

Atresia de sigma

¿cierre quirúrgico primario o secundario?*

S. Sanjuán Rodríguez, C. Moreno Hurtado, J.I. Santamaría Ossório

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Materno-Infantil, Badajoz.

RESUMEN: Las atresias de sigma son excepcionales, su incidencia se estima en un caso por cada 15.000-60.000 nacimientos. Suelen ser anomalías únicas; sin embargo, nuestro paciente presentaba varias anomalías asociadas.

Presentamos un varón de 30 horas de vida, con vómitos alimentarios, gran distensión abdominal y ausencia de expulsión de meconio. Exploración: gran distensión abdominal. Se practica enema evacuando un tapón de moco gris.

Radiografía de abdomen: patrón de obstrucción intestinal. Enema opaco: se observa 5-7 cm de microcolon.

Con el diagnóstico de atresia de sigma, se realiza laparotomía, observando una atresia tipo I, con gran dilatación de cabo proximal y un microcolon distal. Se practica enterostomía de ambos cabos y unos días más tarde se realiza anastomosis termino-terminal.

Se analizan las ventajas e inconvenientes de realizar un cierre quirúrgico primario o diferido en dos tiempos; así mismo, se aconseja descartar una enfermedad de Hirschsprung.

PALABRAS CLAVE: Atresia de sigma; Enfermedad de Hirschsprung.

Advantages and disadvantages of correction in 1 or 2 times is discussed. In these cases Hirschsprung's disease should be ruled out.

KEY WORDS: Sigmoid atresia; Hirschsprung's disease.

INTRODUCCIÓN

Las atresias de colon son una de las causas menos frecuentes de obstrucción intestinal neonatal, representando el 5-15% de todas las atresias intestinales⁽¹⁻⁴⁾.

Actualmente no existe unanimidad si durante el tratamiento quirúrgico debe realizarse una anastomosis primaria termino-terminal o, por el contrario, una colostomía y, después de varias semanas, practicar el cierre de las enterostomías⁽⁵⁻⁸⁾.

CONGENITAL COLONIC ARTESIA. SURGERY CORRECTION IN ONE OR TWO STAGES?

ABSTRACT: Sigmoid atresia is rare, the recognized prevalence is 1 per 15.000 to 60.000 live born.

We present a 30 hours old boy with vomiting, abdominal distension and failure to pass meconium. Physical examination showed severe abdominal distension. An enema was performed and a gray mucus plug taken out.

The abdominal plain XR showed bowel obstruction and in a barium enema only 5-7 cm of microcolon was seen.

With the diagnosis of sigmoid atresia the patient underwent surgery, observing one atresia type I, with dilated proximal loop and distal microcolon. A colostomy was performed and few days later one end-to-end anastomosis was made.

Correspondencia: Dr. Santiago Sanjuán Rodríguez, Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario Materno-Infantil. C/ La Violeta s/n, 06010 Badajoz.

E-mail: s.sanjuan@terra.es

*Trabajo presentado en el Congreso Nacional de Cirugía Pediátrica en Toledo.

Recibido: Mayo 2004

Aceptado: Mayo 2004

CASO CLÍNICO

Varón de 30 horas de vida, que presenta vómitos alimentarios desde las primeras horas de vida, y gran distensión abdominal. Ausencia de expulsión de meconio.

Ecografía prenatal: normal.

A la exploración, se observa una gran distensión abdominal, criptorquidia e hipospadias. Ano: normal. Se practica enema de limpieza con suero fisiológico, evacuando un pequeño tapón de moco gris.

En radiografía de abdomen se observan imágenes compatibles con obstrucción intestinal distal (Fig. 1). Ecografía de abdomen: normal.

En el enema opaco, se comprueba un microcolon que llega hasta sigma (Fig. 2).

