
CASO CLINICO

Atresia yeyunal con membrana duodenal de presentación tardía

Jejunal atresia with duodenal membrane

**Drs.: Rodolfo Pacheco Llerena R., Francisco León Arze, Carolina Nogales Hiza,
M. Montaña Mariscal, F. Negrete Heredia, M. Moya**

Resumen

Presentamos el caso clínico de una niña que fue atendida en la Caja Petrolera de Santa Cruz de la Sierra, por una atresia yeyunal con membrana duodenal de presentación tardía. Aprovechamos el caso para hacer una revisión del tema.

Palabras Claves:

Rev Soc Bol Ped 2011; 50 (3): 167-9: atresia yeyunal, membrana duodenal.

Abstract:

We describe the clinical case of a female seen at "Caja Petrolera of Santa Cruz de la Sierra", because a jejunal atresia with duodenal membrane. We used this case to revise the subject.

Key words:

Rev Soc Bol Ped 2011; 50 (3): 167-9: jejuna atresia, duodenal membrane.

Introducción

Las atresias yeyunoileales son malformaciones frecuentes del tubo digestivo, su incidencia es aproximadamente de 1 caso en 3.000 a 4.000 recién nacidos vivos y la presencia de vómito es el síntoma principal¹.

La atresia yeyunoileal tipo I membranoso o diafragmático, representa el 19% de toda la casuística y si la membrana presenta un orificio, permite el paso del contenido intestinal lo cual dificulta el diagnóstico, como el caso clínico que presentamos y que es una patología poco habitual. El tratamiento de este tipo de malformaciones es quirúrgico.

Caso clínico

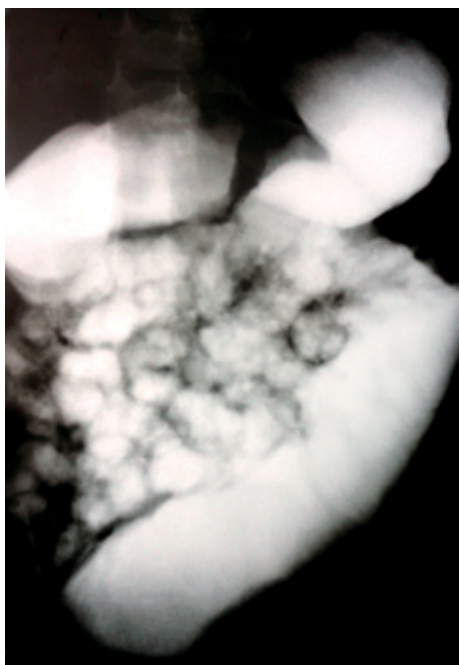
Paciente femenino de 1 año y 7 meses de edad, que fue atendido en la unidad de cirugía pediátrica del hospital Santa Cruz dependiente la Caja Petrolera de Salud; por un cuadro clínico caracterizado por presentar desde los primeros meses de vida vómitos frecuentes de contenido bilioso y alimenticio, asociado a distensión abdominal en región superior del abdomen y deposiciones de características normales. Concomitantemente, presenta desde los primeros meses, una desnutrición crónica moderada, motivo por el cual consulto en diversos centros hospitalarios, donde recibió varios tratamientos sintomáticos, sin mejoría ni diagnóstico definitivo.

* Médicos de la Caja Petrolera de Santa Cruz de la Sierra - Bolivia.
Correspondencia: Dr. Rodolfo Pacheco, correo electrónico: rpacheco@hotmail.com
Los autores expresan que no hay conflicto de intereses en este trabajo.

Al examen físico de ingreso, destaca un peso de 7.800 gramos -por debajo del percentil 5- (peso ideal 11 kilos) con aspecto caquéctico por su desnutrición, distensión abdominal fundamentalmente en hemiabdomen superior con peristaltismo aumentado. Resto del examen fue normal.

Todos los laboratorios realizados de química sanguínea fueron normales. En los estudios de gabinete, destaca una radiografía simple de abdomen que mostraba una dilatación de la cámara gástrica. La ecografía abdominal, reporto asas intestinales dilatadas con peristalsis intestinal incrementado sobre todo en el hemiabdomen superior, datos que fueron compatibles con una suboclusión intestinal. En la serie gastrointestinal contrastada, se observó una dilatación de la cámara gástrica con buen pasaje del contraste hacia duodeno, el que estaba dilatado hasta el ángulo de Treitz; la primera porción del yeyuno presentaba un calibre aumentado donde el contraste pasa en forma sinuosa hasta detenerse de manera transitoria en fosa iliaca derecha, continuando luego, hacia un intestino de aspecto conservado, ver figura # 1.

Figura # 1. Serie gastrointestinal contrastada que muestra asas intestinales dilatadas.



Con el diagnóstico de una suboclusión intestinal fue sometido a una laparotomía exploratoria. Se realizó una incisión transumbilical y en cavidad abdominal se visualizó una distensión importante de la primera porción de yeyuno y un área de transición yeyunal donde se aprecia una membrana con un buen pasaje de contenido intestinal por este sitio de transición (figura # 2). Se procedió a realizar una enterotomía antimesenterica y en su interior encontramos una membrana fenestrada (figura # 3) la cual extirpamos y realizamos una anastomosis termino-terminal sin complicaciones.

