

ATRESIA DEL DUODENO

POR EL

Dr. EDUARDO G. CASELLI

Historia clínica:

El día 19 de enero de 1939, ingresa al servicio, María Cristina M., de 14 días de edad, hija única — de padres sanos, que niegan abortos.

Naída a término, de embarazo y parto normal, con un peso de 3.250 grs. y criada al pecho por la madre, hasta la actualidad.

Enfermedad actual:

Desde el nacimiento la nena vomita la leche que ingiere del pecho de la madre, pero teñida de amarillo verdoso. Se alimenta cada 3 horas y vomita todas las tetadas; a veces el vómito se produce inmediatamente de ingerir alimentos, otras, en cambio, algo más tarde, a las 2 horas, observando además que la niña descende, día a día, de peso y no ha movido nunca el vientre, a excepción de los primeros días, en los que expulsó meconio. En vista de que continúa con esa sintomatología, fué examinada por un facultativo, instituyendo biberones que alternaba con el pecho de la madre, sin conseguir con este procedimiento, detener sus vómitos amarillentos, los que se hacían más espaciados, pero también más abundantes.

Como continuara vomitando, bajando cada vez más de peso, hasta llegar a un estado de marcada desnutrición y

perdiendo, día a día, las fuerzas para mamar, los padres resuelven internarla en el servicio, en donde se levanta el siguiente

Estado actual:

19 de enero de 1939. Edad: 14 días. Peso: 2.830 grs., Talla: 0.50 ctms. P. C. 0,32 — P. T. = 30.

• Niña en mal estado general, con signos francos de desnutrición acentuada. Piel con descamación fisiológica y con zonas eritematosas en axilas y periné, escaso panículo, elasticidad y turgencia muy disminuídas; grandes pliegues de piel en cara interna de brazos, piernas y nalgas. Esqueleto al parecer normal; llanto muy débil, cráneo redondo, microcéfalo, fontanela, 6 x 6, hipotensa. Facie de idiocía mongólica, ver figura N^o 1, con ojos y párpados característicos de esa afección. Mucosa conjuntival pálida; no se observa tinte icterico. Aparato respiratorio normal, tipo respiratorio lento, 30 respiraciones por minuto y de carácter superficial. Aparato Circulatorio: tonos cardíacos apagados, pulso taquicárdico, 140 a 150', hipotenso. Abdómen: blando, deprimible, no se palpa en ninguno de los repetidos exámenes la oliva pilórica. Hígado y bazo en sus límites normales. Genitales normales. Miembros con ligera hipertonia. Boca y garganta libres, con mucosa rosa pálida.

Al terminar el examen se le pone al pecho de la madre; se prende con muy poca fuerza, inmediatamente de ingerir alimento, se observa en el epigastrio que se eleva y se visualizan ondas peristálticas que partiendo del reborde costal izquierdo, avanzan al centro del abdomen y pasando por la derecha del ombligo llegan bien abajo de la fosa ilíaca derecha, hasta la zona del punto de Mac Burney, donde se detienen, ondas que se suceden, unas a otras, como si quisieran forzar un obstáculo localizado en ese punto. De pronto aparecen ondas inversas, antiperistálticas que partiendo de esta barrera, suben al epigastrio, en forma rápida y desordenada, levantan la región y aparece el vómito, abundante,

con gran cantidad de líquido, con leche coagulada en copos de caseína y todo teñido en amarillo verdoso, por bilis derramada.

Las ondas peristálticas y antiperistálticas que se palpan y se visualizan en la pared del abdomen, llegan a tener un sobre nivel de un ctm. de altura.

Examen radiológico:

En vista de lo relatado, y de inmediato, se le practica un examen radioscóptico haciéndole ingerir 25 grs. de sulfato de bario, en unos 70 c. c. de leche de mujer. Se ve bajar la comida opaca por esófago sin inconveniente y llega a un gran saco que es el estómago que está dilatado, hipotónico, con gran cámara de aire; a medida que va llegando la lechada de bismuto, se le ve atravesar una parte estrechada y llenar un segundo saco, algo más chico que el anterior, colocado por debajo y a la derecha; y en este segundo saco, se puede visualizar una segunda cámara de aire reducida al tamaño de una moneda, colocada en su parte superior; de a ratos se observa, de acuerdo con las ondas peri y antiperistálticas, que estos dos sacos, colocados en reloj de arena, se convierten en una sola mancha para volver enseguida a dividirse.

