

## OBSTRUCCIONES DUODENALES

Dr. GUALBERTO ARIAS

*Facultad de Medicina y Maternidad "Isidro Ayora", Quito*

El presente análisis se refiere a los casos de obstrucción aguda y completa del segmento alto del tubo digestivo; a las obstrucciones puramente duodenales desde un punto de vista clínico, anatomo-patológico de diagnóstico y terapéutico.

Aún se mantiene cierto grado de controversia en algunos aspectos: grados de malrotación y su real participación en los cuadros obstructivos; las alteraciones de la segunda porción de duodeno en el páncreas anular y su base embriológica, si hay estenosis o estrangulación puramente extrínseca en los casos que se ha encontrado pinzamiento pancreático del duodeno. etc.

En un estudio anatómico, un alto porcentaje de cadáveres presentan algún grado de malrotación del intestino grueso descrito con el nombre de Ciego Móvil<sup>1</sup>, mas parece una condición normal en el neonato. De una serie de veinte y dos malrotaciones del colon sólo en tres se encontró cuadro agudo obstructivo con vólvulos<sup>2</sup> los restantes corresponden a hallazgos casuales y de autopsia.

### MATERIALES Y METODOS

Este estudio se realizó en 19 casos de obstrucción aguda y completa, todos con final estudio anatómico (en la mesa de operaciones o de hallazgos de autopsias). 13 son varones y 6 mujeres, lo que da una relación aproximada de 2/1.

La edad promedio al momento del diagnóstico fue de una semana. 11 niños pesan menos de 2.500 grs. y sólo 8 tienen un peso superior al límite de prematuridad.

La totalidad son del grupo mestizo. 17 con diagnóstico se operan, 2 sin diagnóstico de obstrucción fallecen de otras causas.

En todos los casos se realizó radiografía plana de abdomen en incidencias antero-posterior y lateral; en once casos éstas fueron suficientes para aclarar el diagnóstico clínico y fijar el posible sitio de obstrucción, en los ocho restantes fue necesario insuflar el intestino grueso para contraste, y en dos de éstos a su vez se requirió de comida liviana baritada para demostrar el sitio de obstrucción duodenal.

TABLA Nº I

## Correlación Anatómo-clínica de los casos de Obstrucción Duodenal en el Recién Nacido.

Nº	Sexo	Síntomas	Hallazgos	Diagnóstico	Resultados
1	M	Vómito bil. Distensión	Dilatación Gastro-duo. Bridas	Malrot. II	Op. Vive
2	F	Vómito bil. Distensión	Dilatación Gastro-duo. Bridas	Malrot. II	Op. Defun.
3	M	Distensión Polihidram.	Dilatación Gastro-duo. Bridas Ciego retrac.	Malrot. II	Op. Defun.
4	M	Vómito vil. Distensión	Dilatación Gastro-duo.	Atresia duodenal Mongol	— Defun.
5	M	Vómito bil. Distensión	Dilatación Gastro-duo.	Malrot. I Vólvulos	Op. Defun.
6	M	Vómito bil.	Dilatación Gastro-duo. Brida Ladd.	Malrot. II Ruptura est.	Op. Defun.
7	F	Distensión Hidramnios	Dilatación Gastro-duo. Bridas	Malrot. II Atresia esófago Duplica I	Op. Defun.
8	M	Distensión Hidramnios	Dilatación Gastro-duo.	Atresia duodenal	Op. Defun.
9	F	Polihidram.	Dilatación Gastro-duo.	Atresias esóf. y duodeno	Op. Defun.
10	M	Vómito bil.	Dilatación Gastro-duo.	Páncreas anular Riñón mul.	— Defun.
11	F	Distensión	Dilatación Gastro-duo.	Páncreas anular	— Defun.
12	M	Vómito bil. Distensión	Dilatación Gastro-duo. Bridas	Malrot II	Op. Vive
13	M	Vómito bil.	Dilatación Gastro-duo.	Malrot. II desi. HE.	Op. Defun.
14	F	Distensión Vómito bil.	Dilatación Gastro-duo.	Malrot. II Vólvulos	Op. Vive
15	M	Distensión súbita.	Dilatación Gastro-duo.	Malrot. III Vólvulos	Op. Defun.
		Distensión Vómito bil.	Dilatación Gastro-duo.	Malrot II	Op. Vive
17	M	Vómito bil. Distensión	Dilatación Gastro-duo. Bridas	Malrot II	Op. Vive
18	M	Distensión	Dilatación Gastro-duo.	Páncreas anular	— Defun.
19	M	Vómito	Dilatación Gastro-duo.	Diafragma duodeno	Op. Defun.

Se incluyen exámenes de laboratorio: biometría hemática, química de sangre, orina, etc.

## RESULTADOS

La sintomatología dominante fue la Distensión abdominal (presente en 14 casos), y el vómito precoz, pernicioso y bilioso (presente en 13 casos). Constipación no se encontró en ninguno, todos los niños pasaron meconio y a tiempo considerado normal.

