

A thick black L-shaped frame surrounds the text. The top horizontal bar is on the left, the left vertical bar is on the left, and the bottom horizontal bar is on the right.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN NEONATOLOGÍA

Interno: Matías mancilla Galindo
Internado Pediatría-Neonatología USS-HPM
07-05-2021

Introducción

- La mayoría son alteraciones graves y son provocados por malformaciones anatómicas o funcionales a cualquier nivel del tracto gastrointestinal.
- Sospecha prenatal por presencia de polihidroamnios.
- Sospecha neonatal por vómitos biliosos, distensión abdominal y/o retardo en la eliminación de meconio.
- Conducta inicial con SNG, estabilidad HD y estudio etiológico.
- Radiografía de abdomen permite confirmar el diagnóstico en la mayoría de casos.



Clasificación

Atresias y estenosis del tubo digestivo: 80% OI en neonatos.

- Estenosis hipertrófica del píloro.
- Atresia duodenal.
- Páncreas anular.
- Atresia intestinal (yeyuno, íleon y colon).

Otras causas de obstrucción.

- Enfermedad de Hirschprung (10%).
- Malrotación intestinal y vólvulo (6%).
- Íleo meconal y tapón meconial (2%).
- Peritonitis meconial.

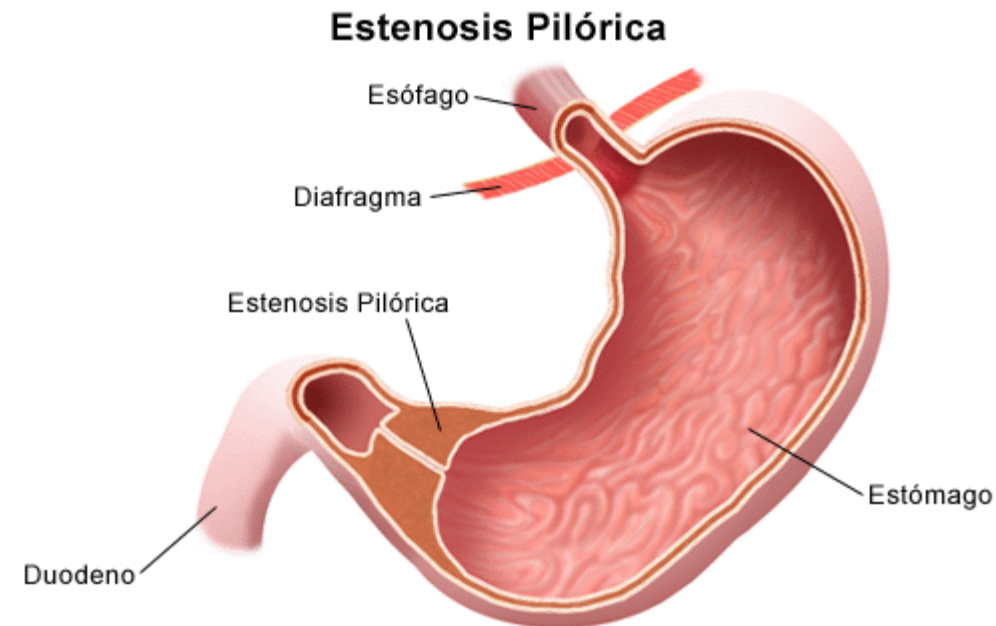
Malformaciones ano-rectales.

Diagnóstico

- **Prenatal:** polihidroamnios, mayor mientras más proximal sea la obstrucción. Ecografía con ausencia de visualización de la cámara gástrica, defectos de la pared abdominal, hernias diafragmáticas, tumores, calcificaciones, etc.
- **Neonatal:** vómitos biliosos siempre nos obligan a descartar una obstrucción, atresia duodenal, vólvulo intestinal, atresias, etc. No olvidar cuadros funcionales.
- **Radiografía de abdomen simple:** 2 proyecciones muy útil en el enfrentamiento inicial, los siguientes estudios y eventual tratamiento requiere cuidados en UCIN.

