

J.E. Barrios Fontoba, C. Benlloch,
J. Lluna González, I. Genovés Terol*,
S. Ruiz Company

An Esp Pediatr 1996;45:85-86.

Introducción

La atresia yeyunoileal es una de las causas más frecuentes de obstrucción intestinal neonatal, con una incidencia de 1 por cada 5.000-10.000 nacidos vivos^(1,2). Diversas publicaciones clínicas y experimentales proponen una alteración en el desarrollo embriológico de la arteria mesentérica como factor etiológico de esta malformación, habiéndose descrito una tendencia familiar para algunas variedades de atresia yeyunal^(3,4). El diagnóstico puede ser sospechado cuando un neonato presenta un cuadro de vómitos biliosos desde las primeras tomas con una radiografía simple de abdomen que muestre una dilatación de duodeno y primeras asas yeyunales y ausencia de aireación distal. La clasificación de Lester Martín basada en los hallazgos operatorios publicada en 1976, es la más utilizada^(5,6) y establece cuatro formas de atresia yeyunal, de las que el tipo I corresponde a una obstrucción producida por una membrana o diafragma que impide el paso del contenido intestinal.

Caso clínico

Varón de 28 meses de edad, sin antecedentes patológicos de interés, que desde los dos meses de vida presenta cuadro de diarrea crónica de 3-5 deposiciones/día abundantes y fétidas, vómitos verdosos frecuentes y retraso pondoestatural por debajo del percentil 10, motivo por el que venía siendo controlado en otro centro. Se realizó radiografía simple de abdomen y ecografía abdominal, que fueron normales. Diagnosticado inicialmente de síndrome de malabsorción, se realizó analítica completa descubriéndose una hipertransaminasemia (GOT=65, GPT=117). El test del sudor fue negativo, 38 mEq/l, con cristalización negativa. La prueba de Van der Kamer evidenció una esteatorrea franca (20 g/24h). La determinación de anticuerpos antigliadina fue negativa. Se realiza biopsia intestinal, no evidenciando atrofia vellositaria significativa ni lesiones sugestivas de abetalipoproteinemia o linfangiectasia intestinal. Se eliminó de la dieta el gluten y las proteínas de vaca, persistiendo el cuadro de diarrea crónica y desnutrición. Consulta de urgencias en nuestro centro por crisis de dolor abdominal agudo y vómitos biliosos de pocas horas de evolución, destacando a la ex-

Atresia yeyunal membranosa de tardía presentación

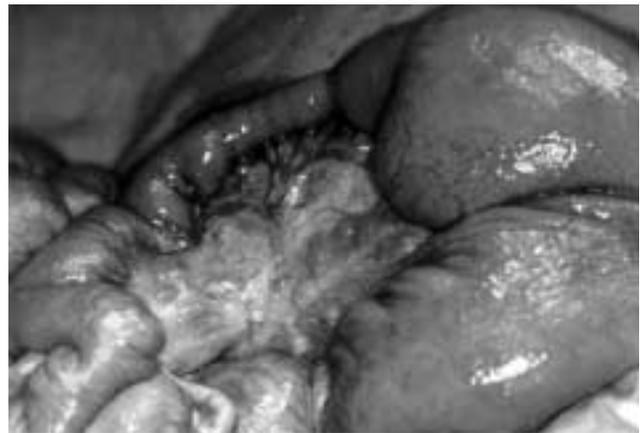


Figura 1. Zona de transición yeyunal.

ploración física aspecto de desnutrición y marcada distensión abdominal, con peristaltismo de lucha. La Rx simple de abdomen muestra una distribución aérea inespecífica. La ecografía abdominal evidencia un eje mesentérico desplazado a la izquierda. Realizamos tránsito intestinal y enema opaco, que muestran importante dilatación duodeno-yeyunal y megacolon generalizado.

Con la dificultad de diagnóstico descrita y ante la sospecha de obstrucción a nivel yeyunal realizamos laparotomía exploradora encontrando: duodeno y unos 15 cm de yeyuno muy dilatados con el yeyuno distal de pequeño calibre (Fig 1). En la zona de transición comprobamos la existencia de una membrana yeyunal, fenestrada en su centro, que provocaba una obstrucción incompleta al tránsito intestinal. La resecamos a través de enterostomía y cerramos el defecto tras la resección (Fig. 2).

La evolución postoperatoria ha sido satisfactoria, desapareciendo la sintomatología, recuperándose la curva ponderal y normalizándose la analítica (transaminasemia, Van der Kamer).

Discusión

La atresia yeyunal se manifiesta habitualmente en un recién nacido con un cuadro de vómitos biliosos, ictericia y distensión abdominal tanto más intensos y precoces cuanto más proximal sea la obstrucción⁽²⁾, confirmándose con la radiografía simple de abdomen. A pesar de que las anomalías asociadas son mucho menos frecuentes que en las atresias duodenales⁽⁷⁾, puede presentarse asociada a polihidramnios, mucoviscidosis y gas-

Departamento de Cirugía Pediátrica. *Departamento de Pediatría.
Hospital Infantil la Fe. Valencia

Correspondencia: Dr. José E. Barrios Fontoba. Departamento de Cirugía
Pediátrica. Hospital Infantil la Fe. Avenida de Campanar, 21. 46009, Valencia.

