

Estenosis colónica en un lactante, resolución quirúrgica. Reporte de un caso clínico

Jimmy Andrade Montesdeoca¹, Diego León Ochoa², Ernesto Fabre Parrales², Daniel Acosta Farina², Manuel Cabrera Viteri², Daniel Acosta Bowen³

¹Médico postgradista de Cirugía Pediátrica. Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Guayaquil-Ecuador. ²Médico tratante de Cirugía Pediátrica. Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde, Guayaquil-Ecuador. ³Médico. Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Guayaquil-Ecuador.

Resumen

El colon es el sitio menos común de estenosis y/o atresias intestinales congénitas y representa solo del 5 al 15% de todos los casos intestinales. La incidencia es de 1 de cada 40.000 nacidos vivos y se han reportado alrededor de 35 casos de estenosis colónica en niños hasta la fecha. Presentamos el caso de un lactante de dos meses de edad con clínica de obstrucción intestinal, su resolución quirúrgica y manejo postquirúrgico.

Palabras clave: estenosis colónica, lactante, obstrucción intestinal

Abstract

The colon is the least common site for congenital intestinal stenosis and/or atresia. It represents 5-15% of all cases. Incidence is 1/40,000 live births. Only 35 cases of colonic stenosis have been reported until this date. We present a case of a 2-month-old infant with signs of intestinal obstruction, who was treated surgically.

Key words: colonic stenosis, intestinal obstruction, infant

Introducción

La estenosis colónica, que puede ser congénita o adquirida, se encuentra entre las raras causas de obstrucción intestinal desde la etapa neonatal y la infancia. Su patogenia congénita constituye una malformación en la pared del intestino donde el segmento proximal está dilatado en continuidad con el distal corto, estrecho y rígido con una luz intestinal mínima y un mesenterio intacto¹, de etiología adquirida causado por enterocolitis necrotizante, infección por toxoplasma, rubéola, citomegalovirus, herpes simple y otros (TORCH) u otras infecciones bacterianas².

Caso clínico

Lactante masculino de dos meses de vida, con antecedentes prenatales de madre de 32 años, multipara, infecciones del tracto urinario en el tercer trimestre de embarazo tratadas y curadas, ruptura prematura de membranas pretérmino con fístula amniótica, oligoamnios severo. Nace de 32 semanas de gestación por cesárea, con una puntuación del test de Apgar 8-9, peso 1900 gramos. Ingresó en la unidad de cuidados intensivos neonatales por en-

fermedad de membrana hialina y sepsis neonatal tardía, dado de alta en mejores condiciones.

El paciente acudió por un cuadro clínico de irritabilidad, distensión abdominal, vómito postprandial inmediato, ausencia de deposiciones en 24 horas por lo que se le administra un enema de glicerina. Al examen físico presentaba abdomen distendido, irritable con llanto a la palpación, ruidos hidroaéreos abolidos. En los exámenes paraclínicos: leucocitos 27.810/mm³, hemoglobina 7,6 g/dL, hematocrito 23%, plaquetas 650.000/mm³, tiempo parcial de tromboplastina 52,2', tiempo de protrombina 13,8', transaminasa glutámico oxalacético 26 U/L, transaminasa glutámico pirúvico 10 U/L, sodio 137 mEq/L, potasio 4,86 mEq/L, cloro 103 mEq/L, magnesio 2,17 mEq/L, procalcitonina 2,46 ng/dl, reacción en cadena de la polimerasa 30,4 mg/dl, glucosa 59 mg/dl, creatinina 0.28 ng/dl, proteínas totales 4.02 g/dl.

Se realiza una radiografía de abdomen que evidencia una distensión de asas intestinales, signo de la escalera y ausencia de aire en ampolla rectal (figura 1). Se realizó una laparotomía exploratoria con hallazgos de

líquido inflamatorio (50 cc), dilatación del intestino delgado, el colon ascendente y el transverso. A nivel de tercio inferior del colon descendente se observó una diferencia de calibre 3 a 1 con identificación de una zona estenótica de aproximadamente 8 centímetros de longitud (figura 2). Se procedió a realizar la resección de dicho segmento con anastomosis colónica termino-terminal e ileostomía. Durante su periodo postoperatorio presentó dehiscencia de la herida, que se resolvió con curas loca-

les y cierre por segunda intención. Recibió antibióticos (vancomicina y meropenem) por un cuadro infeccioso asociado, siendo egresado a los 25 días de postoperatorio sin complicaciones, con la derivación intestinal funcionando. El estudio histopatológico reportó en colon descendente un fragmento mayor con una porción dilatada de 1.5 cm, zona de calibre normal (0,8 cm), presencia de células ganglionares y aspecto histológico normal. Tres meses después, previo estudio del colon mediante un ene-

