

HOSPITAL PEDIATRICO DOCENTE DE CENTRO HABANA

Atresia prepilórica congénita. (Presentación de 2 casos)

Por los Dres.:

ANGEL MORANDEIRA MARTÍN,* ELADIO BLANCO RABASA**
y CARLOS CELAYA VENEREO***

Morandeira Martín, A. y otros. *Atresia prepilórica congénita. (Presentación de 2 casos).*
Rev Cub Ped 51: 3, 1979.

Se informan dos casos de pacientes con atresia prepilórica congénita, se señala la conducta seguida con éstos y se realiza la revisión de los pocos casos publicados en la literatura mundial.

INTRODUCCION

La atresia prepilórica congénita es una entidad poco frecuente, resultado de la ausencia de una recanalización del tubo digestivo después de un estado sólido temporal.

Creemos que es de sumo interés esta revisión, debido a que no existe una publicación anterior sobre esta afección en nuestra literatura, a lo poco frecuente de su presentación y a que la misma tiene como único tratamiento el quirúrgico.

Primer caso

Lactante de 14 meses de nacida, con HC 21654, del sexo femenino, de la raza blanca.

* Especialista. Jefe del departamento de cirugía pediátrica del Hospital Pediátrico Docente de Centro Habana.

** Profesor de pediatría del Instituto de Ciencias Médicas. Jefe del servicio de pediatría del Instituto de Gastroenterología.

*** Especialista de cirugía pediátrica del Hospital Pediátrico Docente de Centro Habana.

que es remitida del Hospital Marfán por el profesor *Eladio Blanco Rabasa*, por presentar un síndrome emético de 20 días de evolución, con un promedio diario de 2 ó 3 vómitos de carácter alimentario, que guardaban o no relación con la ingestión de éstos.

En los antecedentes encontramos que la paciente fue llevada a un facultativo reiteradas veces desde los primeros meses de vida por presentar regurgitaciones alimentarias y en ocasiones vómitos, con digestiones lentas y una distensión abdominal más acentuada en la región epigástrica. Ultimamente la niña presentaba un cuadro asténico marcado, por lo que no podía caminar ni jugar libremente.

Al examen físico se encuentra una niña distrofica grado II, de panículo adiposo disminuido, con un peso de 14 libras, y una marcada deshidratación.

En su evolución en la sala hace distensión en epigastrio y después vómitos, éstos desaparecen posteriormente; el resto del examen físico es normal.

Se consulta al departamento de cirugía, el cual plantea la posibilidad, por lo antes mencionado, de que se pudiera tratar de:

- brida congénita
- páncreas anular
- estenosis del píloro
- malrotación digestiva



Figura 1.



Figura 2.

— obstrucción duodenal incompleta por diafragma perforado

Indicamos una placa simple de abdomen y un tránsito intestinal. En la placa simple se observa un estómago de paredes gruesas y distendido y en el tránsito intestinal en vista frontal practicada a las 2 horas, donde se observa dilatación gástrica con marcada retención del contraste. El bario que se encuentra en el colon (presenta distinta densidad) pertenece a un examen anterior que se había realizado el paciente. El obstáculo se sitúa al nivel del antro, el cual termina en forma convexa, diferente a lo observado en la estenosis pilórica (figura 1).

Vista frontal practicada a las 17 horas donde se comprueba retención gástrica (figura 2).

Al continuar la paciente con vómitos a pesar de las medidas antieméticas, y ante los exámenes ya mencionados se decide su intervención quirúrgica previa preparación con hidratación, sangre y plasma.

Intervención realizada y hallazgos encontrados

Al realizar la laparotomía se examinan las vísceras de la cavidad abdominal, se encuentra un estómago sumamente grande, dilatado, con paredes hipertróficas y piloro estrechado. El duodeno, intestino delgado y grueso presentaban un calibre normal. A la palpación del piloro da la impresión de haber un diafragma interno, por lo que se pasa a realizar la apertura de la cara anterior del mismo hacia la región gástrica, encontrándose un diafragma con un orificio de medio centímetro de diámetro. Se procede a realizar la resección de este diafragma y el cierre de la mucosa y serosa del piloro (el diafragma era prepilórico).