En esas condiciones, se le practica una radiografía (fig. N^o 2) que muestra, estómago dilatado, en palangana, con gran cantidad de líquido dado por un nivel alto en la gran cámara gástrica; el fondo de la curvatura mayor aparece ocupado por la comida opaca, y más a la derecha y por debajo, aparece una segunda bolsa también rellena de comida bismútica, pero separada del estómago, por una zona estrechada, sobre todo en el borde inferior. Dos horas después se efectúa una 2^a radiografía (fig. N^o 3) que muestra el estómago dilatado con la sombra opaca en su parte inferior y separada de ésta, a una distancia de 2 ctms., una segunda sombra. Con la premura del caso, dada la gravedad, se so-

licita exámenes complementarios, del síndrome humoral, que arrojan los siguientes datos:

Reserva alcalina, 79%.

Cloro en plasma, 2,45%.

y se trata después con:

Suero clorurado hipertónico, (20%), 5 c. c. endovenoso.

Suero Ringer, 200 c. c. subcutáneo.

Suero glucosado, 125 c. c.

Gluconato de calcio al 10%, 5 c. c. intramuscular.

Cardiazol, 1 c. c. 2 veces en las 24 horas.

Al día siguiente se decide intervenir, siendo ejecutada la operación por el cirujano del Hospital de Niños de La Plata, Dr. Carlos F. Boffi.

Protocolo operatorio:

Previo lavaje gástrico, con agua bicarbonatada, se procede a efectuar la anestesia local. Incisión mediana, supraumbilical, de 10 ctms. de largo. Abierto el peritoneo se reconoce hígado que ocupa una buena parte de la incisión operatoria. Se reclina hacia arriba previa ligadura de una pequeña herida, por presión del bisturí. El estómago está totalmente dilatado y aflora a piel, se reconoce el transverso y se practica una brecha transmesocólica, y sobre la cara posterior avascular, se toma un cono de estómago. Se extrae ansa fija delgada y se practica gastroenteroanastomosis por la técnica usual, uso peristáltica, ansa corta. Dada la friabilidad del intestino hubo necesidad de ocluir en bolsa una pequeña herida de éste provocada por pinza.

El contenido gástrico y duodenal es absorbido por el aspirador de Finocchietto. Se comprueba una buena boca anastomótica y dado lo tenue del meso-colon no se cierra una pequeña brecha realizada.

Se ha tenido especial cuidado en no practicar ninguna evisceración, ni manoseo de órganos. La intervención se ha realizado en 35'.

Post operatorio:

A pesar de los innumerables cuidados que se le prodigaron la niña falleció 10 días después.

Autopsia:

Datos relacionados solamente con el abdomen. Abierto el abdomen, encontramos el hígado, ver figura N: 4 (gentileza del practicante Nevio Correa) enormemente aumentado, que llega a la altura del ombligo; levantado éste, se ve el estómago, grande, dilatado con adherencias laxas al colon transversal que se rompen. Desprendida la anastomosis gastro-entérica, se encuentra el ojal quirúrgico por donde entran fácilmente dos traveses de dedo. Abierto el estómago no se observa hipertrofia del píloro; a continuación encontramos el duodeno: existe a la altura de la ampolla de Vater una parte estrechada. La primera, y parte de la segunda porción están sumamente dilatadas, de 6 cms de diámetro, que termina en un fondo de saco, ver figura N^o 5, el resto del duodeno, conserva el tamaño normal.

Esta parte estrechada, está constituida por un verdadero diafragma, que lo separa en dos partes, la superior dilatada, la inferior normal. Este tabique no es completo sino que en el centro está perforado por un orificio filiforme tan reducido que apenas pasa una crin; está constituido por un tejido duro, fibroso, que tiene medio centímetro de espesor, y colocado por encima de la desembocadura de la ampolla de Vater, es decir, que es supravateriano como lo muestra la figura N^o 5.

La disección de la pieza anatómica, permitió descubrir una torsión o enrollamiento, en sentido del eje duodenal, como si hubiera sufrido media vuelta de tirabuzón, exactamente en el lugar de la estrechez, de manera que el conducto filiforme quedaba totalmente obliterado, y la parte superior dilatada sin ninguna clase de comunicación con el resto del duodeno. Ver Figs. Nros. 6, 7 y 8.

