

CASOS CLÍNICOS

Atresia de íleon distal: diagnóstico prenatal ecográfico

J. Garriguet, J. Espejo, M.L. Becerra, M.P. Tello, A. Gómez-Lara, C. Martínez-Padilla, M.L. Gavilán-Espósito, C. Chica y M. Gavilán-Pérez

Línea de Procesos Maternoinfantiles y Ginecológicos. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar. Jaén. España.

ABSTRACT

We present a case of atresia of the distal ileum, diagnosed during routine ultrasound in the 32nd week of gestation (figures 1, 2 and 3). A 1900 g infant was delivered by caesarean section at 35 weeks, and had successful correction of the atresia twenty-four hours later.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de la atresia de íleon o estenosis yeyunoileal es de un caso por 5.000¹ recién nacidos. La atresia de íleon distal ocurre en un 36% del total¹.

Desde el punto de vista ecográfico, se observan múltiples imágenes anecogénicas de aspecto tabicado que se corresponden a los repliegues de las asas, unas sobre otras, y en su interior se pueden observar partículas flotando¹⁻³, falta de detección del colon normal y circunferencia abdominal desproporcionadamente grande para la fecha de gestación². El hidramnios se asocia con frecuencia a esta malformación y la ascitis sugiere perforación².

El pronóstico depende del nivel de obstrucción y de si hubo o no peritonitis meconial.

CASO CLÍNICO

Paciente secundigesta de 32 semanas cronológicas, que acude a nuestra consulta prenatal por revisión rutinaria, y que refiere embarazo de curso normal. Parto anterior eutócico. En la exploración ecográfica se objetivan imágenes redondeadas sonoluscentes intraabdominales, compatibles con malformación intestinal, sin evidenciarse otras alteraciones, salvo biometría fe-



Fig. 1. Atresia de íleon distal.



Fig. 2. Atresia de íleon distal.

tal por debajo de su tiempo de amenorrea. A las 35 semanas de gestación acudió a urgencias por rotura espontánea de membranas, se le practicó cesárea ur-

Aceptado para su publicación el 30 de junio de 2004.



Fig. 3. Atresia de íleon distal.

gente por presentación podálica (nalgas incompletas) y se extrajo un feto varón de 1.900 g. Se trasladó al hospital de referencia tras la estabilización y, a las 24 h, se procedió a cirugía correctora. El neonato evolucionó favorablemente, y actualmente se encuentra sano.

DISCUSIÓN

De las malformaciones intestinales, la atresia de íleon es la más frecuente¹ y la asociación con otro tipo de malformaciones o cromosopatías es elevada^{1,2,4}; en este caso no existió tal correlación. Hacer un correcto diagnóstico prenatal mediante ultrasonidos nos permite planificar el momento idóneo del parto, llevándolo a cabo en un centro con cirugía pediátrica y así mejorar los resultados perinatales⁵. Se discute cuándo finalizar la gestación, y en principio no hay contraindicación en prolongarla hasta la madurez fetal^{1,2,6,7} siempre que no exista ascitis fetal, que sería un signo de riesgo inminente de perforación intestinal por íleo meconial^{2,8}; en tal caso, finalizar el embarazo es la postura más prudente por la elevada mortalidad de esta eventualidad; éste no fue nuestro caso. Aunque autores como Schwobel et al propugnan la evacuación mediante punción de la ascitis fetal en el caso de presentarse con la finalidad de disminuir la presión abdominal fetal y alargar todo lo posible la duración del embarazo⁶. Nosotros nos vimos abocados a terminar la gestación por motivos meramente obstétricos.

El pronóstico de estos recién nacidos es generalmente bueno y dependerá, en gran medida, del diagnóstico prenatal correcto que nos permita un estrecho seguimiento fetal y adoptar la decisión de acabar el

parto conjuntamente con cirugía pediátrica en el momento oportuno⁵ (a ser posible a término).

Este tipo de malformación no interfiere con la vía del parto; por lo tanto, la vía vaginal es de elección^{2,6}. Nosotros optamos por una cesárea por indicación puramente obstétrica (presentación en podálica con feto de bajo peso).

CONCLUSIONES

Nuevamente, la aportación de los ultrasonidos al diagnóstico prenatal es de capital importancia en el manejo y toma de decisiones en este tipo de malformaciones. El neonato se beneficiará de una planificación terapéutica adecuada adelantándonos a un posible mal resultado perinatal si pasara inadvertido este diagnóstico.

RESUMEN

Presentamos un caso de atresia ileal distal diagnosticada por ultrasonidos en la semana 32 de gestación en un control prenatal ecográfico rutinario (figs. 1, 2 y 3). El parto aconteció a las 35 semanas de embarazo mediante cesárea, y se obtuvo un recién nacido de 1.900 g de peso, y fue sometido a corrección quirúrgica de su defecto congénito a las 24 h, con evolución favorable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez J, Castellanos P, Seco C, Sabadell C, Bajo JM. Malformaciones de la pared abdominal. En: Ultrasonografía obstétrica: guía práctica. Madrid: Italfarmaco; 1997. p. 222-4.
2. Goldstein RB, Callen PW. Evaluación ecográfica del tórax y abdomen fetal. En: Ecografía en obstetricia y ginecología, 2.ª ed. Madrid: Panamericana; 1991. p. 240-3.
3. Kubota A, Nakayama T, Yonokura T, Hoki M, Hirai H, Kosumi T, et al. Congenital ileal atresia presenting as a single cyst-like on prenatal sonography. J Clin Ultrasound. 2000; 28:206-8.
4. Gaillard D, Bouvier R, Scheiner C, Nessmann C, Delezoide AL, Dechelotte P, et al. Meconium ileus and intestinal atresia in fetus and neonates. Pediatr Pathol Lab Med. 1996;16:25-40.
5. Cacciari A. Gastrointestinal tract anomalies: neonatal surgical problems. Fetal Ther. 1986;1:101-3.
6. Schwobel MG, Sacher P, Stauffer UG. Prenatally diagnosed intestinal obstruction contribution of pediatric surgery. Geburtshilfe Frauenheilkd. 1989;49:658-61.
7. Bahgat O, Lev-Gur M, Divon MY. Prenatal ultrasound diagnosis of intestinal obstruction: a case report. Am J Perinatol. 1989;6:324-5.
8. Shimotake T, Go S, Tsuda T, Iwai N. Ultrasonographic detection of intrauterine intussusception resulting in ileal atresia complicated by meconium peritonitis. Pediatr Surg Int. 2000;16:43-4.