

Estenosis congénita de colon

A. García Vázquez, I. Cano Novillo, E. Portela Casalod,
M.I. Benavent Gordo y F.J. Berchi García

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

(*An Esp Pediatr* 2002; 56: 258-260)

Las atresias y estenosis cólicas congénitas son las atresias intestinales menos frecuentes, representando del 5 al 15% de todas ellas.

Se presenta el caso de un varón que debuta a los 2 meses de edad con un cuadro de vómitos, estreñimiento, decaimiento y distensión abdominal. Mediante la realización de enema opaco con gastrografin y colonoscopia, y tras haber descartado otras enfermedades, se estableció el diagnóstico de estenosis cólica.

Se decidió instaurar tratamiento quirúrgico y se realizó laparoscopia bajo anestesia general en la que se visualizó una zona estenótica en el colon sigmoide y dilatación proximal. A través de una mínima incisión se practicó resección videoasistida de la estenosis con anastomosis colocolica terminoterminal.

El postoperatorio transcurrió con normalidad. En controles posteriores con enema opaco el colon presentaba un calibre normal. A los 18 meses de vida el paciente se encontraba asintomático, realizando deposiciones con normalidad.

La utilización de la laparoscopia ha permitido la amplia y detallada visualización de la cavidad abdominal, localizando fácilmente el lugar de la lesión y descartando otros procesos. Además de la rápida recuperación, el resultado funcional y estético en este caso fue excelente.

Palabras clave:

Estenosis congénita cólica. Atresia cólica. Laparoscopia.

CONGENITAL COLONIC STENOSIS

The colon is the least common site of congenital intestinal stenosis and atresia and accounts for 5-15% of all of these abnormalities. We present the case of a 2-month-old boy who presented vomiting, constipation, weakness, and abdominal distension. Contrast enema and colonoscopy revealed an abrupt change in caliber in the sigmoid colon and, after ruling out other disorders, a diagnosis of colonic

stenosis was made. Laparoscopy under total anesthesia was performed and a stenotic area in the sigmoid colon and proximal dilatation were identified. A small incision was made and the stenotic segment was removed. Video-assisted resection and end-to-end anastomosis were performed and the child made an uneventful postoperative recovery. Contrast enema after surgery showed good anastomosis and normal bowel diameter. At the age of 18 months the patient is asymptomatic and his stools are normal. With laparoscopy, visualization of the abdominal cavity was magnified and detailed, the affected intestinal segment was easily identified and other diseases were ruled out. Recovery was rapid and the functional and esthetic results were excellent.

Key words:

Colonic stenosis. Colonic atresia. Laparoscopy.

INTRODUCCIÓN

La estenosis intestinal congénita es una malformación de la pared del intestino en la cual el tramo proximal está dilatado y en continuidad con el distal, existiendo en la unión entre ambos un segmento corto, estrecho y rígido que mantiene una luz mínima. El mesenterio intestinal está intacto, pudiendo simular su aspecto externo el de una atresia membranosa o tipo I^{1,2}.

Tanto la atresia como la estenosis grave tienen una clínica de vómitos persistentes desde el primer o segundo día de vida, distensión abdominal en diferentes grados y, a veces, alteración en la eliminación del meconio. Estas manifestaciones son más larvadas en el caso de la estenosis, siendo por ello su diagnóstico más tardío¹.

El caso que se presenta es el de un varón con una estenosis congénita de colon, malformación de la que se encuentran pocos casos publicados.

Correspondencia: Dra. A. García Vázquez.
Esparteros, 12, 3º 28012 Madrid.
Correo electrónico: aravaz@yahoo.es

Recibido en agosto de 2001.

Aceptado para su publicación en septiembre de 2001.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de dos meses que ingresó por un cuadro de vómitos, estreñimiento de 48 h de evolución y decaimiento. Los padres referían encontrarle más irritable, aunque mantenía el apetito y estaba afebril.

Nacido de embarazo y parto controlados, eliminó meconio en las primeras 24 h de vida, siendo alimentado exclusivamente con leche materna hasta 20 días antes del ingreso en el que se introdujo fórmula adaptada complementaria. A partir de ese momento varió el número de deposiciones de una por toma a dos por día siendo realizadas con esfuerzo.

Entre los antecedentes familiares puede señalarse madre con estreñimiento crónico.