Se ha dicho más arriba, que por ese conducto filiforme, se pudo pasar una crin, eso fué posible, al tener la pieza fuera del abdomen, ver fig. N^o 9, y desenroscada con ambas manos, de lo contrario quedaba un conducto totalmente obliterado.

Es interesante añadir, que el conducto colédoco estaba permeable, pero algo aplastado.

Examen histopatológico del duodeno:

Los cortes, de la región dilatada, presentan una disposición bastante normal, la capa muscular muy adelgazada y en la mucosa se observa atrofia de la túnica con disminución del número de las glándulas de Brünner. En los que corresponden a la parte normal, no hay signos inflamatorios, y se observan algunas lesiones de autolisis; referente a la túnica muscular no hay nada digno de mención, salvo ligero aumento del espesor de las fibras.

Consideraciones e interpretación del caso:

Se trata de un recién nacido de 14 días, que presenta desde su nacimiento vómitos incoercibles, teñidos de bilis, ondas peristálticas en la pared abdominal, constipación absoluta, habiendo eliminado únicamente meconio y con grave estado de desnutrición.

Con este conjunto de síntomas, se hizo el diagnóstico de atresia duodenal infravateriana; corroborado por el examen radiológico: imagen bilocular, en reloj de arena, en donde cada saco opaco tenía en su parte superior una cámara de aire, la grande correspondiente al estómago y la pequeña al duodeno.

La investigación del síndrome humoral demostró que se estaba frente a un intenso estado de alcalosis por exposición de cloruros debido a su síndrome emetizante.

La operación puso de manifiesto, una atresia duodenal alrededor de la ampolla de Vater, ver fig. N^o 9 y la intervención consistió en una G. E. efectuada con anestesia lo-

cal; siendo tratado en el pre y post operatorio con suero salino.

La autopsia reveló una estenosis cerrada por un tabique interduodenal, de origen congénito, supravateriano. Esta comprobación, está en aparente contradicción con el diagnóstico clínico de atresia duodenal supravateriana.

En el lactante, la diferencia clínica de localización para determinar si la estenosis duodenal es supra o infravateriana, no puede realizarse con un valor terminante. Ya Marfan, comentando este mismo tema, ha dejado sentado que los vómitos conteniendo bilis constituyen el carácter principal de las estenosis infravaterianas; exactamente como nuestro diagnóstico clínico, pero agrega que no es decisivo, debido a las anomalías del colédoco, que explican la presencia de vómitos biliosos en estenosis supravaterianas y aún en las estenosis hipertróficas del píloro.

RÉSUMÉ

Atrésie du duodénum, par le Dr. Eduardo G. Caselli, professeur adjoint de Pédiatrie et Puériculture à la Faculté de Médecine de l'Université de La Plata.

L'observation personnelle présente un syndrome clinique, "humoral", et radiologique d'atrésie duodénale supravaterienne, à cause du diaphragme congénital de la seconde portion; on vérifia cette observation par l'autopsie.

Les pièces anatomiques employées dans les autopsies restent au Musée d'Anatomie Pathologique de l'Hôpital des Enfants de La Plata sous le N^o 5859.

ABSTRACT

Atresia of the duodenum, by Dr. Eduardo G. Caselli.

In synthesis, the author presents a clinical, humoral and radiological syndrome of the atresia of the duodenum, above the ampolla of vater, by congenital diaphragm formation of the second portion of the duodenum, confirmed at autopsy.

The anatomical specimens taken at autopsy are kept in the Museum of Pathological Anatomy of the Children's Hospital of La Plata under N^o 5958.

ZUSAMMENFASSUNG

Verklebung des Zwölffingerdarm, von beigelegten Prof. der Klinik für Kinderkeilkunde und Puerinultur Dr. Eduardo G. Caselli.

In Synthese, der persönlichen Beobachtung, stellt ein humoral klimisches Syndrom dar und radiologisch die Verklebung des Zwölffingerdarm supravaterianisch, festgestellt in der Sektion, wegen angeborenen Zwerchfell in der zweiten Portion.

Die anatomischen Stücke sind in Verwahrung im anatomischen, pathologischen Museum des Kinderspitals in La Plata, unter der Nummerreihe 5859.

