

Malformación intestinal. Atresia del intestino delgado

Tres observaciones

Dr. FOLCO ROSA *

La atresia del intestino delgado es la causa más frecuente de oclusión intestinal en el recién nacido. Hemos tenido oportunidad de intervenir tres enfermos que tuvieron una evolución distinta. Es en este hecho que radica el interés del presente trabajo.

Obs. 1.— Hospital Pereira Rossell. 13-I-66. M. del C. P. Edad: 4 horas. Peso: 3 ks. Libertad, Departamento de San José. Onfalocele de 8 × 6 cm. en la zona más ancha. Diámetro del cuello, 4 cm. Envolturas intactas. A las 6 horas del nacimiento es intervenido. Exéresis del saco. Atresia del íleon. Íleon terminal impermeable. Resección de la zona proximal dilatada de íleon, íleon terminal, ciego y colon ascendente. Yeyunotransversotomía terminoterminal.

Anatomía patológica (Dra. P. Maman). Onfalocele a la altura del intestino delgado sin alteraciones citoarquitecturales de la pared intestinal estudiada.

15-I-66. Dos deposiciones con caracteres de meconio.

18-I-66. Comienzo de la alimentación oral.

27-I-66. Tolera bien la alimentación. Peso: 2 ks. 500 gr. Alta: será controlada en Policlínica.

18-II-66. Antrotomía bilateral. Peso: 2 ks. 225 gr.

24-II-66. Peso: 2.480 gr.

19-III-66. Peso: 2.580 gr.

5-III-66. Peso: 2.225 gr.

7-III-66. Peso: 2.000 gr.

Fue agravándose progresivamente y falleció el 19-III-66 en el Servicio de Hidratación.

Para Benson y col. un recién nacido con 35 cm. de intestino delgado puede sobrevivir; pero aun en las resecciones que dejan un remanente de delgado mucho mayor, si se reseca el ciego el pronóstico es de extrema gravedad. Keller y col., citados en Benson, trabajaron con perros y

observaron que la exéresis del 75 % del intestino delgado era compatible con la vida. Pero si se agregaba un "bypass", excluyendo la válvula ileocecal, el 75 % de los animales morían. En general el 90 % de las resecciones del delgado en el perro tienen un pronóstico grave, pero con la doble inversión de un segmento el porcentaje de sobrevida mejora sensiblemente. La inversión de un asa es un método ideado por Nicoladoni en 1887. Su objeto es entretener el tránsito intestinal y crear una especie de válvula fisiológica al vaciamiento del delgado.

Larre Borges y Del Campo, en nuestro país, operaron veinticinco perros y confirmaron la eficacia de este procedimiento. Como la capacidad absortiva depende de la superficie absortiva y del tiempo de exposición de la sustancia en el delgado, se comprende que el entretimiento del tránsito favorecería la absorción.

Quizás esta hubiera sido una solución satisfactoria para nuestro enfermo, puesto que aun cuando la dieta instituida sea la que corresponde, la exéresis del ciego, agregada a la muy amplia del íleon, suprimirá los segmentos intestinales más aptos para la absorción.

Obs. 2.— Hospital Español. 19-IX-67. F. B. Edad: Nació el 18-IX-67. Peso: 2 ks. 900 gr.

A las 12 horas de nacido: vómitos biliosos, distensión abdominal. No expulsión de meconio. *Radiografía de abdomen*: oclusión alta (yeyuno) del intestino delgado.

A las 15 horas de nacido: *Operación*: atresia de yeyuno. Anastomosis terminoterminal del cabo proximal, ciego, al distal.

21-IX-67. Una deposición de color verdoso.

22-IX-67. Dos vómitos de contenido intestinal.

23-IX-67. Alimentación oral. De tarde se suspende porque vomita.

24-IX-67. Dos niveles hidroaéreos correspondientes a duodeno y yeyuno. Algunos gases en colon.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 19 de octubre de 1969.

* Docente Adscripto de Cirugía Infantil.

27-IX-67. Dos vómitos biliosos. De tarde, vómitos piorráceos. De noche, vómitos profusos.

28-IX-67. No expulsión de materias y gases. Se decide reintervirlo.

29-IX-67. *Reintervención*: Resección del asa yeyunal dilatada y 2 cm. de la distal. Anastomosis en perfecto estado. Nueva anastomosis terminoterminal.