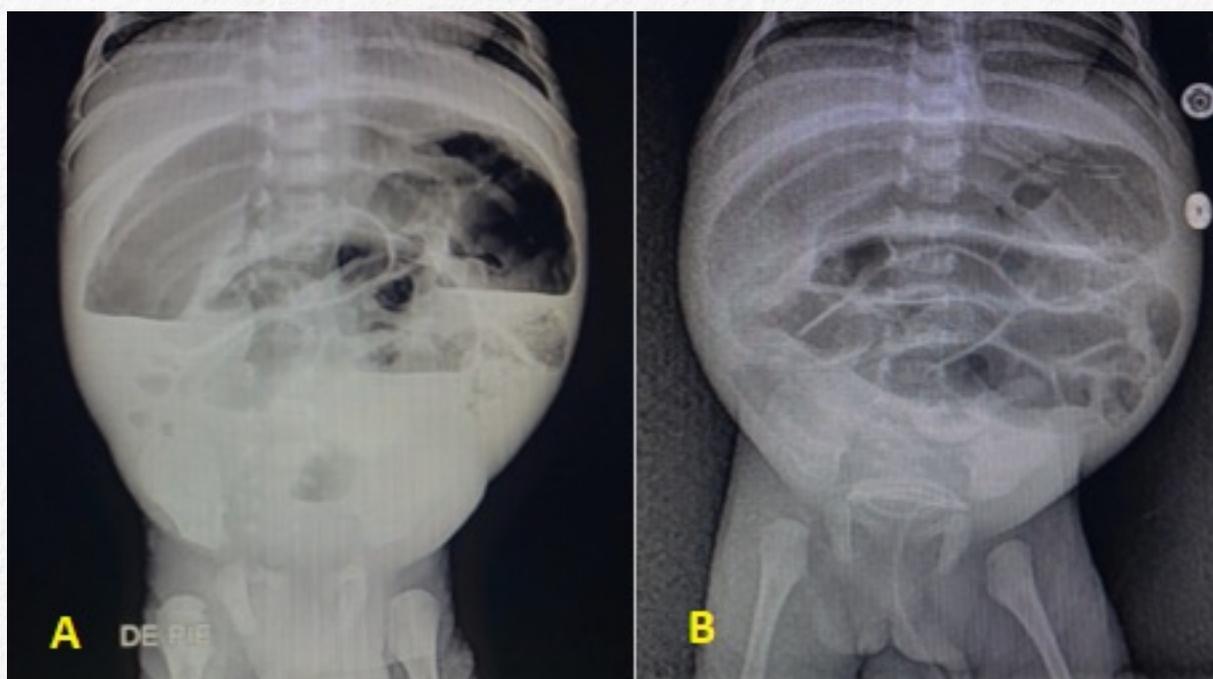


Figura 1. Radiografía de abdomen. A. múltiples niveles hidroaéreos. B. signo de la escalera.



Figura 2. A. La flecha indica la zona de estenosis. Hacia arriba se observa el segmento distal con disminución del calibre. B. Resección del segmento estenótico de colon descendente

ma realizado con un medio hidrosoluble donde no se observaron sitios de estenosis (figura 3), se intervino quirúrgicamente para el cierre de ileostomía con anastomosis íleo-ileal término-terminal. Permaneció cinco días en ayunas seguido de una dieta oral con tolerancia adecuada por lo que fue dado de alta al séptimo día. En controles posteriores ha permanecido asintomático, con buena ganancia en peso y talla.

En la tabla I se mencionan los casos reportados en la literatura médica hasta la fecha.

