

Oclusión intestinal por Bridas Congénitas. Presentación de un Caso

REMIJ 2012;13(1):131-139

Intestinal obstruction for congenital bridle. Case presentation

*Dra. Bárbara Daudinot Gómez¹, Dra. Marcia Licea Jiménez², Lic. Clariza Spencer Lamorú³,
Dra. Sahily Mojena Fariñas⁴, Lic. Margarita Ricardo Zaldivar⁵, Dra. Yaquelin Pino Naranjo⁶*

¹ *Especialista de 1er grado de Imagenología Profesor Asistente*

² *Especialista de 1er grado de Imagenología Profesor Asistente*

³ *Licenciada en Imagenología Profesor Asistente*

⁴ *Especialista de 1er grado de Imagenología Profesor Instructor.*

⁵ *Licenciada en Imagenología Profesor Instructor.*

⁶ *Especialista de 1er grado de Imagenología Profesor Instructor.*

RESUMEN

Paciente de 3 meses de nacido por cesárea, pesó al nacer 336 g con 42 semanas de gestación de la madre, es traído al cuerpo de guardia por presentar vómitos en número de 6, de abundantes cantidad y color amarillo. Se decide ingresarlo y se le realizan varios estudios ultrasonográficos e imagenológicos, intervenido quirúrgicamente en 5 ocasiones por oclusión intestinal con resultados positivos, posteriormente es trasladado a Ciudad Habana donde fallece por sepsis intrahospitalaria por una bacteria (*Pseudomona*).

Palabras clave: Oclusión intestinal, Brida congénita

ABSTRACT

This is a 3 months male patient childbirth for Caesarean, he weighed 336 grams at birth, being her mother 42 weeks of gestation, he is brought to the casualty department presenting 6 abundant yellowish vomits in a great quantity. It was decided to hospitalize him and several ultrasonographic and imagenologic

studies were carried out, he was intervened surgically in five occasions for intestinal occlusion with positive results, later he was transferred to Havana City, where he died due to intrahospital sepsis, for a bacteria (*Pseudomona*.)

Key words: Intestinal Obstruction, Congenital bridge, *Pseudomona*, sepsis.

INTRODUCCIÓN

La obstrucción intestinal fue descrita como entidad patológica aún antes de Cristo. Se considera oclusión intestinal cuando se presenta una interferencia en el tránsito normal del contenido intestinal. Otros autores la definen como la detención completa y persistente de las heces y los gases en un segmento del intestino o como la imposibilidad de que el contenido digestivo circule a lo largo del intestino. Se considera que es un estado en el cual existe un impedimento para el paso del contenido del intestino a lo largo de su luz.^{1,2}

La obstrucción congénita del tubo digestivo es una de las patologías quirúrgicas neonatales más frecuentes. Afecta a 1 entre cada 1000 a 2000 recién nacidos, aproximadamente.³ Las obstrucciones anatómicas pueden ser intrínsecas o extrínsecas. Las primeras son causadas por una interrupción de la continuidad del tubo digestivo (atresia), por una membrana o estrechamiento en la luz o por impactación de meconio muy viscoso. Las extrínsecas se producen por páncreas anular, vólvulo, hernias internas, bridas o bandas congénitas, duplicaciones intestinales y tumores retroperitoneales.⁴

El diagnóstico prenatal de las obstrucciones intestinales congénitas es posible con ecografía fetal, aunque suele ser tardío en la gestación y la sensibilidad es variable.⁵⁻⁷ Frecuentemente se asocia a cromosomopatías, malformaciones de otros órganos y enfermedades genéticas, que pueden no ser evidentes antes del nacimiento. Estos otros problemas y la necesidad de tratamientos invasivos condicionan muchas veces la morbilidad.^{7, 8} El hallazgo de un caso con

diagnóstico de brida intestinal congénita nos motivó a realizar una revisión sobre este tema.

Presentación del caso

Paciente N. B. R. de 3 meses con antecedentes de salud anterior, que en la mañana del domingo 18 de Diciembre de 2011 comienza con un vómito de leche a las 6 am y luego en la tarde tiene uno bilioso. En la mañana del día siguiente fue atendido en el consultorio del Médico de la familia y mandado para su casa, a la 6:00 pm lo llevan hacia el Hospital por la abundancia de los vómitos, lo ingresan en la sala por deshidratación, luego de las 11:00 pm comienza a distenderse y a ponerse irritable, es evaluado en la madrugada por pediatría y cirugía general y deciden ingresarlo en la unidad de cuidados intensivos de pediatría. A las 5 de la mañana es evaluado por rayos x y ultrasonido, donde se visualiza un asa distendida que a las 8:00 am estaba más edematosa. Los vómitos continuaron y ahora eran como "Compota de mango " se decide anunciar para intervención quirúrgica. En el examen físico se palpa un abdomen globuloso que impresiona estar doloroso y en el tacto rectal se palpa una ampolla rectal vacía, con un estado general de irritabilidad significativa.