En la exploración inicial presentaba un peso de 4.950 g (P₁₀). Palidez cutaneomucosa. La auscultación cardiopulmonar fue normal y en la exploración abdominal se observaba distensión abdominal sin defensa, no palpándose masas ni organomegalias. El periné no presenta alteraciones, estando el ano permeable y en posición normal. El resto de la exploración física fue normal. Temperatura axilar, 36,7 °C. Presión arterial (PA), 90/45.

Entre las exploraciones complementarias realizadas destacaba: radiología simple de abdomen, la cual mostraba abundante gas en intestino, aunque con una distribución aérea normal, descartándose invaginación intestinal. La ecografía abdominal confirmó el abundante contenido en asas, con meteorismo, sin imagen de invaginación y sin líquido libre ni otros datos patológicos.

En el hemograma se evidenció discreta anemia (hemoglobina: 8,1 g/dl), mientras que la bioquímica sérica, el estudio de coagulación, la gasometría y la proteína C reactiva fueron normales.

Al descartar enfermedad urgente, se decidió dejar al paciente en reposo intestinal y con sueroterapia, siendo analgesiado. A las 12 h del ingreso se repitió la radiografía simple de abdomen en la que ya se observaba dilatación de las asas de intestino delgado. Se realizó enema opaco con gastrografín, en el que se puso de manifiesto un recto-sigma de aspecto normal hasta la unión con el colon descendente en donde existía una estrechez que dificultaba el paso del contraste. Cuando se logró vencer dicha estenosis se apreció un colon relleno de contenido fecal (fig. 1).

Se practicó colonoscopia en la que se constató la existencia de estenosis del sigma, que impedía el paso del endoscopio. No se apreciaban lesiones mucosas adyacentes, ni signos de inflamación.

Con el diagnóstico de estenosis congénita de colon se decidió aplicar tratamiento quirúrgico. Bajo anestesia general se realizó laparoscopia, en la que se observaba claramente una zona estenótica en el sigma con dilatación proximal (fig. 2). Se realizó resección videoasistida de la estenosis con anastomosis colocolica terminoterminal.

El estudio histopatológico del segmento intestinal extirpado fue normal.



Figura 1. Enema opaco: se observa recto-sigma de aspecto normal y estenosis cólica que dificulta el paso de contraste.

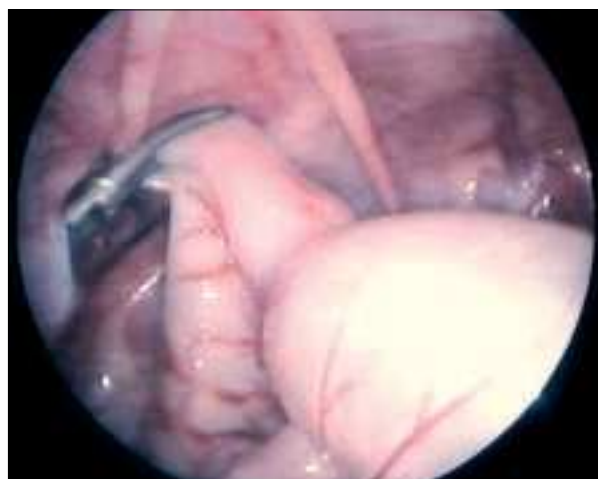


Figura 2. Imagen laparoscópica en la cual se localiza de forma adecuada la zona estenótica lo cual facilitó su tratamiento quirúrgico.

El postoperatorio transcurrió con normalidad. Tres meses después de la cirugía se realizó enema opaco en el que se observaba buen paso.

En el momento actual el paciente tiene 18 meses de vida, y hace deposiciones de manera normal.

DISCUSIÓN

Se han formulado diferentes hipótesis acerca del origen de las atresias y estenosis intestinales. Inicialmente, según las teorías de Tandler, se pensó que aparecían como consecuencia de fallos en la vacuolización del epitelio intestinal, pero esta idea se abandonó cuando se demostró que la luz intestinal persistía durante todo el desarrollo embrionario. Posteriormente, Louw, en 1959, y más tarde, Louw y Barnard en 1995 han postulado que la principal causa de las atresias intestinales es una insuficiencia vascular de la pared intestinal durante el desarrollo fetal^{2,3}, ya sea producto de una invaginación, vólvulo o incarceration⁴.

El colon es la localización menos frecuente de estenosis y atresias intestinales congénita, representando del 5 al 15% de todas ellas, y con una incidencia de 1/40.000 nacimientos^{2,5}, además la localización más frecuente suele ser colon ascendente y transversal y con menos frecuencia las distales al ángulo esplénico².