Recibido: Mayo 1995

Aceptado: Septiembre 1995

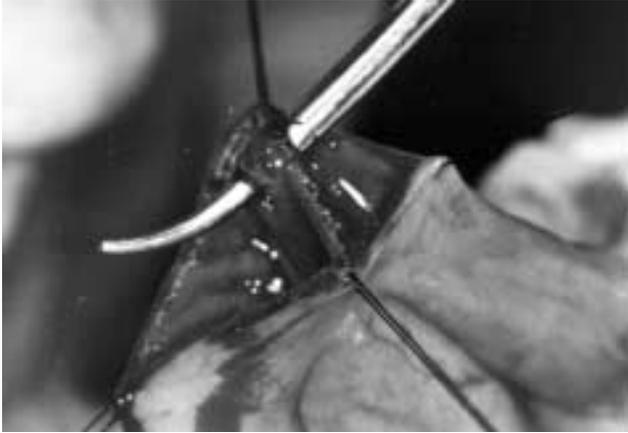


Figura 2. Membrana yeyunal fenestrada.

troquisis⁽⁸⁾. Los resultados del tratamiento quirúrgico han mejorado con las técnicas de modelaje, y en cualquier caso dependen del tipo de atresia y de la motilidad del segmento proximal⁽⁶⁾. El tipo I diafragmático de atresia yeyunal representa aproximadamente un 19%⁽⁷⁾ de todas, y tiene buen pronóstico. Sus manifestaciones clínicas son comunes al resto de atresias yeyunales. Sin embargo, en raras ocasiones, esta membrana puede presentar una perforación primaria o una ruptura postnatal bajo presión, produciéndose una o múltiples fenestraciones, que permitirían un tránsito intestinal dificultado, pudiendo demorarse la sintomatología^(9,10). La presión sobre el diafragma puede producir, sobre todo en aquellos casos de perforaciones excéntricas, un prolapso de la membrana, formando como un divertículo⁽⁹⁾, que podría a su vez obstruir la luz yeyunal. La presentación clínica diferiría así bastante de lo habitual, produciéndose errores diagnósticos con facilidad. En nuestro paciente, la diarrea crónica y los vómitos orientaron el diagnóstico inicial hacia un síndrome de malabsorción, siendo en realidad consecuencia de una obstrucción parcial intestinal con un sobrecrecimiento bacteriano. Las crisis de dolor fueron producidas por una volvula-

ción del asa yeyunal dilatada preestenótica. La radiología simple de abdomen, enema opaco y tránsito intestinal no permitieron sospechar el diagnóstico de atresia yeyunal. La laparotomía exploradora permitió el diagnóstico y resección de una membrana yeyunal con una perforación central y permitiendo descartar la presencia de patología concomitante, malrotación intestinal⁽⁸⁾, enfermedad de Hirschsprung^(11,12) o de múltiples membranas yeyunales^(9,13).

Bibliografía

- 1 Foglia RP, Jobst S, Fonklsrud EW, et al. An unusual variant of jejunoileal atresia. *J Pediatr Surg* 1983;**18**:182-184.
- 2 Welch KJ, Randolph JG, Ravitch MM, O'Neill JA, Rowe MI. Pediatric Surgery. 4th edition, Year book publishers, inc. Chicago-London, 1986.
- 3 Abrams JS. Experimental intestinal atresia. *Surgery* 1968;**64**:185-191.
- 4 Koga Y, Hayashida Y, Ikeda R, Inokuchi R, Hashimoto N. Intestinal atresia in fetal dogs produced by localized ligation of mesenteric vessels. *J Pediatr Surg* 1975;**10**:949-953.
- 5 Martín LW, Zerella JT. Jejunoileal atresia: a proposed clasification. *J Pediatr Surg* 1976;**11**:399-403.
- 6 Grosfeld JL, Ballantine TVN, Shoemaker R. Operative management of intestinal atresia and stenosis based on pathologic findings. *J Pediatr Surg* 1979;**14**:368-375.
- 7 De Lorimier AA, Fonkalsrud EW, Hays DM. Congenital atresia and stenosis of the jejunum and ileum. *Surgery* 1969;**65**:819.
- 8 Rescorla FJ, Grosfeld JL. Intestinal atresia and stenosis: analysis of survival in 120 cases. *Surgery* 1985;**98**:668-676.
- 9 Gray SW, Skandalakis JE. Anomalías Congénitas (Embriogénesis diagnóstico y tratamiento). Editorial JIMS. Barcelona, 1975.
- 10 Holgersen LO, O'Connell JR. Twenty-three jejunoileal diaphragms in a 12 year old boy. *J Pediatr Surg* 1981;**16**:876-877.
- 11 Lally RP, Chwals WJ, Weitzman JJ, Black T, Singh S. Hirschsprung's disease: a possible cause of anastomotic failure following repair of intestinal atresia. *J Pediatr Surg* 1992;**27**:469-470.
- 12 Moore SW, Rode H, Millar AJW. Intestinal atresia and Hirschsprung's disease. *Pediatr Surg Int* 1990;**5**:182-184.
- 13 Kimura R, Tsugawa C, Ogawa K, Matsumoto Y. Multiple jejunoileal atresias : a successful reconstruction by six end-to-end anastomoses. *J Pediatr Surg* 1991;**16**:200-201.