Estenosis hipertrófica del píloro

- Disminución de la luz intestinal a nivel del píloro por una hipertrofia e hiperplasia de la capa muscular del antro pilórico, que se manifiesta como obstrucción del vaciamiento gástrico.
- Incidencia de 3/1000 RN vivos y predominio en sexo masculino (4-8/1).
- Vómitos postprandiales explosivos no biliosos y con signos de apetito inmediatos.
- Después de las 2 semanas de vida.
- Alteraciones hidroelectrolíticas.
- Evolución lenta con falta de aumento de peso.
- **Alteraciones tardías.**
 - Hematemesis, constipación e ictericia.
- **Diagnósticos diferenciales.**
 - RGE.
 - Gastroenteritis viral.
 - Otros cuadros de OI.
 - Mala técnica alimentaria.

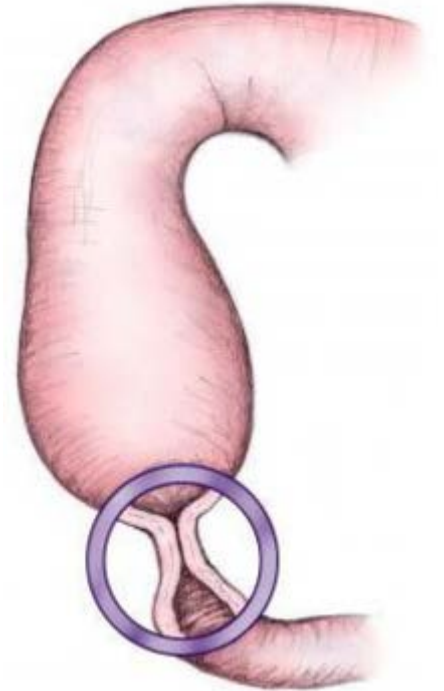


- **Sospecha diagnóstica:** es clínico y se puede palpar la oliva pilórica, además la ictericia desaparece inmediatamente post acto Qx.
- **Exámenes de sangre:** alcalosis metabólica hipoclorémica e hipokalemica, con una hiperbilirrubinemia de predominio indirecto.
- **Ecografía abdominal:** GS.
 - > 3-4 mm del espesor parietal.
 - > 14-15 mm de longitud.
- **Radiografía de abdomen:** cámara gástrica dilatada y niveles hidroaéreos disminuidos a distal del píloro.
- **Tratamiento:** primero estabilizar al paciente.
 - *Estabilización HD, electrolítica y ácido-base.*
 - *Piloromiotomía de Ramstedt.*
 - *Retornar alimentación 24 horas post Qx.*

