

Atresia congénita del colon.

Reporte de un caso y revisión de la literatura.

*Congenital colon atresia.
Case report review.*

*José Ranulfo Lizardo B.**

RESUMEN. Se informa el primer caso de atresia congénita de colon diagnosticado y operado en el Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño del Seguro Social en Tegucigalpa. Se trata de una paciente de sexo femenino que se presentó al tercer día de vida a la Sala de Emergencia con cuadro de obstrucción intestinal. Fue intervenido quirúrgicamente encontrando una atresia de colon a nivel del ángulo esplénico realizándole una coloplastia reductiva mas anastomosis colocolica en un plano. Evolucionó satisfactoriamente dándosele el alta al octavo día postoperatorio. La paciente se controla periódicamente en la Consulta Externa de Cirugía. Su control regular demuestra una evolución asintomática con peso y talla adecuado a los 10 meses de edad.

Palabras clave: *Atresia de colon. Coloplastia. Diagnóstico.*

SUMMARY. We report the first case of congenital colon atresia, diagnosed and treated in the hospital of Specialities of the Honduran Institute of Social

Security, in Tegucigalpa. The report is about a 3 day old female patient that was brought to the Emergency Room with intestinal obstruction. The surgery was performed, finding a colonic atresia at the splenic flexure and performing a reductive coloplasty plus colocolic anastomosis. Her outcome was satisfactory and she was discharged at one week after surgery. She has been followed at the Outpatient Clinic Surgery, at age of 10 months, the patient was found asymptomatic and with normal weight and height.

Keywords: *Colonic atresia. Coloplasty. Diagnostic.*

INTRODUCCIÓN

La atresia de colon es la menos común de todas las atresias congénitas intestinales, correspondiéndole del 5% al 15% de todos los casos reportados y su incidencia se estima en un caso de cada 20,000 nacimientos.¹⁻⁴

El primer sobreviviente de una atresia de colon fue reportado por Gaub en 1922 a quien únicamente se le realizó una colostomía y no fue hasta 1947 cuando Potts describe el primer sobreviviente a una anastomosis primaria. En 1956, el famoso cirujano sudafricano que realizó el primer trasplante de corazón, Dr. Bernard junto

* Cirujano Pediatra. Departamento de Pediatría del Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño del Seguro Social, Tegucigalpa.

Dirigir correspondencia a: jlizardob@hotmail.com

con Louw, reprodujeron la atresia intestinal creando un compromiso vascular en perros durante el período prenatal y desde esa fecha la isquemia *in utero* ha sido aceptada como la etiología de la atresia de colon, isquemia que es causada principalmente por volvulus e invaginación intrauterina después del período embrionario.⁵⁻⁹

A continuación se presenta el primer caso de atresia congénita del colon reportado en la literatura médica hondureña.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Recién nacida de 3 días de vida evaluada en la Sala de Emergencia del Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño del Seguro Social, Tegucigalpa, con historia que desde el nacimiento no había defecado y en las últimas 24 horas presentó distensión abdominal y vómitos. Entre los antecedentes de importancia se encontró: nacida en el Hospital de Danlí de madre de 30 años, parto normal con APGAR de 8 y 9 y peso de 3600 gr por lo que se envió alojamiento conjunto y se dio alta al día siguiente.

Al examen físico se encontró perímetro cefálico 35cm, peso 3500 gr, temperatura 37°C; respiración y frecuencia cardíaca 46 y 130 por minuto respectivamente. Se observó hipoactiva, leve tinte icteríco, llanto constante, distensión abdominal evidente con perímetro abdominal de 38 cm y ruidos intestinales aumentados. A la palpación el abdomen estaba depresible sin signos de irritación peritoneal y al tacto rectal se encontró ano perforado con ampolla vacía. Se tomó una radiografía de abdomen de pie que reveló niveles hídoroaéreos múltiples sin gas distal. Con estos datos se sospechó una obstrucción intestinal baja indicándole un colon por enema que reveló un microcolon con incompleto llenado del mismo.

En vista de que no existía una urgencia quirúrgica se ingresó a la unidad de cuidados intensivos neonatales para mejorar su estado hidroelectrolítico, colocación de sonda nasogástrica e inicio de antibióticos para ser intervenida al día siguiente. Realizamos la intervención quirúrgica el 9 de marzo del 2004, encontrando una atresia de colon tipo III a nivel del ángulo esplénico con una diferencia de diámetro entre el asa proximal y distal de 10:1, por lo que se le realizó una coloplastia reductiva de

todo el colon transverso más una anastomosis colocolica en un plano (Figuras No. 1, 2 y 3). Posteriormente la niña permaneció en ayuno por cinco días con sonda nasogástrica, líquidos endovenosos y triple cobertura antibiótica con ampicilina, amikacina y clindamicina. Se inició la vía oral al sexto día postoperatorio la cual toleró muy bien y se dio alta al octavo día post-operatorio.

