

TRABAJOS ORIGINALES

Estenosis Intestinal secundaria a Enterocolitis Necrotizante

Drs. Contreras R.¹, Saitua F.¹, Zavala A.²

¹ Hospital Padre Hurtado

² Hospital Clínico Universidad Católica

Resumen

En forma secundaria a la Enterocolitis Necrotizante (ECN) podemos observar una estenosis cicatricial del segmento intestinal comprometido; situación que ha sido observada tanto en pacientes con tratamiento médico o quirúrgico de la enfermedad. Se analiza la historia clínica de 9 pacientes que requirieron reparación quirúrgica de esta patología. En tres de ellos por cuadro agudo de obstrucción intestinal y en el resto como hallazgo de laparotomía para reconstrucción del tránsito o en examen contrastado de colon.

La estenosis comprometió exclusivamente al intestino grueso, con un predominio en el colon transversal y descendente, con una longitud variable, asociado a la presencia de múltiples adenopatías. Se realizó resección del segmento estrecho con anastomosis primaria termino-terminal en todos ellos. El estudio anatómo-patológico mostró tejido de granulación, fibrosis esclerótica de la pared y diversos grados de estrechez fibrosa de tipo cicatricial. Solo 1 paciente presentó una dehiscencia de sutura intestinal, con peritonitis secundaria, que requirió exploración y reanastomosis. No hubo mortalidad.

En conclusión, es aconsejable realizar estudio contrastado de rutina a todos los pacientes que han sufrido este trastorno. Resolver los casos de estenosis secundaria con resección y anastomosis primaria del segmento comprometido.

Palabras clave: Enterocolitis, estenosis cicatricial, colon.

Introducción

La estenosis intestinal secundaria puede ser asintomática y no generar trastornos

nutricionales, ni del incremento ponderal. Sin embargo puede ser causa de una obstrucción intestinal que ponga en riesgo la vida de un menor, que ya ha sido sometido a un stress importante: la Enterocolitis Necrotizante (ECN). La disminución del riego sanguíneo al intestino puede comprometer solo la mucosa y curar en forma íntegra; toda la pared intestinal y generar un infarto y gangrena o comprometerla parcialmente, dando como resultado la presencia de un tejido de granulación, con fibrosis y estrechez secundaria del lumen intestinal (2). Se revisa la historia clínica de 9 casos intervenidos por esta patología en el Hospital Padre Hurtado de Santiago, con el fin de establecer los elementos de diagnóstico clínico y radiológico, el manejo quirúrgico, las complicaciones y seguimiento a largo plazo de estos pacientes.

Pacientes y método

Desde el inicio de las actividades del Hospital Padre Hurtado en 1999, se han tratado 52 niños con ECN. Según la clasificación de Bell, 14 en etapa I, 18 en etapa II y 20 en etapa III. Han requerido cirugía en la fase aguda de la enfermedad 4 pacientes con Bell II, y 15 con Bell III. Uno de ellos con gastrosquisis y atresia intestinal tipo IIIa. De este grupo de pacientes operados, presentaron estrechez de colon secundaria a ECN: 1 con Bell II y 4 con Bell III. Además, se intervinieron 4 pacientes derivados de otros centros hospitalarios, 2 con tratamiento médico y 2 con tratamiento quirúrgico de la ECN.

Se realizó estudio contrastado con enema baritado a pacientes sintomáticos; con clínica de suboclusión intestinal, con distensión abdominal y vómito recurrente, pero con tránsito conservado, y a pacientes ostomizados, según protocolo, previa reconstitución del tránsito. No se realizó enema

baritado de rutina a pacientes asintomáticos no ostomizados, específicamente aquellos con tratamiento médico de ECN, sin signología de obstrucción.

Resultados

De los 9 pacientes estudiados, 4 niñas y 5 niños, la edad gestacional al nacimiento fue de 31 a 40 semanas, con una media de 35. Con un inicio de síntomas de la enterocolitis entre los 2 y 30 días de vida, con una media de 10 días. Tres pacientes presentaron crisis aguda de Obstrucción intestinal entre los 4 meses y un año, 2 de ellos con tratamiento médico y 1 quirúrgico, después de la fase aguda de la ECN; caracterizada por distensión abdominal, vómito o residuo elevado, fiebre e inestabilidad hemodinámica, pero con tránsito conservado. En los 6 restantes el diagnóstico de estenosis de colon fue un hallazgo del enema baritado (Fig. 1) por estudio del cabo distal en 5 o durante la laparotomía para reconstitución del tránsito intestinal en 1 caso.