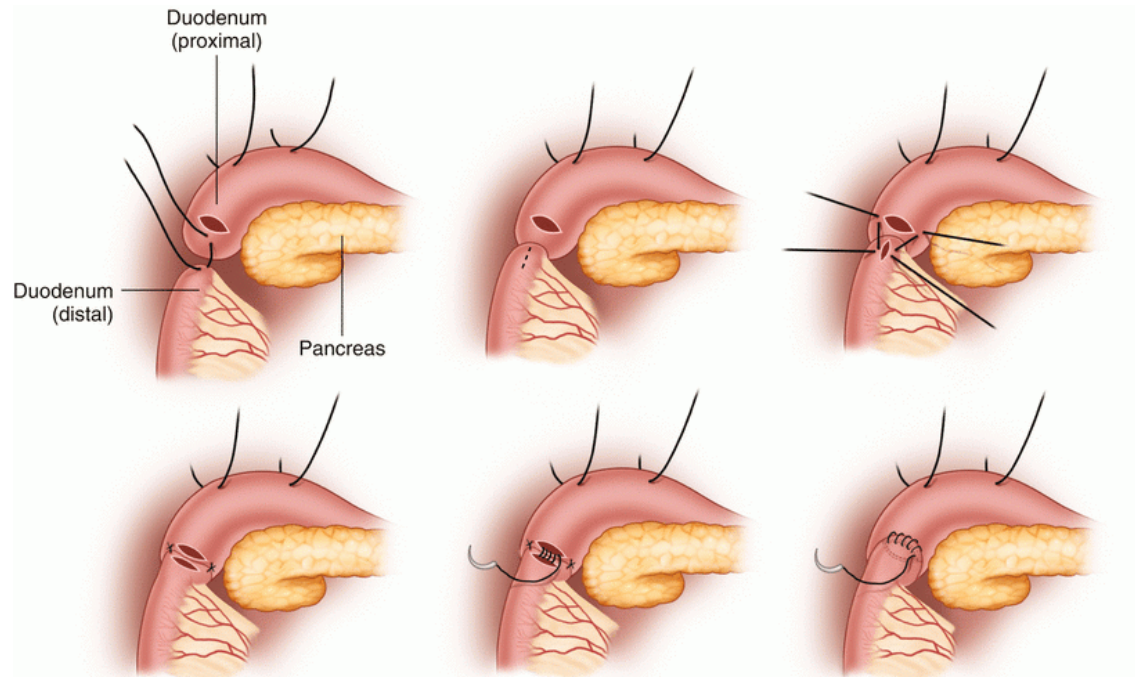


Atresia duodenal

- Obstrucción congénita de la segunda porción del duodeno.
- Ecografía prenatal con polihidroamnios y dilatación gástrica y de la primera porción del duodeno.
- Frecuencia de 1/5.000-10.000 RNV.
- Más frecuente en sexo masculino.
- Asociada al Sd de Down en el 25%.
- Asociada a cardiopatías congénitas en el 20%.
- **Clínica:** depende de su relación con la ampolla de Váter.
 - *Proximal:* vómitos gástricos.
 - *Distal:* vómitos biliosos.
 - *Epigastrio abombado.*
 - *Ocasionalmente con eliminación de meconio.*

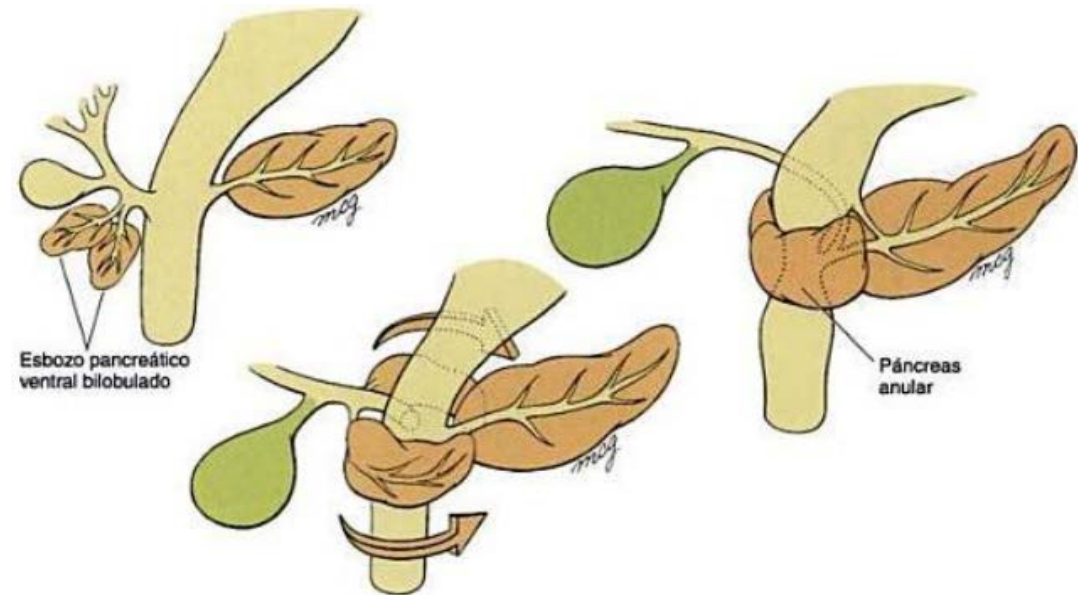
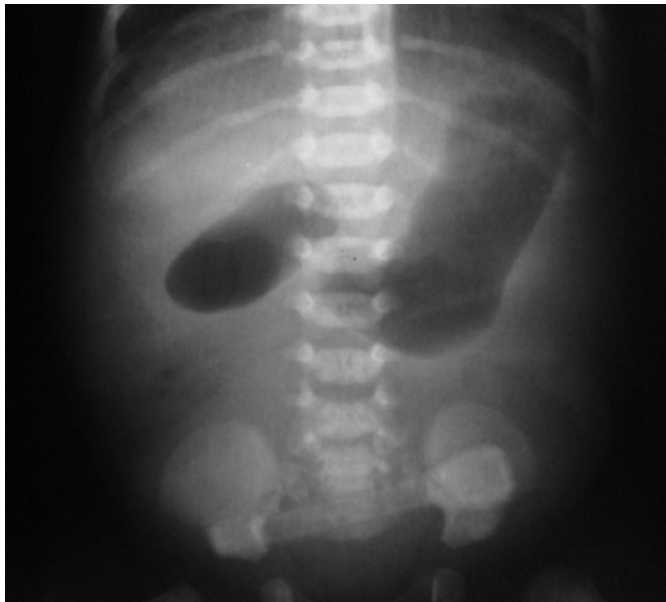