La paciente se controla periódicamente en Consulta Externa de Cirugía. A la edad de 10 meses se encontró evolucionando asintomática, con peso y talla adecuado para su edad.



Figura No. 1. Se observa la atresia de colon a nivel del ángulo esplénico. La pinza está tomando el apéndice.

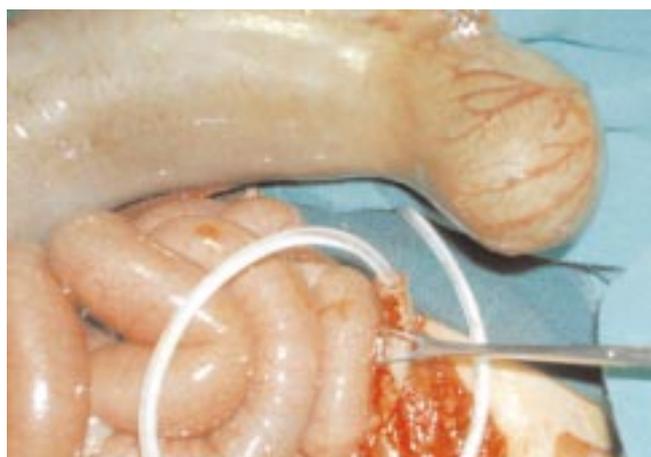


Figura No. 2. Se observa el segmento proximal atrésico lleno de meconio con gran dilatación y el segmento distal con microcolon, en el cual ya hemos realizado un corte y hemos introducido una sonda French No. 8.



Figura No. 3. Se observa la coloplastia antimesentérica del colon transversal y la anastomosis colocolica.

DISCUSIÓN

La atresia congénita del colon es una causa rara de obstrucción intestinal y además existe escasa información disponible sobre su manejo y resultados. Para el año 1960 existían publicados en la literatura médica mundial únicamente 161 casos de atresia de colon con un porcentaje de complicaciones anastomóticas del 15% y una mortalidad total del 25% sobre todo relacionada a mal formaciones asociadas e infecciones.^{10,11}

En la actualidad contamos únicamente con tres estudios grandes sobre el tema, Boureau del Hospital Jean Bernard de Francia con 7 casos en 13 años (1975- 1988), Grosfeld reportó en 1998 en el James Whitcomb Riley de Indianapolis, 21 casos en una revisión de 25 años de 1972-1997 y Karnak que reportó 18 casos en el 2001 en una revisión de 21 años de 1977 al 1998 en Hecettepe University Medical de Turquía.^{10,11}

Aún cuando se han diagnosticado casos de atresia de colon por ultrasonido prenatal, usualmente el diagnóstico se realiza al nacer cuando nos encontramos con un recién nacido que luce sano y con adecuado peso para su edad gestacional, pero que en el transcurso de las primeras 24 horas presenta distensión abdominal, vómitos biliares y ausencia de evacuaciones.^{5-8,12} En algunos pacientes cuando la obstrucción es muy distal como en el

presente caso con atresia a nivel del colon descendente la sintomatología puede retrasarse y presentarse hasta las 48 horas de vida.

Las radiografías abdominales simples muestran múltiples asas dilatadas con niveles hídrico-aéreos y un asa distal muy distendida. El diagnóstico se establece mediante un enema de bario que revela un microcolon o colon disfuncionalizado con llenado incompleto del mismo, tal como se observó en nuestra paciente.^{5-8,12,13}

La clasificación descrita por Sutto y Bland en 1889 de atresias intestinales se aplica a las atresias del colon en la cual la lesión tipo I consiste únicamente en un diafragma intraluminal el cual puede estar perforado o imperforado. En la lesión tipo II encontramos separación física entre asa proximal y distal que es conectada por un cordón fibroso pero con mesenterio intacto y la lesión tipo III es caracterizada por una gran separación entre los segmentos colónicos con defecto mesentérico.^{5-8,12,14}

La paciente presentaba una atresia de colon tipo III, que es la forma más común a nivel de la flexura esplénica y que generalmente se acompaña de gran diferencia de tamaño entre las asas intestinales proximal y distal haciendo más difícil el procedimiento quirúrgico para restaurar la continuidad intestinal.