Se decide realizar gastroenterotomía posterior transmesocólica, para que la paciente pueda tener una estrechez al nivel del piloro y así presente una vía de derivación más del tránsito gástrico (figura 1).

Después de la intervención quirúrgica evoluciona bien. Se comienza la vía oral a las 48 horas, la cual tolera. Es dada de alta a los 10 días de operada.

Seguimiento por consulta externa

En el seguimiento por consulta externa observamos que al mes de operada la niña tuvo un aumento de 6 libras de peso, presentaba buena vitalidad y no tenía vómitos. A los dos meses de operada se le repite el tránsito en vista frontal y oblicua donde se comprobó buen pase de contraste a las asas delgadas (figuras 3 y 4). Actualmente al año de operada, tiene un peso de 35 libras y se encuentra asintomática.



Figura 3.

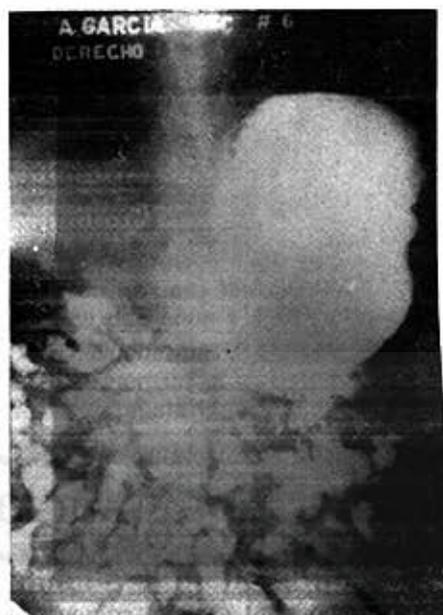


Figura 4.

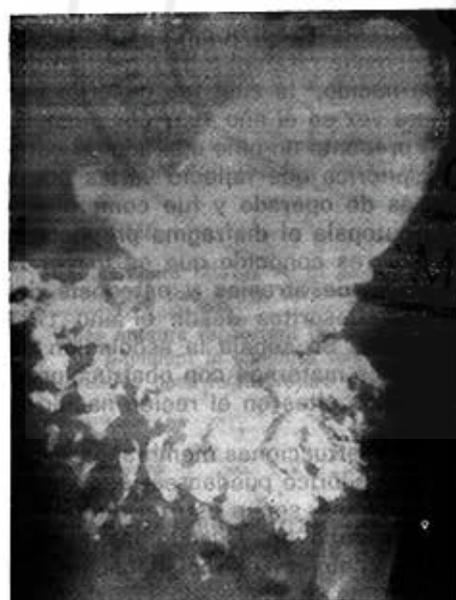


Figura 5.

Segundo caso

Lactante de 4 meses de edad, con HC 25086, del sexo femenino, de la raza blanca, con una desnutrición ligera, que desde el nacimiento presenta vómitos por alimentos, tanto sólidos como líquidos, con la excepción del agua. Los mismos se producen tanto inmediatamente como varias horas después de la ingestión de alimentos.

Como antecedentes tenemos un parto distócico por cesárea, debido a ruptura prematura de membrana y sufrimiento fetal; ictero a las 24 horas de nacida que se prolongó hasta los 15 días de edad.

Con relación al examen físico, no existe ningún dato de interés que señalar.

Al ser consultado con el departamento de cirugía, se formulan los mismos planteamientos del caso No. 1.

Se le indica a la paciente una placa simple de abdomen y un tránsito intestinal. Se observa un estómago muy dilatado, que ocupa prácticamente todo el diámetro transversal del abdomen, con gran demora en la evacuación, lo que se demuestra bien en placas de 12 horas. Zona de estrechamiento regular a nivel del antro prepilórico. No hay signo de la cuerda.