- Radiografía de abdomen simple.
 - *Signo de doble burbuja patognomónico.*
- Tratamiento.
 - *Instalar SNG para una aspiración continua.*
 - *Iniciar la reposición de volumen y ELP.*
 - *Cirugía electiva dentro de las 24-48 horas.*
 - *Duodeno-duodenostomía.*



Páncreas anular

- Malformación que se produce por la falta de regresión de la porción ventral del páncreas, este páncreas envuelve a la segunda porción del duodeno y provoca estenosis de su luz. Son el 30% de todas las obstrucciones del duodeno.
- Clínica similar a la atresia duodenal.
- Tratamiento de duodeno-duodenostomía sin resección del páncreas anular.



Atresia intestinal

- Obstrucción completa del lumen intestinal.
 - Son 1/3 de todas las obstrucciones intestinales.
 - Incidencia de 1/5.000 RNV.
 - Un 55% son en yeyuno o íleon.
- La mayoría se originan en un accidente vascular intrauterino.
- Otras causas prenatales son la invaginación intestinal, malrotación y vólvulos intestinales, trombosis de vasos mesentéricos, etc.
- Se asocia a fibrosis quística en el 15-30% de los casos.
- **Sospecha prenatal:** ecografía con polihidroamnios y asas intestinales dilatadas y ocluidas.
- **Clasificación de Grosfeld.**

