

Desafío Diagnóstico

Dra. Brenda Santamaría ¹

Dra. Alma Morales ²



Se trata de neonato masculino de 3 días de nacido, parto vaginal en casa, sin controles prenatales, hijo de madre de 30 años, G6P6, quien consulta por presentar distensión abdominal y ausencia de evacuaciones desde su nacimiento.

Examen físico positivo: Febril (38.3°C), con regular estado general, fontanela deprimida, ictericia escleral, leve tiraje subcostal, abdomen distendido, tenso, circulación colateral, ano sin orificio de salida.

Exámenes de laboratorios: Hemograma con leucocitos en 19 000/mm³ con predominio de linfocitos (54%), aumento de las pruebas de función renal (Creatinina 3.2 mg/dl, BUN 42).

Estudios de gabinete: USG renal evidencia dilatación de ambas pelvis renales (Pelvis renal derecha mide 6.8 mm y la izquierda 9.1 mm).

¿Cuál es su diagnóstico?

- Enterocolitis Necrotizante.
- Hidronefrosis bilateral.
- Sepsis Abdominal.
- Malformación anorrectal sin fístula.
- Todas las anteriores.

¹ Médico cirujana. Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía. David, Chiriquí.
Correo electrónico: brendayarisa@hotmail.com

² Médico interno. Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía. David, Chiriquí.

Respuesta

e. Todas las anteriores.

La malformación anorrectal ocurre en 1 de cada 5000 nacidos vivos, es el resultado de un defecto en la embriogénesis donde el intestino falla en llegar al periné y de esta manera no se desarrolla el complejo anorrectal de calibre adecuado con inervación voluntaria e involuntaria que permite la continencia. La falta de descenso del septum uorrectal explica en parte la fisiopatología de la malformación, en tanto que disturbios en el desarrollo de estructuras adyacentes, como el metanefros y el borde ureteral, explican la asociación con múltiples malformaciones urológicas que se presentan en el 50-60 % de estos neonatos como la hidronefrosis bilateral que presenta nuestro paciente. Se pueden clasificar en bajas, intermedias y altas de acuerdo a la altura del defecto.

En los varones la fistula recto-ureteral es la más frecuente y el defecto de la malformación anorrectal sin fistula es inusual y se observa en un 5% de los defectos anorrectales.

El diagnóstico se realiza con un examen perineal meticuloso del recién nacido. Es importante esperar las primeras 16 horas para realizar el invertograma para dar tiempo a que el aire deglutido pueda llegar al recto atrésico y de esa manera decidir la conducta quirúrgica adecuada^{1,2}.

La enterocolitis necrotizante es una enfermedad grave que afecta a recién nacidos, en especial prematuros, con una incidencia y morbimortalidad elevados. Constituye la urgencia gastrointestinal más frecuente en las unidades neonatales. Se presenta como un síndrome gastrointestinal y sistémico que comprende síntomas variados y variables, como distensión e hipersensibilidad abdominal, sangre en heces, intolerancia a la alimentación, apnea, letargia, y en casos avanzados acidosis, sepsis, CID y shock. Abarca un espectro amplio de afectación desde la recuperación sin secuelas hasta un cuadro grave de peritonitis y sepsis que provoca la muerte del recién nacido^{3,4,5}.

Referencias

1. Baeza-Herrera C, Alarcón Quezada V, Nájera Garduño H, García-Cabello LM. Malformaciones anorrectales. Historia y estado actual de su tratamiento. *Acta Pediatr Mex.* 2013; 34:154-160.
2. Pandia S. Anorectal Malformations. *NeoReviews.* 2016; 17 (5): e251-e262.
3. Caplan M. Necrotizing enterocolitis of the neonate. En: Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC, eds. *Fanaroff and Martin's Neonatal-Perinatal Medicine.* 10ª edición. Elsevier Saunders; 2015: capítulo 94.
4. Montes S, Carrasco C. Enterocolitis necrotizante complicada con neumatosis portal en un recién nacido prematuro. Reporte de caso. *Rev Med Hered.* 2014; 25:158-161.
5. Chu A, Hageman J, Caplan M. Necrotizing Enterocolitis. *NeoReviews.* 2013;14 (3): e113-e120