Discusión

La estenosis colónica es más rara que la atresia. Ocurre principalmente en el colon sigmoideo y descendente y la longitud del segmento estenótico varía entre 3 cm y 15 cm^{3,4}. Desde 1961 se han reportado alrededor de 38 casos de estenosis colónica en niños. En la fisiopatología se implica el desarrollo de una membrana intraluminal parcialmente obstructiva, lesiones en el plexo entérico o sobreexpresión del factor de crecimiento transformador y están relacionadas con infecciones prenatales como la varicela⁵. Varias teorías involucran alteraciones vasculares intraútero, hernias fetales, invaginación intestinal o un accidente vascular primario que pueden provocar la interrupción del suministro de sangre. Otros autores han sugerido una falla en la reabsorción de la etapa sólida del precursor embrionario o isquemia segmentaria debido a insuficiencia vascular intrauterina o émbolos originados en la placenta que



Figura 3. Se observa el colon en el enema realizado con un medio hidrosoluble. No se observan segmentos estenóticos en su trayecto

llegan a la circulación mesentérica⁶. Clínicamente, caso de presentarse en el periodo neonatal, lo hace con síntomas como distensión abdominal progresiva, falla en la eliminación de meconio dentro de las 48 horas posteriores al nacimiento, o estreñimiento. La presentación después del mes de vida se asocia a constipación, vómitos biliosos, distensión y dolor abdominal tipo cólico, pérdida de peso, retraso en la curva de crecimiento y se cree que las infecciones o agresiones vasculares desencadenan las manifestaciones clínicas⁴. Se han propuesto varios factores asociados involucrados como el tabaquismo materno, consumo de cocaína o exposición a fármacos vasoconstrictores durante el embarazo⁷. En nuestro caso la edad de aparición fue a los dos meses y podría estar relacionado con la sepsis tardía presentada durante su prematuridad. La clínica presentada fue obstructiva con vómitos postprandiales y distensión abdominal.

Entre los estudios de imagen, la radiografía abdominal es un auxiliar fundamental porque indica datos relevantes como asas dilatadas, múltiples niveles hidroaéreos, signo del rosario de cuentas y signo de la escalera, que son sugestivos de obstrucción intestinal y orientan al diagnóstico⁶. En nuestro caso, con la clínica presentada y la radiografía de abdomen con signos claros de obstrucción intestinal, se sospechó una patología susceptible de tratamiento quirúrgico.

El manejo quirúrgico de la estenosis colónica es el pilar del tratamiento y se compone de la resección del segmento estenótico y la anastomosis de extremo a extremo primaria o secundaria^{8,9}. Se ha descrito la resección del segmento estenótico y la anastomosis primaria de extremo a extremo como abordaje de elección en caso de lesiones colónicas izquierdas¹⁰. Por otro lado, en el lado derecho, se prefiere un abordaje por etapas con una resección inicial, colostomía dividida y anastomosis secundaria de extremo a extremo o resección primaria y anastomosis de extremo a extremo con derivación intestinal proximal^{11,12}. Sin embargo, el tratamiento debe ser individualizado en cada caso considerando la edad, el daño circundante, el tamaño y la localización de la estenosis. Cox et al, reportaron que para obtener una anastomosis primaria segura entre dos ca-

libres, la variación entre el lumen proximal y el distal no debería ser superior a un diámetro de 3: 1¹³. En nuestro paciente, se optó por realizar ileostomía por la dudosa calidad del tejido eritematoso y edematoso con la posibilidad de dehiscencia y peritonitis y una diferencia de calibre de 3:1.

Conclusiones

La estenosis colónica es una causa poco común de obstrucción intestinal en la etapa infantil, se encuentra asociada a procesos infecciosos que podrían explicar su aparición, el cuadro clínico es sugestivo de

bloqueo en el tránsito intestinal y su resolución es quirúrgica.