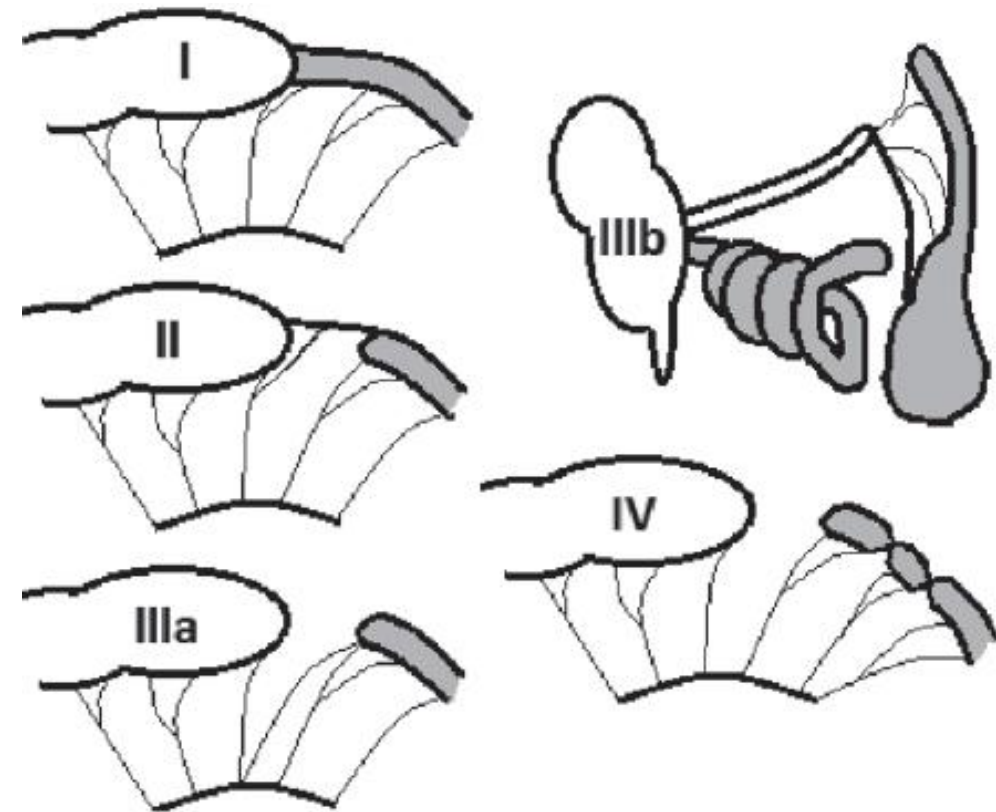


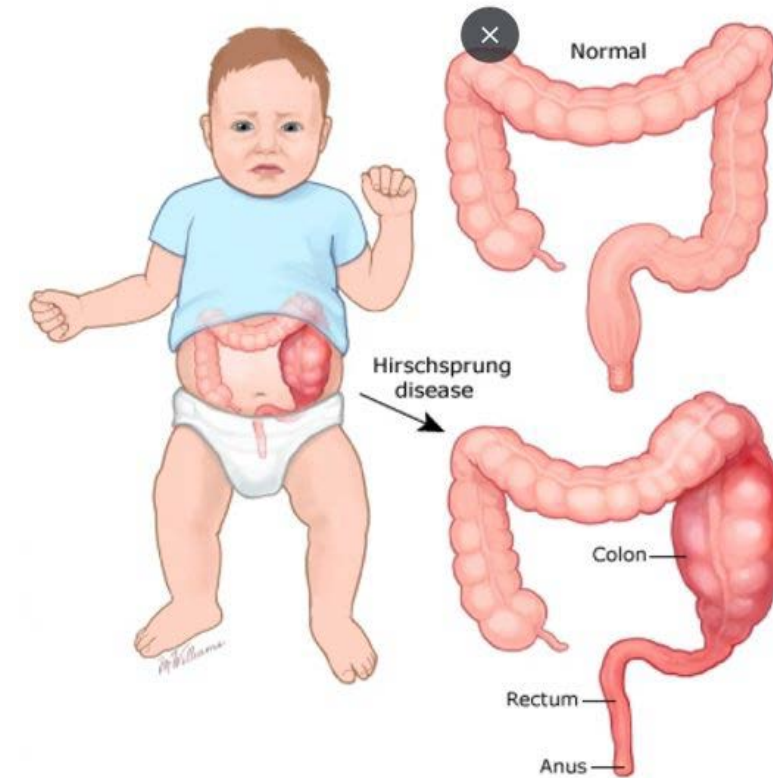
Figura 5. Clasificación de Grosfeld. I. Defecto de la mucosa con mesenterio intacto. II. Cordón fibroso que conecta los dos extremos atrésicos. IIIa. Separación con defecto en "V" del mesenterio. IIIb. Deformidad en cáscara de manzana. IV. Atresias múltiples.

- **Clínica:** síntomas y signos similares independiente del tipo de la lesión, con una distensión abdominal con vómitos biliosos que aparecen en las primeras 24 horas de vida.
- **Radiografía de abdomen simple:** niveles hidroaéreos proximales a la lesión. Es suficiente para hacer el diagnóstico.
- **Tratamiento.**
 - *Corrección hidroelectrolítica previa a las 12-24 horas.*
 - *Anastomosis término-terminal entre segmentos sanos.*
 - *Pronóstico según la magnitud del compromiso intestinal.*
 - *Mayor riesgo de Sd de intestino corto.*
- **Atresia de colon.**
 - *Incidencia de 1/20.000 RNV.*
 - *Clínica, diagnóstico y tratamiento similar.*



Enfermedad de Hirschsprung

- Aganglionosis en los plexos mientéricos y submucosos del colon distal, causando una contracción sostenida.
- El sistema nervioso entérico se forma desde células que migran desde la cresta neural, pero hay una detención de esta migración en sentido cráneo-caudal entre la 5-12ª SDG.
- El 80% compromete solamente al recto y colon sigmoides.
 - *Incidencia de 1/5.000 RNV.*
 - *Es más frecuente en varones.*
 - *Es más frecuente en la trisomía 18 y 21.*
- **Clínica:** distensión abdominal, vómitos biliosos y ausencia de la eliminación espontánea de meconio a las 24-48 horas. Constipación crónica, megacolon tóxico, sepsis y shock. Alivio tras la estimulación rectal.