A pesar de que el colon puede visualizarse mediante ecografía en casi todos los fetos a partir de la semana 22-25, el diagnóstico de su patología es difícil, ya que las obstrucciones intestinales bajas, cólicas o anorrectales no suelen acompañarse de una notable dilatación del intestino, y además existe una considerable variabilidad en el tamaño del colon normal para cualquier edad gestacional. Así, lo más común es que estas obstrucciones colorrectales no sean diagnosticadas prenatalmente, a no ser que se acompañen de malformaciones perineales complejas⁶.

Nuestro paciente estuvo asintomático hasta los 2 meses de vida, siendo la primera manifestación un cuadro de estreñimiento, vómitos y distensión abdominal, pero en otros casos la clínica puede aparecer mucho antes, incluso en los primeros días de vida⁵ o incluso manifestarse de forma excepcional como por ejemplo con un prolapso rectal tras meses de vida asintomáticos⁴.

El diagnóstico diferencial se realiza con otras causas de obstrucción intestinal neonatal, ya sean congénitas o adquiridas. La enfermedad de Hirschsprung y las malformaciones anorrectales son los primeros diagnósticos que deben considerarse entre las enfermedades de origen congénito, mientras que las estenosis secundarias a enterocolitis necrosante deben descartarse como causas de obstrucción adquirida^{2,3,5}.

Parece claro que el tratamiento de elección de la estenosis intestinal congénita es la resección quirúrgica del segmento estenótico; este tratamiento se ha llevado a cabo de diferentes formas. Para algunos autores la localización de la malformación es importante, ya que lesiones proximales al ángulo esplénico, es decir, las más fre-

cuentes, serán tratadas con resección del segmento proximal dilatado y anastomosis primaria, mientras que en las distales al ángulo se realiza una colostomía practicando posteriormente la resección del segmento atrésico o estenótico y la restitución de la continuidad del colon^{5,7,8}. Sin embargo, no parece que el tipo de técnica elegida influya en la morbilidad o en la supervivencia⁹.

En el caso tratado por nosotros se decidió incorporar la vía laparoscópica a la técnica quirúrgica, comprobando que mediante la visualización más amplia y detallada de la cavidad abdominal pudieron descartarse otras enfermedades y también determinar la localización exacta de la lesión, lo cual permitió realizar una incisión mínima, a través de la cual se llevó a cabo la resección del segmento estenótico y una anastomosis cólica termino-terminal.

Las ventajas de la utilización de la laparoscopia, además de un fácil abordaje y buena visualización¹⁰, son una recuperación más rápida con menor tiempo de ingreso, al suponer menor tiempo de íleo y poder reintroducir la alimentación oral antes que tras la cirugía abierta. Por otro lado, el resultado estético es mejor, ya que la cicatriz se reduce a dos incisiones mínimas que resultan prácticamente invisibles con el tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cywes S. Congenital atresia and stenosis of the small intestine. En: Rob-Smith, eds. Operative Surgery. Pediatric Surgery, 4ª ed. Londres: Butterworths, 1988; 290.
2. Winters WD, Weinberger E, Hatch EI. Atresia of the colon in neonates: Radiographic findings. *Am J Rheumatol* 1992; 159: 1273-1276.
3. Atwell JD. Neonatal intestinal obstruction. En: Atwell JD, ed. *Paediatric Surgery*, 1ª ed. Arnold, 1998; 197.
4. Pai GK, Pai PK. A case of congenital colonic stenosis presenting as rectal prolapse. *J Pediatr Surg* 1990; 25: 669-670.
5. Sax EJ. Congenital colonic stenosis. *Am J Rheumatol* 1991; 156: 1315-1317.
6. Galindo A, Puente JM, Cano I. Diagnóstico prenatal de las obstrucciones digestivas: análisis retrospectivo de 50 casos. *Prog Diag Prenat* 1999; 11: 299-323.
7. Gangopadhyay AN, Gupta R, Sahoo SP. Appendicostomy as a venting enterostomy for colonic atresia. *Trop Doct* 1999; 29: 165-166.
8. Murphree SM, Dunkley AS. Colon atresia and stenosis in Zimbabwe: Case reports and a review of the literature. *Centr Afr J Med* 1992; 38: 463-465.
9. Davenport M, Bianchi A, Doih CM, Gough DC. Colonic atresia: Current results of treatment. *J R Coll Surg Edinb* 1990; 35: 25-28.
10. Jona JZ, Cohen RD, Georgeson KE, Rothenberg SS. Laparoscopic pull-through procedure for Hirschsprung's Disease. *Semin Pediatr Surg* 1998; 7: 228-231.