La asociación de Enfermedad de Hirschprung's y atresia de colon de la cual existen más de 20 casos, se ha reportado desde 1983 y debe sospecharse cuando el colon distal a la atresia no está fijo y está mal rotado, en cuyo caso se procede a tomar biopsia y se realiza una colostomía.^{1-5,15}

El manejo inicial de la atresia colónica en ausencia de otras malformaciones, implica descompresión nasogástrica, reemplazo de líquidos y electrolíticos e inicio de antibióticos.

Aún cuando todavía se reportan casos resueltos por colostomía derivativa con posterior anastomosis, la mayoría de los autores están de acuerdo que el tratamiento de elección es una anastomosis primaria colocolica en un plano ya sea con resección del asa dilatada o mejor aún, realizando una coloplastia reductiva del asa dilatada proximal para preservar la mayor longitud intestinal posible tal como se realizó en el presente caso.^{5-11,16}

Para finalizar, debemos mencionar que la mortalidad está relacionada con retraso en el diagnóstico que causa perforación intestinal y en pacientes con otras malformaciones asociadas como Enfermedad de Hirschsprung's, gastrosquisis o atresias múltiples.

REFERENCIAS

- 1.- Akgur F, Tanyel F, Buyu Kpamakcun, Ane Hicsonmez A. Colonic atresia and Hirschsprung's Disease association shows further evidence for migration of enteric neurons. *J Pediatr Surg* 1993; 28: 6 35-636.
- 2.- Williams M. and Burrington J. Hirschsprung's disease complicating coloatresia. *J Pediatr Surg* 1993; 28: 637-639.
- 3.- Kim P, Superina R, Ein S. Colonic atresia combined with Hirschsprung's Disease: A diagnostic and therapeutic challenge. *J Pediatr Surg* 1995; 30:1216-1217.
- 4.- Croaker G, Hanvey J and Cass D. Hirschsprung's Disease, colonic atresia and absent hand: A new triad. *J Pediatr Surg* 1997; 32: 1368-1370.
- 5.- Welch KJ, Randolph JG, Ravitech MM, O'neil J, Rowe MI. *Pediatric surgery*. Chicago: Year book medical publishers, INS, 1986, pp 984-988.
- 6.- Ashcraft KW and Holder TM *Pediatric Surgery*. Second Edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1993, pp 305-319.
- 7.- Moss L, Skasgard E, Kosloske A and Smith B. *Case studies in pediatric Surgery*. New York: McGraw - Hillmedical publishing division; 2000, pp 218-224.
- 8.- Raffensperger JG. *Swenson's Pediatric Surgery*. Fifth Edition Norwalk, Connecticut: Apleton Lange. 1990, p 539-541.
- 9.- Bloden A, Prasil P, Clouter R, *et al*. Hereditary multiple intestinal atresia: Thirty years later. *J Pediatr Surg* 2004; 39: 726-730.
- 10.- Dalla Vecchia L, Grosfeld J, Rescarla F, *et al*. Intestinal atresia and stenosis: a 25 year experience. *Arch Surg* 1998; 133: 490-496.
- 11.- Karnak I, Ciftci A, Senocak M, Tanyel F and Buyuk Pamukcu N. Colonic atresia: surgical management and outcome. *Pediatr sur int* 2001; 17: 631-635.
- 12.- Dillon P, Cilley R. Urgencias quirúrgicas en recién nacidos: anomalías gastrointestinales, defectos de la pared abdominal. *Clínicas Pediátricas de Norte América* 1993; 40: 1387-1398.
- 13.- Blair G and Jamieson D. Colon atresia type III *J Pediatr Surg* 2001; 36:530-531.
- 14.- Szavay P, Schliephake H, Humberto and Gler S. Colon atresia, facial hemiplasia and anophthalmia. A case report. *J Pediatr Surg* 2002; 37: 1498-1500.
- 15.- Fishman S, Islam S, Buonomoc and Nurko S. Non fixation of an atretic colon presicts Hirschsprung's Disease. *J Pediatr Surg* 2001; 36: 202-204.
- 16.- Watts A, Sabharwal A, Mackinlay G and Munro F. Congenital colonic atresia: Should primary anastomosis always be the goal? *Pediatr Surg Int* 2003; 19: 14-17.

“HEMOS FIRMADO UN COMPROMISO CON LA PATRIA Y CON LA PROFESIÓN AL FORMAR UN COLEGIO DE PROFESIONALES Y PUBLICAR UNA REVISTA CIENTÍFICA QUE LO PRESTIGIARA O NO, EN LA MEDIDA QUE NOSOTROS DESEAMOS...”

HERNÁN CORRALES PADILLA , 1964