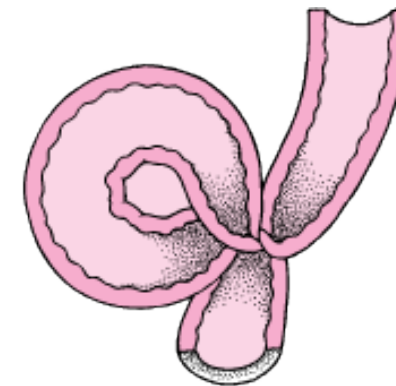
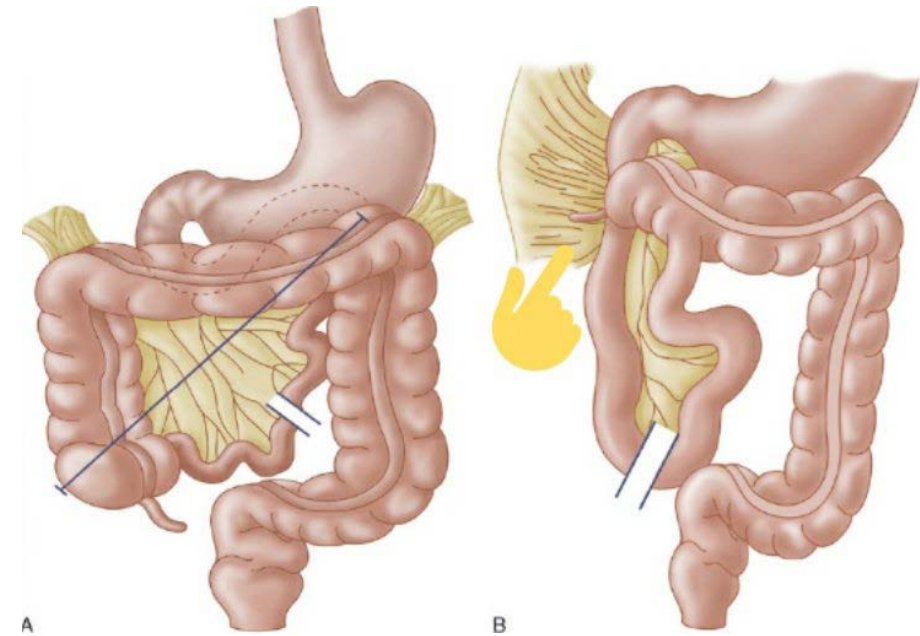


- **Enema baritado:** contraste en zona de transición con un cabo proximal dilatado y un cabo distal estrechado. A veces no es evidente en el periodo neonatal.
- **Biopsia:** confirma el diagnóstico evidenciando ausencia de células ganglionares e hipertrofia de troncos nerviosos.
- **Tratamiento.**
 - *Enemas evacuantes con SF tibio.*
 - *Cirugía mínimamente invasiva por técnica laparoscópica.*



Malrotación intestinal y vólvulo

- Malformación congénita que consiste en una posición anormal del intestino medio, obstruyendo los vasos mesentéricos superiores, comprometiendo la irrigación y causando infartos de ID e IG.
- Incidencia 1/6.000 RNV.
- Los vólvulos son la causa más común de síntomas. Un 30% en la 1ª semana de vida y 50% en 1er mes.
- **Clínica:** inestabilidad HD y acidosis metabólica, necrosis y perforación intestinal, asociados a vómitos biliosos. Es una urgencia quirúrgica.