Con el diagnóstico de posible atresia de sigma se realiza laparotomía. Se exterioriza el intestino grueso, que presenta unas paredes muy dilatadas, llenas de meconio, y se confirma una atresia de sigma tipo I, a unos 5-7 cm del ano. El microcolon distal está muy hipoplásico, entrando una son-



Figura 1. Rx abdomen. Imagen de obstrucción intestinal distal.

da del nº 8. Debido a la gran diferencia de diámetros y de grosor entre ambos bolsones, así como su proximidad al ano, se practica enterostomía proximal a pared abdominal y enterostomía de microcolon a parte inferior de la incisión media.

El niño es alimentado con una dieta elemental y con el fin de dilatar el microcolon distal, se introduce por la enterostomía unos 10 ml de suero fisiológico, cada turno. Tres semanas más tarde se practica enema del microcolon distal, comprobando que se ha desarrollado el diámetro, por lo que se realiza una anastomosis termino-terminal, no teniendo necesidad de realizar ninguna plastia de pared.

Al 4º día posintervención se observa la existencia de una fístula esteracorácea, que desaparece después de 10 días con nutrición parenteral y leche elemental.

En el enema opaco de control realizado a los 2 meses, se observa una estenosis leve de la anastomosis (Fig. 3). Evolución favorable al año.

Con objeto de descartar una enfermedad de Hirschsprung asociada se realiza una anomanometría siendo ésta normal.

DISCUSIÓN

Las atresias de colon son muy poco frecuentes, su incidencia se estima en uno de cada 15.000-60.000 nacimientos^(4,5,8).



Figura 2. Enema posintervención: estenosis leve de la anastomosis.

Las atresias de colon suelen ser malformaciones aisladas; sin embargo, en nuestro caso estaba acompañada de criptorquidia e hipospadias^(1-3,5,8,9). La asociación con enfermedad de Hirschsprung es excepcional y, en los casos descritos, suelen ser aganglionismos totales⁽⁶⁻⁸⁾.

Las atresias próximas al ángulo esplénico suelen ser de tipo III, mientras que las situadas más distalmente lo son de tipos I y II^(1,3,8).

Clínicamente se manifiestan por los síntomas y signos de una obstrucción intestinal distal y, dependiendo del momento en que se produce la atresia, puede que el paciente elimine meconio o un tapón mucoso gris, como ocurrió en nuestro paciente^(1,2,5,8,9).

En todo RN es imprescindible realizar un diagnóstico y tratamiento rápidos, pues se ha comprobado que en ausencia de anomalías graves asociadas y con un diagnóstico y tratamiento rápidos, la tasa de mortalidad es del 10% o menos,



Figura 3. Enema opaco: retención de contraste en colon.

mientras que si el diagnóstico y tratamiento se retrasan, la tasa de mortalidad llega hasta el 100%⁽⁹⁾.

La ecografía prenatal no sirvió para sospechar el diagnóstico, lo que también ha sido comprobado por otros autores; sin embargo, a partir de la 28 semana, a veces puede observarse una imagen tubular hipocogénica que correspondería al colon distal⁽⁹⁾.

Actualmente, no existe unanimidad sobre el manejo quirúrgico de estos pacientes. La mayoría de los autores consideran que si el paciente presenta mal estado general con sepsis, perforación/peritonitis, o con malformaciones asociadas graves, se aconseja realizar un tratamiento quirúrgico en 2 tiempos, realizando primero una enterostomía y, después de varias semanas, realizar una anastomosis termino-terminal.

Por el contrario, si el paciente está en buenas condiciones clínicas y no presenta malformaciones graves asociadas, se recomienda realizar una resección de bolsón proximal y una anastomosis termino-terminal, si bien, dependiendo de la diferencia de calibre y de su localización, la mayoría de los pacientes precisan una resección amplia de bolsón proximal y/o enteroplastia; algunos autores, para intentar que no se origine ninguna fístula, han realizado también una enterostomía por encima de la anastomosis, o una cecostomía^(2,5,9).

En nuestro caso, el diámetro proximal medía unos 5-6 cm mientras que por la luz del intestino distal sólo logramos introducir una sonda de calibre número 8. A pesar de reunir los criterios clínicos para realizar una anastomosis primaria, debido a la gran diferencia de calibre y los pocos centímetros de microcolon distal, nos decidimos por realizar una colostomía proximal y dilatación del segmento distal.