4-X-67. Se retira la fleboclisis.

5-X-67. Alimentación oral.

5-XI-67. Alta. Peso: 3 ks. 700 gr.

En este enfermo las condiciones eran ideales para una evolución sin incidentes: atresia de yeyuno alta e intervención temprana. Sin embargo, no fue así. En la primer intervención no se hizo la exéresis del cabo proximal. La evolución posterior demostró que cometimos un error que se confirmó en la segunda intervención, en la que encontramos la anastomosis anterior en perfectas condiciones, pero sólo había pasaje desde el asa proximal exprimiendo ésta, que actuaba como un tubo inerte. Esto confirma la tesis sustentada



FIG. 1.—Obs. 2. Radiografía con hypaque. Oclusión de yeyuno.



FIG. 2.—Obs. 2. Segmento yeyunoileal resecaado.

por Nixon, de que las contracciones en esa zona del intestino distendido no tienen fuerza propulsiva y en realidad actúa como un conducto inerte.

En el Hospital For Sick Children Great Ormond Street de Londres, desde 1926 a 1951 la mortalidad operatoria era 75 % para atresias yeyunales y 90 % para las ileales. En los últimos diez años la mortalidad global, desde que se reseca el segmento ciego, descendió en 32 %.

Un último punto cabe destacar en esta observación: se confirmó una vez más la importancia que tiene el trabajo en equipo del cirujano, pediatra y personal de enfermería en la cirugía del recién nacido.

Obs. 3.—Hospital de Clínicas. Reg. 272.460. 2-I-69. Nacimiento. Peso: 3 ks. 300 gr.

3-I-69. Distensión abdominal. No expulsión del meconio. *Radiografía de abdomen acostada*: visualización de un asa delgada muy dilatada.

4-I-69. *Operación*: Atresia ileal. Asa ciega muy dilatada. Resección. Anastomosis terminoterminal. Al final de la intervención: enfriamiento, cianosis pronunciada. Secreción rosada por el tubo traqueal. Ruidos cardíacos apagados. Cuatro horas después fallece.

Resumen de la autopsia (Dr. S. de los Santos). 1) Edema y congestión encefálica. 2) Pulmones congestivos, poco expandidos. Atelectási-



FIG. 3.— Obs. 2. Siete meses de edad. Incisión de la primera intervención.



FIG. 4.— Obs. 2. Siete meses de edad. Incisión de la segunda intervención.

cos, hepatizados. Crepitan poco y no flotan.
 3) Bronquios con secreciones rosadas espesas.
 4) Corazón: ligera dilatación de las aurículas.
 5) Sutura intestinal en buenas condiciones.

No hay datos de la pieza operatoria.

El acto quirúrgico, hasta el momento en que aparecieron las secreciones rosadas por el tubo traqueal y la cianosis, se había desarrollado sin incidentes.

En las conclusiones del examen necrópsico macroscópico el patólogo destacó: 1) Edema y congestión encefálica. 2) Pulmones congestivos, poco expandidos, atelectásicos, hepatizados. 3) Sutura intestinal en buenas condiciones.

RESUMEN

Se presentan tres observaciones de malformación intestinal, atresia del intestino delgado, con diversa evolución.

En la primera, se efectuó una yeyuno-transversotomía, luego de la exéresis del íleon, ciego y colon ascendente. Por la amplitud de la resección y el hecho de estar incluido el ciego, se suprimieron las

zonas intestinales más aptas para la absorción. Quizás hubiera sido beneficioso efectuar la inversión de un asa yeyunal para crear una especie de válvula fisiológica para enlentecer el tránsito intestinal. La niña falleció dos meses después prácticamente en estado de descomposición.

En la segunda observación la resección del segmento intestinal proximal, efectuada en una reintervención, debió realizarse en el primer acto quirúrgico. Se suministran detalles, en apoyo de tal temperamento.

El tercer recién nacido falleció en el postoperatorio inmediato. De acuerdo con los datos de la autopsia, las mayores alteraciones asentaban a nivel de los pulmones.

Por último, se hace énfasis en la importancia que tiene la contribución del pediatra y de un personal de enfermería eficiente, en la cirugía del recién nacido.

RÉSUMÉ

Présentation de trois observations de malformation intestinale, atrésie de l'intestin grêle, à diverses évolutions.