El signo radiológico fundamental fue la presencia de burbuja de aire en estómago y/o en duodeno, de diferente tamaño de acuerdo al grado de distensión y al tiempo transcurrido entre el nacimiento y el diagnóstico; en los cuatro casos de atresia duodenal (3, 4, 8, 9) estos signos radiológicos se destacan como doble bulbo que ocupa todo el abdomen del recién nacido.

Se encontró frecuentemente malformaciones asociadas: vólvulos del intestino en tres casos; atresia esofágica en dos casos; y dos casos de mongolismo.

De los diagnósticos tenemos el siguiente análisis: Malrotación es la mayor causa aislada de obstrucción duodenal; 11 casos presentaron algún grado de Malrotación; Atresia duodenal en cuatro casos; páncreas anular en tres casos; y un recién nacido con diafragma perforado de duodeno.

Diagnóstico en vida 17 y post-mortem en 2. Los resultados son de 14 defunciones y 5 sobrevividas. De las 14 defunciones en 7 la causa fue extraña al proceso patológico motivo de esta tabulación: Síndrome de dificultad

respiratoria; atresia esofágica; desequilibrio hidro-electrolítico pre-operatorio, etc. El 50% de las defunciones corresponden al proceso obstructivo y sus intentos de corrección.

Dos niños con atresias múltiples entre ellas la atresia duodenal, además mongolismo, no fueron operados por su condición crítica de funciones vitales.

La medición del contenido y capacidad gástrica fluctuó entre 60 y 300 cc.; en los casos de atresia duodenal la dilatación gástrica llegó a su mayor grado, coincidentemente este hecho se encuentra en mongoles y con escaso desarrollo de la capa ganglionar del plexo de Auerbach, de acuerdo al examen histopatológico. En el caso 6 con gran gastroectasia la muscularis mucosa faltó en varios cortes de la pieza, antes de la operación el estómago se perforó con un desgarramiento masivo en curvatura mayor.

## DISCUSION

Corresponde al presente estudio destacar los siguientes argumentos: 1º Atresia intestinal en general y duodenal en particular está significativamente relacionado con el síndrome de Mongolismo. 2º Gastro-duodeno ectasia mayor es sinónimo de atresia. 3º Hidramnios es un signo obstétrico precoz y muy valioso en el diagnóstico de los problemas obstructivos del feto y del recién nacido, se anota en cuatro casos de la presente serie. Se dice que exceptuando diabetes materna, toxemia, eritroblastosis fetal y sífilis ma-

terna la presencia de polihidramnios obliga a realizar un prolijo análisis radiológico para descartar bloqueo del tracto digestivo<sup>3-4</sup>. 4º Malrotación del colon es un hallazgo muy frecuente y sin problemas obstructivos que deben primero excluirse las otras causas de obstrucción duodenal para finalmente sentar este diagnóstico en un caso agudo. Sería mejor hablar en términos patológicos de Malrotación con bridas duodenales y Malrotación con vólvulos.

Las bridas y vólvulos son los que producen obstrucción y no la incompleta rotación del intestino medio.

Propongo la siguiente modificación a la clasificación hecha por Gross en tres grados:

- 1º Malrotación inocente o Ciego Móvil.
- 2º Malrotación con bridas de contricción, y
- 3º Malrotación con vólvulos.

Creo que en diagnóstico clínico debe señalarse esta nomenclatura que traduce la correlación clínica y anatómica.

## RESUMEN

El presente análisis se realizó en 19 casos de obstrucción puramente duodenal de recién nacidos de los cuales 13 fueron hombres y 6 mujeres, con un peso inferior a los 2.500 gramos y con una edad promedio al instante del diagnóstico de una semana.

Los síntomas más comunes fueron el vómito bilioso y la distensión.

Como hallazgos operatorios más frecuentes se observó la dilatación gastro-duodenal y en algunos casos bridas.

De los 17 casos operados 5 vivieron y el resto murió.

## SUMMARY

The present study is based on 19 cases of pure duodenal obstruction in newborns; 13 were men and 6 women, with weights under 2500 gm and an average age of one week at the moment of the diagnosis.

The most common symptoms were: biliary vomiting, dilated abdomen and bristles in several cases.

Out of the 17 operated cases, five survived and the rest died.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.—Potter, E.: Pathology of the Fetus and Newborn, Chicago, 1952.
- 2.—Del Río M, A.: "Obstrucción intestinal en el recién nacido. Actas de los V Congresos Panamericano y Sudamericano de Pediatría; Lima-Perú.
- 3.—Lloyd, J.R.: "Hydramnios as and to early diagnosis on congenital obstruction"; Pediatrics, June 1958.
- 4.—De Young, V. R.: "Hidramnios as a signal to the Physician responsible for Newborn infants"; Journal of Pediatrics, Vol. 53, Nº 3; Sep. 1958.