Fig. 1.- Enema Baritado que muestra una estrechez filiforme a nivel del colon descendente.



Fig. 2.- Intensa estenosis del colon a nivel del ángulo esplénico, asociado a múltiples adenopatías perilesionales.

El abordaje de elección fue la laparotomía media supra e infraumbilical, con excepción de aquellos casos con colostomía previa, en que se realizó laparotomía transversa y se resecó el losanjo de piel comprometida en la derivación. La longitud del segmento estrecho en la pieza operatoria fue muy variable: con un rango de 1 cm. hasta el compromiso subtotal del colon, con un promedio de 8 cm. La ubicación más frecuente fue el ángulo esplénico y descendente en 5 casos (Fig. 2), en el transverso en 3 casos y en el paciente comentado previamente con compromiso extenso del colon, se logró conservar solo el sigmoides. En los 9 casos se observaron múltiples nódulos linfáticos pequeños, distribuidos en forma homogénea en el mesenterio (Fig. 2). En todos se realizó resección del segmento intestinal comprometido, con anastomosis primaria termino-terminal (Fig. 3). En el paciente con compromiso extenso de todo el colon fue necesario realizar colectomía subtotal con anastomosis íleo sigmoidea.



Fig. 3.- Resección intestinal con Anastomosis primaria Termino-Terminal de colon.

En el estudio anátomo-patológico se observaron extensas áreas de necrosis, inflamación crónica reagudizada, con tejido de granulación (Fig. 4), fibrosis esclerótica de la pared y diversos grados de estrechez fibrosa de tipo cicatricial. Este trastorno comprometía en forma tan intensa la pared que en algunas zonas la mucosa y submucosa eran reemplazados por tejido hialino fibroso (Fig. 5).

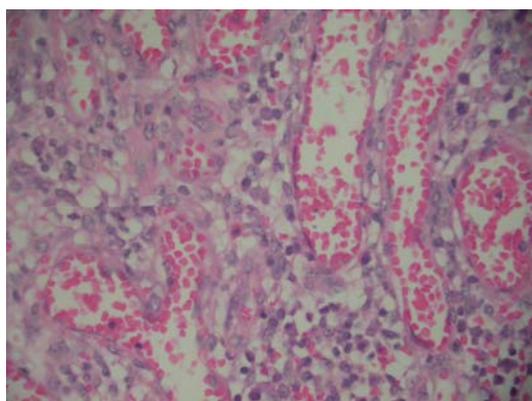


Fig. 4.- Mucosa y Submucosa es reemplazada por tejido de granulación, con infiltrado linfocitario y vasos de neoformación.

Solo en un caso se observó dehiscencia de sutura intestinal con peritonitis secundaria, que requirió laparotomía exploradora, aseo, resutura de anastomosis y manejo con antibióticos. El seguimiento a largo plazo ha sido favorable para todos, con excepción del paciente con gastrosquisis y atresia intestinal, que presenta episodios de diarrea en forma frecuente, por intestino corto y se encuentra en control con gastroenterólogo. No hubo mortalidad en la serie.



Fig.5.- El compromiso fibroso de la pared es tan extenso que oblitera completamente el lumen intestinal.

Discusión y comentario

Dado que en nuestro centro no se realiza un estudio contrastado de rutina en pacientes tratados por ECN no es posible establecer la real incidencia de esta enfermedad en nuestros pacientes. Si consideramos solo a los pacientes intervenidos por estenosis secundaria a ECN y manejados integralmente en el servicio, tendríamos una incidencia cercana al 17%; cifra concordante con lo publicado en otras series que van desde el 3 al 44% (2). Es muy probable que esta cifra aumente en el tiempo, gracias al avance en el manejo intensivo neonatal de la ECN, sobretodo en aquellas de tratamiento médico, que no requieren intervención quirúrgica en su fase inicial (7). En ellos el diagnóstico de estrechez secundaria dependerá en gran medida de la sospecha clínica y del estudio con enema baritado de rutina. Cuadros recurrentes de distensión abdominal y vómitos, pero con tránsito conservado e incremento ponderal adecuado, deben hacer pensar en la presencia de

esta posible complicación. La formación de múltiples adenopatías perilesionales hace suponer

de gérmenes a través de la pared intestinal, también podría generar cuadros de dolor abdominal recurrente, o fiebre sin foco conocido. En este momento el estudio con ultrasonografía podría ser de utilidad como screening previo al Enema Baritado.

