

ULTRASONOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL FETAL: UN CASO CLÍNICO

VALDIVINA ETERNA FALONE¹; WALDEMAR NAVES DO AMARAL FILHO¹; TARIK KASSEM SAIDAH⁴; PATRÍCIA MENDONÇA LEITE¹, THAYNARA DE MORAES PACHECO¹; LORENA TASSARA QUIRINO VIEIRA²; ANTÔNIO DE MORAIS JÚNIOR³, WALDEMAR NAVES DO AMARAL¹

RESUMEN

La obstrucción intestinal es la principal causa de emergencia quirúrgica en los recién nacidos, con la atresia como su entidad más prevalente. La atresia colónica es la más rara de ellas y el diagnóstico por ultrasonografía no es muy frecuente, especialmente debido a hallazgos inespecíficos que a menudo no representan patogenicidad en el feto. Este trabajo tiene como objetivo describir un caso de atresia colónica diagnosticada en la atención prenatal a través de ultrasonografía.

PALABRAS CLAVE: ATRESIA COLÓNICA; ULTRASONOGRAFÍA; PRENATAL

INTRODUCCIÓN

La obstrucción intestinal es la causa más común de emergencias neonatales, ocurriendo en 1 de cada 1.500 nacidos vivos. Sin embargo, hace unas décadas, los niños que nacían con tal afección casi siempre fallecían. Los avances en las técnicas quirúrgicas han contribuido enormemente desde entonces para reducir la mortalidad. Además, un papel importante en la reducción de este número debe atribuirse al avance de los métodos de diagnóstico en la atención prenatal, por ejemplo a través de la ultrasonografía (USG)¹.

Entre las diversas causas de obstrucción, se destacan las atresias intestinales, meconio ileal, la enfermedad de Hirschprung y la malrotación intestinal, con o sin vólvulo, siendo las más comunes las atresias, seguidas de la malrotación y luego el íleo meconial¹.

La atresia tiene una prevalencia de 1 caso por cada 2,500 nacimientos vivos y puede ser duodenal, yeyunal, ileal, yeyunoileal o colónica, siendo la duodenal la más comúnmente encontrada. En las ultrasonografías prenatales, se puede observar la presencia de polihidramnios, que se torna mayor cuanto más proximal sea la obstrucción, además de la dilatación de las asas intestinales².

En la atresia duodenal, el diagnóstico debe sospecharse cuando hay un hallazgo de polihidramnios en casi la totalidad de los casos junto con una 'doble burbuja'. En esta condición, la asociación con defectos en otros sistemas es común, así como con la trisomía del cromosoma 21. La atresia del yeyuno ileal no está tan asociada con otras malformaciones como la duodenal y su multiplicidad es común. La ultrasonografía se caracteriza por la dilatación de asas delgadas en el aspecto de una burbuja triple o cuádruple. Finalmente, la atresia colónica,

la más rara de ellas, generalmente no ocurre en multiplicidad y su evidencia en el cuidado prenatal se debe a la dilatación de las asas. Muchos casos, sin embargo, no pueden ser detectados con ultrasonografía³.

El íleo meconial es el resultado de la oclusión intestinal de un meconio más espeso, sugerido por hiperecogenicidad, acompañada o no de dilatación. Está presente en al menos el 15% de los pacientes con fibrosis quística⁴.

La enfermedad de Hirschprung, a su vez, es causada por una migración defectuosa de células ganglionares, aproximadamente en la semana 12 del embarazo, que culmina en una aganglioneosis intestinal, reconocida por la dilatación del asa. El polihidramnios, en este caso, no es comúnmente visualizado⁴.

Finalmente, la malrotación intestinal es el resultado de una fijación embrionaria incorrecta, lo que causa la rotación de los vasos mesentéricos y puede culminar en una isquemia. La visualización ultrasonográfica es posible cuando ocurre el vólvulo intestinal, lo que resulta en la dilatación de las asas⁴.

CASO CLÍNICO

AFCA, mujer, G4P3A1, 30 años. La paciente fue sometida a una ultrasonografía morfológica durante la semana 33 de gestación. Tras el examen, se observó dilatación de las asas del intestino grueso, indicando sospecha de obstrucción debido a atresia (figuras 1-3). La paciente entró en trabajo de parto tres semanas después, al completar 36 semanas y 5 días de gestación. Poco después del nacimiento, el recién nacido fue sometido al primer abordaje para corrección quirúrgica. Después de 20 días, se realizó la segunda cirugía correctiva. El recién nacido permaneció en la UCI durante 56 días y se encuentra saludable.