Figura # 2. Área de transición yeyunal con buen paso del contenido intestinal.

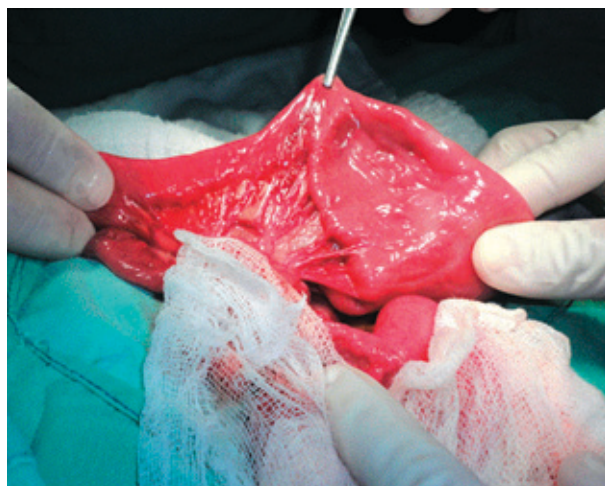
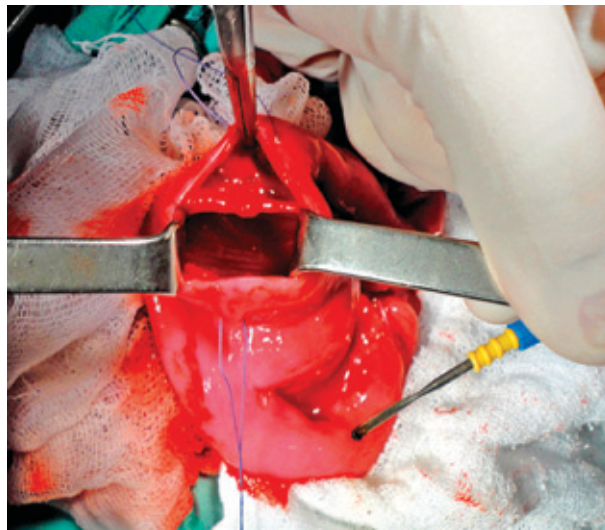


Figura # 3. Enterotomía yeyuneal, que en su interior se observa una membrana fenestrada.



La evolución posoperatoria fue satisfactoria, con buena tolerancia a la alimentación y la paciente empezó a mejorar paulatinamente. Fue dada de alta en buenas condiciones generales y con una recuperación nutricional franca.

Discusión

Las atresias intestinales son las causas más frecuentes de obstrucción intestinal neonatal, se pueden presentar a cualquier nivel, siendo más frecuentes las yeyunoileales.

La teoría por la cual se origina esta patología es la hipótesis vascular: trastorno en la vascularización del intestino durante el periodo fetal. Apoyando esta teoría se cuenta con el hallazgo de meconio y células de descamación intestinal distal en el área de la atresia intestinal y la posibilidad de reproducir esta anomalía en animales de experimentación.²⁻³

Las atresias yeyunoileales por lo general son únicas y afectan por igual a ambos sexos. En el 31% afectan a yeyuno proximal. Desde el punto de vista morfológico tenemos 4 tipos de atresias yeyuno ileales:

- Tipo I. Atresia membranosa (20%). No hay interrupción del intestino ni de su meso, solo en su luz.
- Tipo II. Atresia con ambos cabos ciegos separados por un cordón fibroso (30%). Sin defecto del meso.
- Tipo IIIa. Atresia con separación de ambos cabos con defecto del meso (35%).

- Tipo IIIb. Atresia en árbol de navidad o cascara de manzana (10%).
- tipo IV. Atresia múltiple (5%).

El caso que presentamos, se trata de una atresia yeyunal tipo I (membranosa) con perforación en la misma que permitía el paso del contenido intestinal, presentándose como una suboclusión intestinal con deposiciones de características normales y los vómitos se presentaban de manera tardía, después de la alimentación. Por todas estas características, el diagnóstico definitivo se demora ya que se trata de una presentación poco habitual con una membrana fenestrada¹.

El diagnóstico de esta presentación inusual se basa en la sospecha clínica y los estudios complementarios donde se observa una suboclusión intestinal. El tratamiento siempre, es quirúrgico; realizando una laparotomía exploradora con lo cual se confirma nuestra sospecha clínica.

Referencias

1. Barrios-Fontoba J, Benlloch C, Lluna-Gonzalez J, Genovés-Terol J, Ruiz S. Atresia yeyunal membranosa de tardía presentación. *An Esp Pediatr* 1996;45:85-6.
2. Baglaj SM, Czernik J, Kuryszko J, Kuropka P. Natural history of experimental intestinal atresia: morphologic and ultrastructural study. *J Pediatr Surg* 2001; 36:1428-34.
3. Grosfeld JL. Jejunoileal atresia and stenosis. En: O'Neill JA ed. *Pediatric Surgery*. St. Louis: Mosby-Year Book Inc. 1998.p.145-58.