

Atresia de intestino delgado

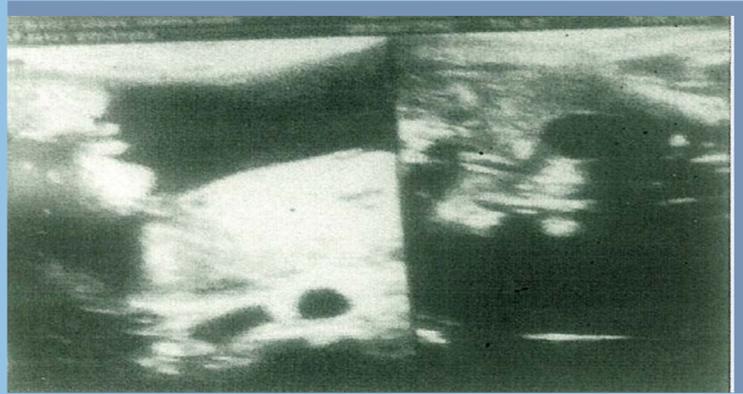
Autores: Dr. Cerrillos Morales C. Dr. Troncoso Saleh A. Dra. Parras Onrubia F. Dr. Castaño Serrano A.
Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Virgen del Castillo Yecla. Yecla Región de Murcia.

Introducción: Paciente con embarazo de 31 semanas en donde se detecta signos indirectos de dilatación intestinal durante su control prenatal.

Objetivos: Diagnosticar las obstrucciones intestinales para implementar su resolución en forma inmediata al parto.
Marcar pautas de seguimiento en las pacientes con dilatación intestinal.

Material y Métodos: Paciente de 40 años, que presenta embarazo de curso normal con controles normales hasta la visita en la semana 31, en donde se observa en ecografía dilatación de asas intestinales marcada con polidramnios. Como antecedentes presenta gestaciones VI para II aborto II cesárea I (por no progresión de trabajo de parto), la paciente comienza el trabajo de parto en domicilio llegando al hospital parida, el alumbramiento se produce en el hospital. El bebé es un recién nacido a las 39 semanas con apgar 8-9 que comienza con vómitos y es derivado al hospital de referencia para cirugía, en donde se implementó la cirugía en forma inmediata debido al diagnóstico prenatal y la derivación oportuna.

Al bebé se le realiza una resección intestinal informándose en anatomía patológica intestino delgado con atresia intestinal Tipo I. (Atresia membranosa. 20% de los casos). No hay interrupción del intestino ni de su meso, sólo de su luz. El segmento resecado fue de 10 cm. Se le realizó una anastomosis termino-terminal a las 12 hrs de recién nacido.



Discusión: La atresia intestinal es la causa más frecuente de obstrucción intestinal neonatal. Puede presentarse a cualquier nivel del intestino, duodeno, yeyuno, ileon y colon. Son más frecuentes a nivel yeyuno-ileal y son excepcionales las de colon. La incidencia de la atresia intestinal es aproximadamente de un caso por cada 3.000-4.000 nacidos vivos. Esta frecuencia es similar a la de la atresia de esófago y aproximadamente tres veces mayor que la enfermedad de Hirschsprung.

En nuestra paciente la atresia era a nivel del yeyuno, por eso se pueden observar la dilatación tan marcada de las asas, cuando es ileal no hay tanta dilatación.

Su tratamiento precoz tiene una sobrevida de 85-90%.

Conclusiones: El diagnóstico de atresia intestinal suele ser tardío en la semana 32-33, una vez diagnosticado se debe realizar un enfoque multidisciplinario con pediatra y cirujano pediátrico para poder brindar solución en forma inmediata al parto.

El seguimiento de las pacientes debe ser más seguido en donde se debe controlar el grado de dilatación en cada visita y no se debe apresurar el parto. Es conveniente realizar estudio citogenético neonatal, ecocardiografía fetal, estudio de ADN para fibrosis quística y diagnóstico diferencial con otras anomalías quísticas intestinales.