Se decide operarlo el día 19 de diciembre por oclusión intestinal donde se observa una Brida Congénita por lo tanto se llegó a la conclusión que el paciente estaba ocluido por esta causa. Se decide reintervenirlo el día 25 de diciembre por presentar un cuadro similar al anterior, en el acto quirúrgico se comprueba la presencia de una brida precoz post-operatoria con perforación intestinal. El 26 de diciembre se traslada a Ciudad de la Habana para la unidad de cuidados intensivos del hospital pediátrico William Soler, para su alimentación parenteral y evitar la malnutrición, el paciente no presentaba complicaciones y tenía buen estado general, el mismo comenzó a presentar complicaciones por sepsis intrabdominal y es reintenido en tres ocasiones por esta causa, posteriormente no rebasa los cuadros sépticos y fallece por sepsis intrahospitalaria, cuyo germen fue (*Pseudomona*).

Hasta hoy solo conocemos de un caso en nuestro país con esta patología en el Hospital Universitario Abel Santamaría Cuadrado de la provincia de Pinar del Río en el año 2009, de un recién nacido de 30 horas de vida que resolvió con la intervención quirúrgica que se le realizó al igual que el nuestro, con la diferencia de que este fallece por sepsis intrahospitalaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sabiston D. Tratado de patología quirúrgica. XV Edición. Tomo I. Madrid: Ed. McGraw-Hill Interamericana; 1999. Pp. 979-88.
2. Padillo Ruiz FJ. Enfermedades del aparato digestivo. Madrid: Idepsa; 1998. Pp. 538-40.
3. Haeusler M, Berghold A, Stoll C, Barisic I, Clementi M. Prenatal ultrasonographic detection of gastrointestinal obstruction: Results from 18 European congenital anomaly registries. *Prenat Diagn.* 2004;22:616-23.
4. Berrocal T, Lamas M, Gutiérrez J, Torres I, Prieto C, Del Hoyo ML. Congenital anomalies of the small intestine, colon and rectum. *Radiographics.* 1999;19:1219-36.
5. Dalla Vecchia LK, Grosfeld JL, West KW, Rescorla FJ, Scherer LR, Engum SA. Intestinal atresia and stenosis: A 25-year experience with 277 cases. *Arch Surg.* 2004;133:490-7.
6. Corteville JE, Gray DL, Langer JC. Bowel abnormalities in the fetus. Correlation of prenatal ultrasonographic findings with outcome. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;175:724-9.
7. Heydanus R, Spaargaren MC, Wladimiroff JW. Prenatal ultrasonic diagnosis of obstructive bowel disease: A retrospective analysis. *Prenat Diagn.* 2004;14:1035-41.

8. Murshed R, Nichols G, Spitz L. Intrinsic duodenal obstruction: Trends in management and outcome over 45 years (1951-1995) with relevance to prenatal counseling. Br J Obstet Gynaecol. 2001;106:1197-9.

Anexos

Pié de foto de a) y b)

a) Se observa dilatación de un asa intestinal delgada central con escaso gas en el recto



b) Se observan algunos niveles hidroaereos con mayor dilatación de las asa intestinales delgadas.



Pié de foto de c) y d)

c) Se observa un asa fija hacia la fosa iliaca derecha desplazada por líquido intra abdominal. Sonda nasogástrica en estómago, post operado.



d) Persiste el asa fija de la fosa iliaca derecha más dilatada con otras asas centrales de intestino delgado distendida.



Pié de foto de e) y f)

e) Se observa Múltiples niveles hidroareos en fosa iliaca derecha con ausencia de gas en el recto.



f) Se observa distensión de las asas delgadas con ausencia de gas en el recto y abundante líquido en la cavidad intra abdominal.



Pié de foto de la 1) a la 6) imágenes ultrasonográficas.

1) Se observa distensión de asas delgadas con edema de la pared y abundante líquido en su interior.



2) Persiste el asa fija con iguales características menos dilatada.



3) Se observa abundante líquido inter asa sin observarse peristalsis abdominal.



4) Persiste asa fija distendida con líquido en su interior.



5) Se observa el asa fija más dilatada y edema de la pared.



6) Se observa abundante líquido intra abdominal sin peristalsis, paciente post operado.