Por continuar la paciente con síntomas iguales y al considerar los resultados obtenidos en los exámenes complementario y radiográficos se decide su intervención quirúrgica previa preparación adecuada.

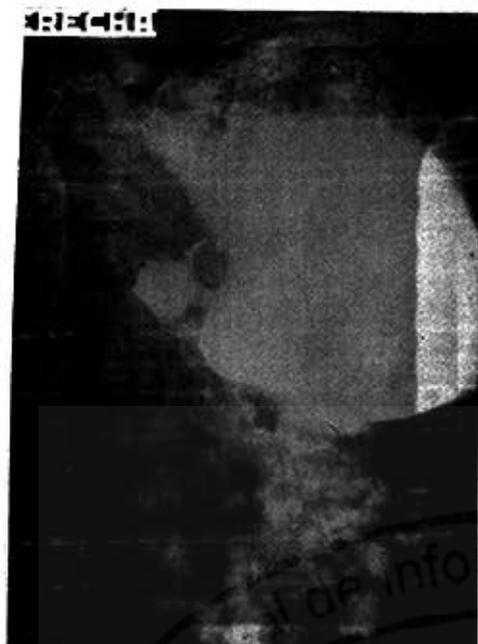


Figura 6.

Intervención realizada y hallazgos encontrados

En la laparotomía se observa que el estómago está sumamente dilatado y el píloro muy estrechado; se palpa este último ya que parece contener algo. Se realiza piloromiotomía y se halla un rodete mucoso con una amplia apertura y la parte duodenal sumamente estrechada (estenosada). Se recorta el rodete para anatomía patológica. Se cierra el píloro en dos planos en sentido transversal. Se realiza gastroenterotomía transmesocólica isoperistáltica, pues el píloro no nos ofrece seguridad.

Evoluciona satisfactoriamente en la sala, tolera la vía oral y se le da de alta a los 9 días de operada.

Seguimiento por consulta externa

En el seguimiento por consulta externa se comprueba que la niña ha evolucionado bien, ha aumentado de peso y se encuentra asintomática.

Se le realiza un tránsito intestinal en vista frontal y oblicua del estómago y duodeno el cual ofrece el siguiente resultado:

Se comprueba buen pase de contraste a las asas delgadas tanto a través de la derivación como del canal pilórico (figuras 5 y 6).

Radiografía posoperatoria practicada a la hora de la ingestión del bario donde se observa buen vaciamiento gástrico (figura 7).



Figura 7.

COMENTARIOS

La atresia prepilórica congénita es una anomalía rara del tubo digestivo del recién nacido,¹ la cual fue descrita por primera vez en el año 1937 por *Bennett*, quien presentó un niño operado de estenosis pilórica que falleció varias horas después de operado y fue comprobado en la autopsia el diafragma prepilórico. De todos es conocido que es mayor la incidencia de atresias y estenosis del duodeno, descritas desde el año 1733 por *Calder*. Se señala la asociación de hidramnios maternos con obstrucciones intestinales altas en el recién nacido.^{2,3}

Estas obstrucciones membranosas del conducto pilórico pueden ser completas o incompletas, según esté el diafragma recanalizado o no. Cuando la obstrucción es completa el recién nacido vomita solamente contenido gástrico sin presentar bilis; en cambio, cuando el diafragma está fenestrado la obstrucción será parcial y los pacientes pueden presentar síntomas menos acentuados y llegar a edades más adultas con esta condición.

Las radiografías, sobre todo el tránsito intestinal, son de ayuda diagnóstica.

En la literatura, hasta el año 1975, se han publicado los siguientes casos:

- 1937: *Bennett* presenta un operado de estenosis pilórica, que fallece a las 36 horas de la intervención. La autopsia demostró que la verdadera causa de la obstrucción era un diafragma prepilórico.⁴
- 1940: *Touffo* y *Sussman* publican la extirpación oportuna de un diafragma prepilórico.⁵
- 1940: *Metz* y colaboradores presentan un caso con diafragma prepilórico doble, que originó un pseudoquistes entre los dos diafragmas. La incisión de los dos diafragmas permitió la recuperación.⁶
- 1948: *Berman*, *Ballenger* y colaboradores presentaron atresia parcial en un niño de dos años de edad.⁷

1957: *Benson* y *Coury* citan un caso operado con éxito.