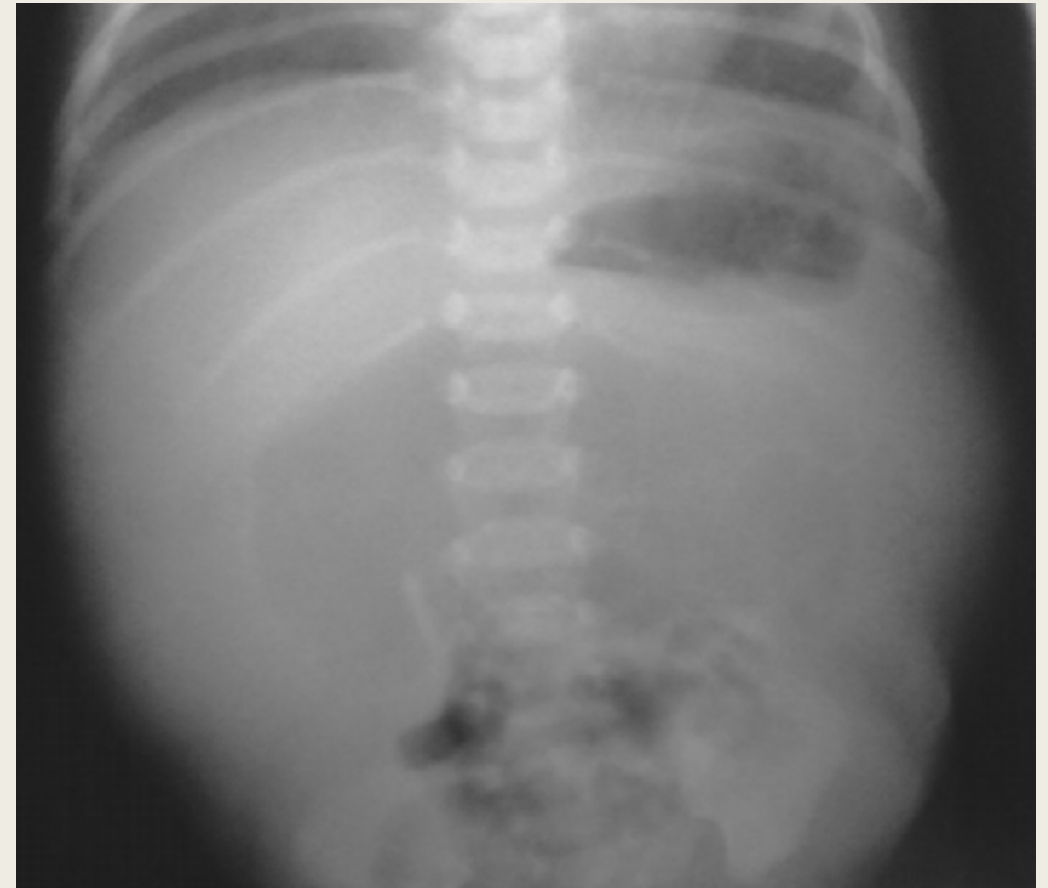
Vólvulo

- Estudio de imágenes urgente.

- *Ecografía*: diagnóstica cuando muestra una alteración en la posición de los vasos mesentéricos superiores.
- *Rx abdomen simple*: generalmente es normal.
- *Tránsito digestivo alto*: estudio con contraste que puede mostrar obstrucción en el intestino.

- Tratamiento.

- Excelente pronóstico cuando no hay compromiso de la irrigación intestinal.
- Operación en 2 tiempos cuando hay compromiso de la irrigación intestinal.



Otras causas de obstrucción intestinal

- **Íleo meconial:** retención de meconio espeso y adherente a nivel intestinal, causando obstrucción.
 - *El 50% tiene un intestino intacto.*
 - *El otro 50% tiene vólvulos, atresia, perforación y/o peritonitis meconial.*
 - *El 90% tiene FQ.*
- **Tapón de meconio:** tapón obstructor típicamente en colon sigmoides y descendente. Producto de un sistema nervioso entérico inmaduro.
 - *Típico en HMD y Enfermedad de Hirschsprung, raro en FQ.*
- **Peritonitis meconial:** peritonitis aséptica causada por salida de meconio hacia la cavidad peritoneal durante el desarrollo de una OI intrauterina.

Bibliografía

- Dr. Andrés Peña, Alejandra Letelier. Guías de práctica clínica unidad de paciente crítico neonatal del Hospital San Juan de Dios La Serena, capítulo 52 “Obstrucción intestinal”. 2020.
- Dr. Patricio Varela. Guías clínicas de neonatología del Hospital Santiago Oriente, capítulo 70 “Obstrucción intestinal”. 2020.
- L. Raposo Rodríguez, et al. Sociedad Española de Radiología Médica “Patología intestinal en el neonato”. 2016.

Muchas Gracias por su atención