1. Faculdade de Medicina da UFG
2. PUC- GOIÁS
3. Hospital UNIQUE
4. UniEvangélica

Dirección de correo electrónico:
Waldemar Naves do Amaral
Alameda Cel. Joaquim de Bastos, 243 - St. Marista
Goiânia - CEP 74175-150
Email: waldemar@sbus.org.br



Figura 1: Ultrasonografía obstétrica: distensión de intestino grueso (contenido anecoico)



Figura 2: Ultrasonografía obstétrica: distensión de intestino grueso (contenido anecoico)



Figura 3: Ultrasonografía obstétrica: polihidramnios.

DISCUSIÓN

La atresia colónica se presenta en la vida neonatal con vómitos, distensión de asa y dificultad para eliminación del meconio. Es una afección poco frecuente que constituye apenas del 1,8 al 15% de las atresias intestinales y puede confundirse con otras afecciones, como la enfermedad de Hirschsprung, el síndrome del tapón meconial y el íleo meconial ³.

El diagnóstico prenatal por USG de obstrucciones intestinales en general, generalmente ocurre en el tercer trimestre del embarazo, no obstante, la precisión es variable. Este método puede llegar a ser limitante porque depende del operador y de su técnica y porque tiene un campo de visión restringido. Además, muchos hallazgos no son muy específicos y otros constituyen variantes no patológicas ⁵.

Como mencionado, por ejemplo, el polihidramnios e incluso la dilatación de las asas pueden estar presentes en otras condiciones de obstrucción. Sin embargo, la localización de la dilatación e incluso la ausencia de signos típicos de otras atresias, como el signo de burbuja doble, triple o cuádruple, hablan a favor de un diagnóstico de atresia colónica.

Aunque la ultrasonografía no siempre puede proporcionar el diagnóstico correcto y excluir diferenciales, a través del diagnóstico temprano, se puede ofrecer a los padres del niño consejos sobre su condición, especialmente en los casos en que la obstrucción sea parte de algún otro diagnóstico, como es el caso del íleo meconial en la fibrosis quística ⁶.

Además, cuando una obstrucción intestinal se diagnostica precozmente, es posible desarrollar un plan terapéutico para el niño, que involucre un equipo multidisciplinario y un centro de asistencia capaz de atender cualquier complicación durante el parto o después del nacimiento del niño. La planificación de la intervención temprana puede reducir las tasas de mortalidad y las complicaciones en el período neonatal ⁶.

Un estudio retrospectivo fue realizado en el Texas Children's Fetal Center en Houston, en Texas, desde enero de 2006 hasta febrero de 2016, para mostrar el resultado del diagnóstico prenatal de obstrucción gastrointestinal fetal. Las tasas de supervivencia encontradas fueron del 88%, siendo que en casos de obstrucción del intestino grueso fue del 100% ⁵. Dicha información difiere mucho de la mortalidad extremadamente alta de décadas atrás. Los datos sugieren que hasta 1950, apenas 125 niños habían sobrevivido a obstrucciones intestinales congénitas ¹.

En medicina se sabe que el diagnóstico precoz en diversas áreas es responsable de mejorar el pronóstico del paciente e incluso reducir los costos para el Sistema de Salud. Por lo tanto, los avances en el método ultrasonográfico, así como la capacitación adecuada de profesionales de la salud y estudios en el campo son aspectos de gran valor en la obstetricia y la medicina fetal.

REFERENCIAS:

1. Verma A, Rattan KN, Yadav R. Neonatal intestinal obstruction: A 15 year experience in a tertiary care hospital. *Journal of Clinical and Diagnostic*

- Research 2016; 10: 10-13.
2. Durante AP, Baratella JRS, Velhote MCP, Hercowitz B, Napolitano-Neto P, Salgado-Filho H, Lira JOO; Mari JA, Monteiro RP. Obstrução intestinal neonatal : Diagnóstico e Tratamento. Projeto Diretrizes Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina 2005; 1-12.
 3. Figueiredo S, Helena L, Ribeiro V, Barcelos B, Augusto M, Costa B, Oliveira GL, Esteves E, Silveira S. Atresia do trato gastrointestinal: avaliação por métodos de imagem. Radiologia Brasileira 2005; 38: 141-50.
 4. Barnewolt, CE. Congenital abnormalities of the gastrointestinal tract. Seminars in Roetgenology2004; 39: 263-81.
 5. Lau P, Cruz S, Cassady CI, Mehollin-Ray AR, Ruano R, Keswani S, Lee TC, Olutoye OO, Cass D. Prenatal diagnosis and outcome of fetal gastrointestinal obstruction. Journal of Pediatric Surgery 2017; 52: 722-25.
 6. Rubesova, E. Fetal bowel anomalies – US and MR assessment. Pediatric Radiology 2012; 42: 101-06.