El tiempo transcurrido sirvió para que se produjera una disminución de calibre del segmento proximal y una dilatación del segmento distal, pudiendo realizar posteriormente una anastomosis termino-terminal sin necesidad de realizar ninguna plastia ni resección del segmento proximal.

La dilatación del segmento distal pudo ser debida al crecimiento natural del intestino sin embargo, creemos que también pudo influir el suero introducido por el cabo proximal, posiblemente ayudado por el esfínter anal, que permitía la retención del líquido⁽²⁾. Con objeto de dilatar el microcolon distal, otros autores han utilizado agar⁽⁴⁾.

El realizar un tratamiento quirúrgico en dos tiempos, si bien tiene el inconveniente de precisar dos intervenciones, tiene la ventaja de respetar prácticamente todo el intestino grueso y evitar resecciones amplias del intestino dilatado, de modo que hay autores que han realizado anastomosis termino-terminal ileocólica o ileosigmoidea, sin tener en consideración los graves problemas de absorción^(4,9).

De las posibles complicaciones postintervención, la dehiscencia de la anastomosis es la más frecuente, pudiendo alcanzar hasta el 22 %^(8,9).

Actualmente se recomienda a todo RN intervenido de una atresia de intestino, realizar una anomanometría o una biopsia rectal, con objeto de descartar una enfermedad de Hirschsprung, sobre todo, si han presentado una obstrucción funcional después de restablecer la continuidad intestinal^(6,8). Se ha observado que, debido a que esta asociación es tan poco frecuente, la mayoría de los niños han sido reoperados de una manera innecesaria, debido a que el médico sospechaba una «obstrucción» parcial de la anastomosis, secundaria a adherencias, estenosis o descompensación entre ambos bolsos^(6,8,9).

Consideramos que, independientemente de los patrones clínicos en que están divididos estos pacientes, es preciso examinar cada caso durante la laparotomía y, con objeto de evitar resecciones intestinales amplias, aconsejamos realizar un tratamiento quirúrgico en dos tiempos. Además, en todo caso de atresia de intestino se recomienda realizar una anomanometría o biopsia rectal, sobre todo si existe algún trastorno de la anastomosis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Jarquín MR, Alonso Calderón JL, Sanz N, Rollán Villamarín V. La atresia de colon: causa poco frecuente de obstrucción intestinal neonatal. *Cir Ped* 1996;**9**:125-127.

2. Estevao Da Costa JM, Oliveira L, Albert A, Barbeitos de Sousa RM, Teixeira Santos N. Tratamiento de la atresia de colon. A propósito de tres casos. *Cir Ped* 1993;**6**:69-71.
3. Jackman S, Brereton RJ. A lesson in intestinal atresias. *J Pediatr Surg* 1988;**23**:852-853.
4. Nitta K, Iwafuchi M, Ohsawa Y, Uchiyama M, Yamagiwa I, Hirota M, Naito M, Hirokawa K. A case of congenital colonic atresia associated with atresia ani. *J Pediatr Surg* 1987;**22**:1025-1026.
5. Murphree SM, Dunkley AS. Colon atresia and stenosis in Zimbabwe. Case reports and a review of the literature. *Cent Afr J Med* 1992;**38**:463-465.
6. Williams MD, Burrington JD. Hirschsprung's disease complicating colon atresia. *J Pediatr Surg* 1993;**28**:637-639.
7. Akgür FM, Cahit Tanyel F, Büyükpamukçu N, Hiçsönmez A. Colonic atresia and Hirschsprung's disease association shows further evidence for migration of enteric neurons. *J Pediatr Surg* 1993;**28**:635-636.
8. Karnak I, Ciftci AO, Emin Senocak M, et al. Colonic atresia: surgical management and outcome. *Pediatr Surg Int* 2001;**17**:631-635.
9. Watts AC, Sabharwal AJ, Munro M. Congenital colonic atresia: should primary anastomosis always be the goal? *Pediatr Surg Int* 2003;**19**:14-17.