsito intestinal): Se observa el paso del contraste hidrosoluble a través del esófago-estómago-duodeno; asas delgadas dilatadas, no se visualizan malformaciones congénitas.
- C: Estudio contrastado (tránsito intestinal por pantalla fluoroscópica): dificultad del paso del contraste hidrosoluble a nivel del yeyuno. Pequeña estrechez, hace pensar en una estenosis yeyunal.

Durante la cirugía, se constató: distensión de asas yeyunales proximales, dilatadas hasta su porción distal, de aspecto estenótico en su unión con el íleon, que prosigue con disminución de su calibre, sin otra alteración en el resto del abdomen (Figs. 3-5). El paciente evolucionó satisfactoriamente, sin complicaciones asociadas, para beneplácito de sus doctores y familiares, hecho que demuestra la calidad del servicio quirúrgico del centro hospitalario.



**Figura 3.** Transoperatorio: Se constata estenosis yeyunal, con dilatación de las asas delgadas por encima de la malformación y un íleon hipoplásico (de menor calibre).



**Figura 4.** Se realiza resección y anastomosis terminoterminal por puntos separados.



**Figura 5.** Pieza quirúrgica.

### Comentario

Es de destacar, que a pesar de ser la atresia y la estenosis yeyunoileal las causas más comunes de anomalías intestinales y de obstrucción intestinal en el recién nacido, la estenosis se presenta

en un porciento muy bajo y, en particular, en Villa Clara, es el primer caso desde hace medio siglo, lo cual coincide con los autores consultados.<sup>1,2,8</sup>

Es importante destacar que, inicialmente, el paciente tuvo un examen físico relativamente normal, por lo que resultó un desafío diagnóstico. Los autores consideran que los estudios imagenológicos figuran dentro de los exámenes de mayor importancia en esta entidad, ya que constituye el único estudio necesario para llegar a un diagnóstico preciso y a un tratamiento oportuno, lo que coincide con Coran<sup>1</sup> y Arias G.<sup>3</sup> Es fundamental la complementación con un estudio contrastado, en el caso de que se sospeche una obstrucción baja.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses en el presente artículo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Applebaum H, Sydorak R. Duodenal Atresia and Stenosis-Annular Pancreas. En: Coran AG, Scott Adzick N, Laberge JM, Sherrberger RC, Caldaone AA. Pediatric Surgery. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012. p. 1051- 71.
2. Valdés Valdés A, Pérez Núñez HM, García Rodríguez RE, López Gutiérrez A. Sistema urogenital. En: Embriología humana. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013. p. 109-32.
3. Arias G, Sánchez Salinas P, Anoni MC, Galeano M, Cerutti M, Otero E. Estenosis yeyunal en Pediatría: reporte de un caso [internet]. Buenos Aires: Hospital Juan P. Garrahan (Congreso); 2012 [citado 15 ago. 2016]. Disponible en: [http://congreso.faaudit.org.ar/uploads/2012/poster/2012\\_107\\_PE\\_Abdomen.pdf](http://congreso.faaudit.org.ar/uploads/2012/poster/2012_107_PE_Abdomen.pdf)
4. Cano Salazar A, Tovar PL. Atresia yeyunal tipo IIIB o en cáscara de manzana. Reporte de caso clínico. Duazary [internet]. jun. 2012 [citado 15 ago. 2016];9(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/192/171>
5. Bales C, Liacouras CA. Atresia, estenosis y malrotación intestinales. En: Kliegman RM, Stanton BF, Geme JW, Schor NF, Behrman RE .Nelson. Tratado de Pediatría. Vol. 2. 19na. ed. Barcelona, España: Elsevier Saunders; 2013. p. 1332-6.
6. Trinchet Soler R, Melo Aguilera L, Siaux Carmenate G. Abdomen agudo quirúrgico en el niño. En: Colectivo de Autores. Pediatría. Vol. VII. La Habana: Ciencias Médicas; 2012. p. 2709-80.
7. Hernández García JP. Morbimortalidad de recién nacidos con patología quirúrgica abdominal en el servicio de Neonatología del hospital para el niño IMIEM, Toluca [internet]. México: Universidad Autónoma del Estado de México; 2014 [citado 15 ago. 2016]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14911/Tesis.418119.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Castro Alvariño J, Echarri Piúdo A, Gallego Ojea JC. Diagnóstico por imagen de la enfermedad inflamatoria intestinal [internet]. España: Elsevier; 2015 [citado 15 ago. 2016]. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/ficheros/static/img/chapter\\_7.pdf](http://apps.elsevier.es/ficheros/static/img/chapter_7.pdf)
9. Albi Rodríguez G. Indicaciones de la radiografía de abdomen. Pediatr Integr [internet]. 2011 ene.-feb. [citado 15 ago. 2016];XV(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/03/Pediatria-Integral-XV-1.pdf#page=63>
10. Ungson G, Rodríguez A, Posadas LA, Romero Salas OA. Estenosis gastro-yeyunal en bypass gástrica y descripción de nueva técnica. Estenoplastia transyeyunal. BMI [internet]. 2015 dic. [citado 15 ago. 2016]. Disponible en: <http://bmilatina.com/index.php/bmi/article/view/300/pdf>

Recibido: 13 de septiembre de 2016

Aprobado: 20 de diciembre de 2016

Abel Armenteros García. Hospital Pediátrico Universitario José Luis Miranda. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: [abelag@infomed.sld.cu](mailto:abelag@infomed.sld.cu)