1959: *Brown* y *Hertzler* citan otros dos pacientes prematuros igualmente curados.⁸

1967: *Benson*, en su obra cirugía infantil, ha recogido un total de nueve casos, entre obstrucciones totales y parciales.

1974: *V. Nañagas* y *E. Hartley* presentaron un caso operado de una niña de dos años y medio.⁹

1975: *J. Ducherme* y *A. Bensoussan* informan un caso con éxito en su tratamiento quirúrgico.¹⁰

CONCLUSIONES

Hemos presentado dos casos de atresia prepilórica congénita, incompleta, de la cual no se ha recogido ninguna publicación en nuestra literatura nacional. Observamos la poca incidencia de esta afección al revisar los casos publicados en la literatura mundial.

SUMMARY

Morandeira Martin, A. et al. *Congenital prepyloric atresia. Report of two cases.* Rev Cub Ped 51: 3, 1979.

Two patients with a congenital prepyloric atresia are reported. The therapeutic approach is pointed out. The few cases appeared in the world medical literature are reviewed.

RÉSUMÉ

Morandeira Martin, A. et al. *Atrésie prépylorique congénitale. (A propos de deux cas).* Rev Cub Ped 51: 3, 1979.

Les auteurs rapportent deux cas de patients présentant atrésie prépylorique congénitale. Ils signalent la conduite tenue dans ces cas et font une revue du petit nombre de cas publiés dans la littérature médicale mondiale.

РЕЗЮМЕ

Морандейна Мартин, А. и др. Врожденная препилорическая атрезия (представление двух случаев). Rev Cub Ped 51: 3, 1979.

В настоящей работе представляется информация о двух случаях с врожденной препилорической атрезией, а также указывается — лечение, предоставляемое пациентам и проводится обзор мало — численных случаев этого заболевания, опубликованных в международной медицинской литературе.

BIBLIOGRAFIA

1. *Salzburg, A. M.; Collins, R. E.* Congenital pyloric atresia. *AMA Arch Surg* 80: 501, 1960.
2. *Benson, C. D.; Coury, J. J.* Congenital intrinsic obstruction of the stomach and duodenum, in the newborn. *AMA Arch Surg* 62: 856, 1951.
3. *Lloyd, J. R.; Clatworthy, H. W. Jr.* Hydramnios as an to the early diagnosis of congenital obstruction of the alimentary tract: A study of the maternal and fetal factors. *Pediatrics* 21: 903, 1958.
4. *Bennett, R. J Jr.* Atresia of pylorus. *Am J Digest Dis* 4: 44, 1937.
5. *Touroff, A. S. W.; Sussman, R. M.* Congenital pre-pyloric membranous obstruction in a premature infant. *Surgery* 8: 739, 1940.
6. *Metz, A. R. et al.* Obstruction of the stomach due to congenital double septum with cyst formation. *Tr West SA* 50: 242, 1951.
7. *Berman, J. K.; Ballenger, F.* Pre-pyloric membranous obstruction. *Quart Bull Indiana Univ Med Center* 4: 14, 1948.
8. *Brown, R. P.; Hertzler, J. H.* Congenital pre-pyloric gastric atresia. *AMA J Dis Child* 97: 857, 1959.
9. *Nañagas, V. Jr.; Hartley, E. S.* Incomplete pyloric diaphragm. *J Pediat Surg* 9, 4: 551, Aug. 1974.
10. *Ducharme, J. C.; Bensoussan, A. L.* Pyloric atresia. *J. Pediat Surg* 10. 1: 149, Feb. 1975.

Recibido: abril 5, 1978.

Aprobado: noviembre 16, 1978.