Dans la première, les auteurs ont pratiqué une jéjuno-transversotomie après l'exérèse de l'íleon, du coecum et du colon ascendant. L'importance de la résection, et le fait qu'il le ait compris le coecum, fait que les zones intestinales les plus aptes à l'absorption aient été supprimées. Il aurait peut-être été profitable de pratiquer l'inversion de l'anse jéjunale afin de créer une espèce de valvule physiologique ralentissant le transit intestinal. L'enfant est morte deux mois après, pratiquement en état de décomposition.

Dans la seconde observation, la résection du segment intestinal proximal, effectuée au cours d'une ré-intervention, aurait dû être pratiquée lors du premier acte chirurgical. Des détails sont donnés à l'appui de cette affirmation.

Le troisième nouveau-né est mort dans le post-operaire immédiat. L'autopsie a permis de constater que les altérations les plus importantes se trouvaient au niveau des poumons.

On insiste, finalement, sur l'importance de la contribution du pédiatre et d'un personnel d'infirmierie efficient dans la chirurgie du nouveau-né.

SUMMARY

Three observations, with different evolution, of intestinal malformation, atresia of the small intestine, are presented.

In the first case, a jejunotransversotomy was performed, after the resection of the ileon, caceum and ascending colon. Because of the extent of the resection and the fact that the caecum was included, the intestinal zones more apt for absorption were suppressed. Perhaps it would have been beneficial to make an inversion of a jejunal loop in order to form a sort of physiological valve for slowing up intestinal traffic. The child died two months later in a condition of virtual decomposition.

The second case of resection of the proximal intestinal segment made during a reoperation, indicated that this should have been performed during the first surgery. Details to support this point of view are supplied.

A third newborn child died in the immediate post-operative period. According to the data furnished by the autopsy, the most important alterations appeared at the lung level.

Finally, stress is laid on the importance for the surgery of the newborn child, of the contribution of the pediatrician and an efficient nursing staff.

BIBLIOGRAFIA

1. BENSON, C. D., LLOYD, J. R. and KRABBE-NHOFT, K. L. The surgical and metabolic aspects of massive small bowel resection in the newborn. *J. Pediat. Sur.*, 2: 227, 1969.
2. BENSON, C., MUSTARD, W. T., RAVITCH, M., ENYDER, W. H. and WELCH, K. J. *Pediatric Surgery*. Chicago, Year Book, v. 2, 1962.
3. CABRERA ROCA, M. T. y MAMAN GANON, P. Atresia del yeyuno con agenesias parciales múltiples del intestino delgado. *Ier. Congreso Uruguayo de Pediatría*, Montevideo, García Morales, 1965.
4. FEVRE, M. *Chirurgie infantile d'urgence*. Td. 2. Paris, Masson, 1958.
5. GROB, M. *Patología quirúrgica infantil*. Barcelona, Científico-Médico, 1958.
6. GROSS, R. F. *The surgery of infancy and childhood*. Philadelphia, W. B. Saunders, 1953.
7. LARRE BORGES, U. y Del CAMPO, A. *Conducta frente a las resecciones masivas de intestino delgado*. Premio de Cirugía del Ministerio de Instrucción Pública y Previsión Social. Montevideo, 1966.
8. LEONE BLOISE, N. y VOLPE, A. Atresia intestinal en un recién nacido megaduodeno ciego. *Arch. Pediat. del Uruguay*, vol: 87, 1930.
9. MASON BROWN, H. J. *Surgery of childhood*. Londres, Edward Arnold, 1962.
10. NIXON, H. H. Intestinal obstruction in the newborn. *Arch. Dis. Child.*, 30: 13, 1955.
11. POTTS, W. J. *The surgeon and the child*. Philadelphia, W. B. Saunders, 1959.
12. ROSA, F. Atresias y estenosis del yeyuno e ileon. Publicado en J. M. Portillo: *Enfermedades del niño*. Segunda parte. Cap. XIX, p. 413. Montevideo, Delta, 1968.
13. YANNICELLI, R. La oclusión intestinal en el recién nacido y el lactante. Algunos aspectos clínicos y radiológicos. *An. Fac. Med. Montevideo*, 25: 384, 1940.
14. YANNICELLI, R. *Oclusión por atresia de intestino en el recién nacido*. Conferencias en Instituto de Clínica Pediátrica e Higiene Infantil, 1953.