El estudio contrastado del colon es fundamental para lograr hacer un diagnóstico precoz. El proceso habitual de cicatrización intestinal requiere alrededor de 2 a 3 semanas. Pero la formación de la estenosis cicatricial, por retracción y fibrosis, ocurre en forma progresiva con posterioridad a esa fecha. Tanto la mucosa como la submucosa son reemplazadas por tejido fibroso en tal grado que puede obliterar completamente el lumen intestinal. Diversos autores sugieren que esto ocurre durante los primeros 3 meses después de la fase aguda de la enfermedad (2, 3 y 5). Y apoyan que el estudio con enema baritado y la reparación quirúrgica el defecto sea realizado una vez superada esa fecha (8). Schwartz et al. (3) encontró un 36% de estenosis en estudio con enema baritado de rutina entre la tercera a cuarta semana de la fase aguda, algunos de los cuales eran asintomáticos. En ellos plantea un manejo conservador si cumplían ciertos criterios: 1) Ausencia de síntomas de suboclusión (distensión abdominal, rechazo alimentario o cambios en el patrón de deposiciones. 2) Sin evidencia radiológica de obstrucción parcial. 3) Mínima o nula dilatación de colon proximal a la estenosis y 4) Posibilidad de control médico frecuente.

La resección del segmento estrecho y la anastomosis primaria fue el método de elección para el manejo de la enfermedad. Algunos autores sugieren realizar enterostomías o colostomías derivativas, para evitar el riesgo de dehiscencia de sutura y peritonitis secundaria, que están asociadas a una mortalidad (1) de un 8 a un 20%; dejando diferido para un segundo tiempo la resección del segmento estrecho (2, 5). Sin embargo, en la experiencia lograda en el servicio, la resección del segmento estrecho, con anastomosis primaria, resultó ser una técnica segura, en un solo tiempo quirúrgico, sin mortalidad y sin complicaciones a largo plazo.

que la pérdida de la capacidad defensiva de la mucosa permite la traslocación bacteriana y el paso

En conclusión, el estudio con enema baritado de los pacientes tratados por ECN debería realizarse de rutina, alrededor de los tres meses de vida, independiente del manejo médico o quirúrgico de la enfermedad; ya que ambos están expuestos a sufrir un fenómeno obstructivo intestinal por la retracción fibrosa y cicatricial de la pared. La resección y anastomosis primaria es una buena alternativa de manejo, gracias al buen soporte intensivo con el que se cuenta hoy en día.

Referencias

1. Hartmann G. E., Drugas G. T., Shochat S. J. Post-necrotizing enterocolitis strictures presenting with sepsis of perforation: risk of clinical observation. *J. Pediatr. Surg.* 1988; 23: 562-6.
2. Kosloske A. M., Burstein J., Bartow S. A. Intestinal obstruction due to colonic stricture following neonatal necrotizing enterocolitis. *Ann Surg.* 1980 Aug;192 (2): 202-7.
3. Schwartz M. Z., Hayden C. K., Richardson C. J., Tyson K. R., Lobe T. E. A prospective evaluation of intestinal stenosis following necrotizing enterocolitis. *J. Pediatr. Surg.* 1982 Dec; 17 (6): 764-70.
4. Bell M. J., Ternberg J. L., Askin F. B. Intestinal stricture in necrotizing enterocolitis. *J. Pediatr. Surg.* 1976; 11: 319-27.
5. Pokorny W. J., Harr V. L., McGill, C. W., et al; Intestinal stenosis resulting from necrotizing enterocolitis. *Am J. Surg* 1981 42: 721-724.
6. Schimpl G., Hollwarth M. E., Fötter R., Becker H. Late intestinal strictures following successful treatment of necrotizing enterocolitis. *Acta Paediatr. Suppl.* 1994; 396: 80-3.
7. Bütter A., Flageole H., Laberge J. M. The Changing face of Surgical Indication for Necrotizing Enterocolitis *J. Pediatr. Surg.* 2002; 37: 469- 499.
8. Gobet R., Sacher P., Schwobel M. G. Surgical procedures in colonic strictures after necrotizing enterocolitis. *Acta Paediatr. Suppl.* 1994;396:77-9.