Bibliografía

1. Upadhyaya VD, Mishra A, Md Y, Kumar B. Colonic stenosis in neonates is not always congenital or complication of necrotizing enterocolitis. *J Neonatal Surg* 2020; 9:7
2. Elisa Z, Cinzia C, Sergio S, Giuseppe LV, Fortunato S. Multiple congenital colonic stenosis: A rare gastrointestinal malformation. *Case Rep Pediatr* 2016;2016:6329793
3. Bharti L. Unusual presentation of congenital stenosis of sigmoid colon: Case report. *J Surg*

Tabla I. Casos reportados de estenosis colónica

Autor	Edad	Sexo	Clínica	Cirugía	Complicaciones
Upadhyaya VD et al. ¹	25 a 96 días	Masculino n= 3 Femenino n= 1	Distensión abdominal, vómitos, constipación, enterocolitis	Laparotomía exploratoria, biopsia rectal, estomas, Extracción de Duhamel	No
Elisa Z et al. ²	2 meses	Masculino n= 1	Distensión abdominal, vómitos	Laparotomía exploratoria, resección, ostomía y posterior anastomosis	No
Bharti L ³	5 meses	Masculino n= 1	Distensión abdominal, constipación y diarreas	Laparotomía exploratoria, resección y anastomosis	No
Gupta A et al. ⁴	5 días a 24 meses	Masculino n: 5, Femenino n= 2	-	Laparotomía exploratoria, resección, ostomía y posterior anastomosis	Un caso con excoriación periestomal
Sauve RS, Leung AKC ⁵	6 años	Masculino n= 1	Distensión abdominal, vómitos	Laparotomía exploratoria, resección, ostomía, y posterior anastomosis	No
Ekenze SO ⁸	9 a 12 semanas	Masculino n= 2	Distensión abdominal, vómitos	Laparotomía exploratoria, resección y anastomosis	No
Khanna K et al. ⁹	7 meses	Femenino n= 1	Constipación, vómitos	Laparotomía exploratoria, resección, ostomía y posterior anastomosis	No
Natarajan S et al. ¹⁰	4 meses	Femenino n= 1	Distensión abdominal, fiebre	Laparotomía exploratoria, resección	No
Hamid R et al. ¹¹	5 días a 20 días	Masculino n= 5 Femenino n= 1	Distensión abdominal, vómitos, constipación, retraso en evacuar meconio	Laparotomía exploratoria, resección, ostomía, y posterior anastomosis	No
Cox SG et al. ¹³	-	Masculino n= 5 Femenino n= 9	-	Laparotomía exploratoria, resección, ostomía y posterior anastomosis	Dos pacientes por hipoganglionosis distal no reconocida. Vólvulo por mesenterio no fijado

- Tech Proced 2017; 1:1
4. Gupta A, Singh AK, Sunil K, Pandey A, Rawat JD, Kureel SN. Congenital colonic stenosis: A rare gastrointestinal malformation in children. *J Indian Assoc Pediatr Surg* 2021; 26:317-323
 5. Sauve RS, Leung AKC. Congenital varicella syndrome with colonic atresias. *Clin Pediatr (Phila)* 2003; 42:451-453
 6. Werler MM, Sheehan JE, Mitchell AA. Association of vasoconstrictive exposures with risks of gastroschisis and small intestinal atresia. *Epidemiology* 2003; 14:349-354
 7. Arca MJ, Oldham KT. Atresia, stenosis, and other obstructions of the colon. En: Coran AG, Adzick NS, Krummel TM, Laberge J, Shamberger RC CA, eds. *Pediatric surgery*, 7ª ed. Philadelphia: Elsevier Saunders 2012, pp. 1247-1253
 8. Ekenze SO. Chronic bowel obstruction from colonic stenosis in early infancy-A report of two cases. *Malawi Med J* 2019; 31:82-85
 9. Khanna K, Yadav DK, Nandan R, Goel P, Srinivas Rao P. Congenital colonic stenosis with absent caecum and appendix: A rare association. *BMJ Case Report* 2018; 26:317-323
 10. Natarajan S, Vijayshankar R, Periasamy M, Rangasamy S, Ramasamy R. Delayed presentation of congenital colonic stenosis. *J Indian Assoc Pediatr Surg* 2017; 22:191-192
 11. Hamid R, Ali I, Bhat N, Baba AA, Mufti G, Wani SA. Management congenital colonic stenosis. *J Neonatal Biol* 2015; 4:166
 12. Mirza B, Iqbal S, Ijaz L. Colonic atresia and stenosis: Our experience. *J Neonatal Surg* 2012; 1:4
 13. Cox SG, Numanoglu A, Millar AJW, Rode H. Colonic atresia: Spectrum of presentation and pitfalls in management. A review of 14 cases. *Pediatr Surg Int* 2005; 21:813-818