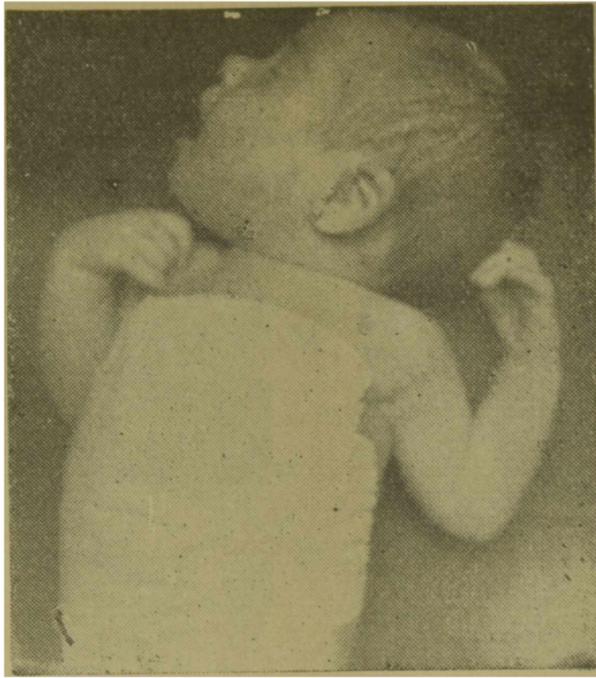


Fig. No. 1

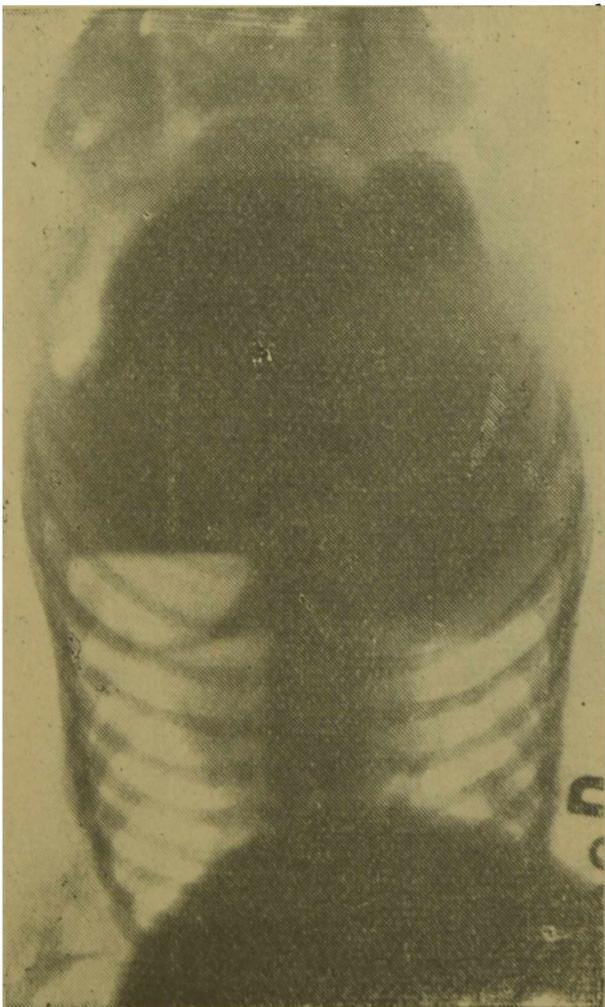


Fig. No. 2

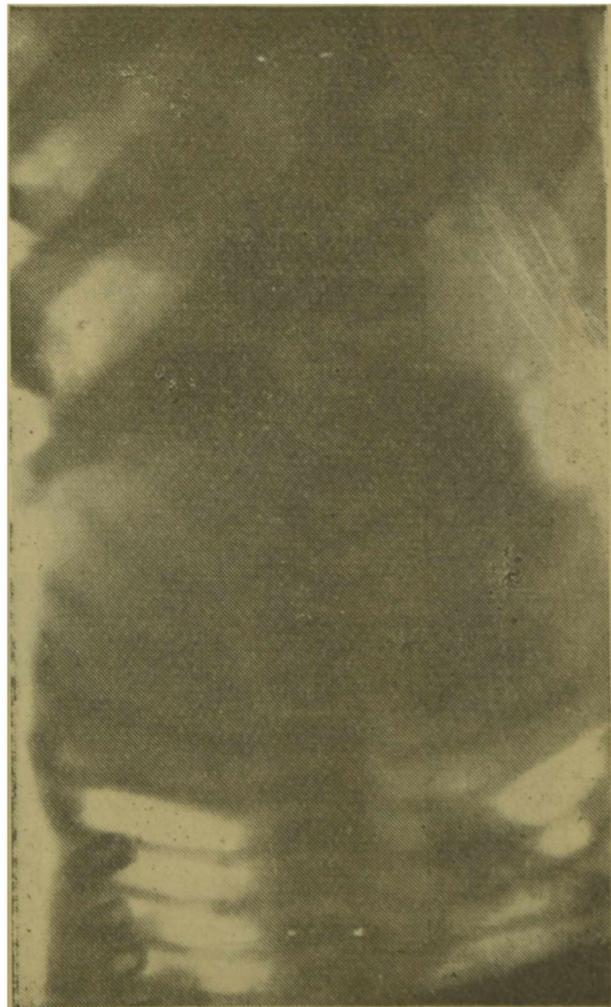
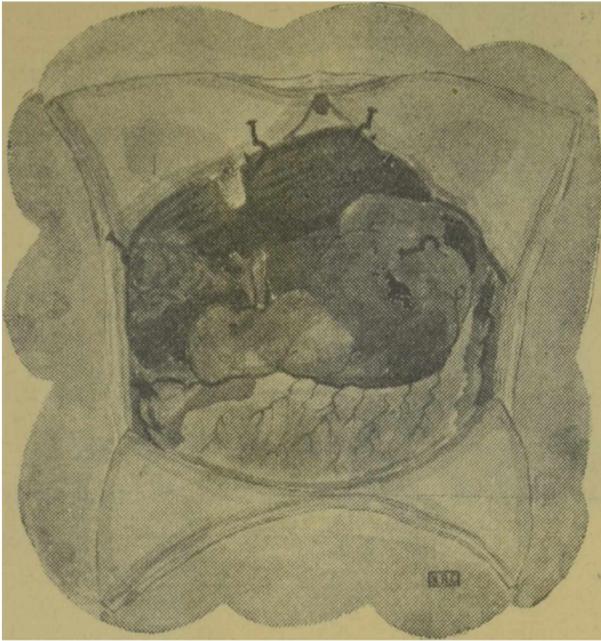
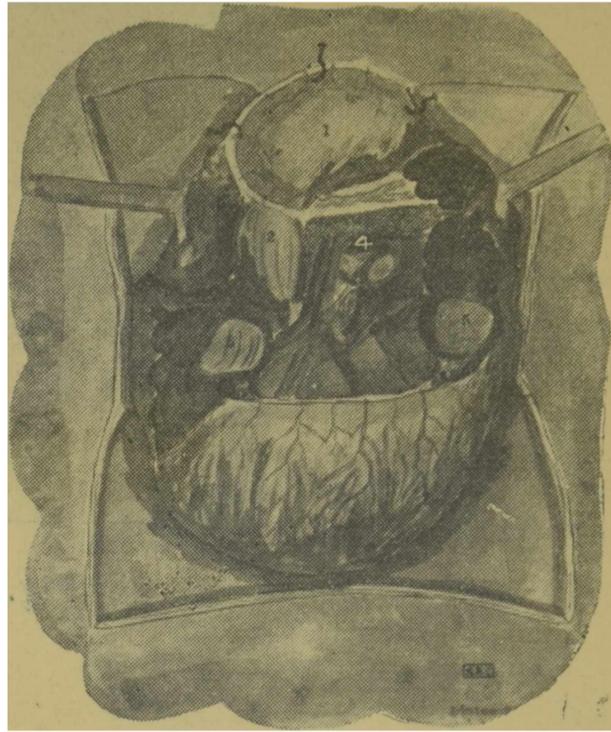


Fig. No. 3



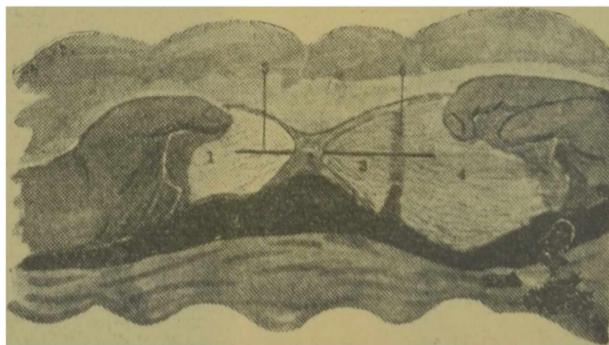
1) Estómago.-
2) Duodeno dilatado.-

Fig. No. 4



1) Estómago vuelto hacia arriba.-
2) 1ª y 2ª porción de duodeno dilatada, supraestenósica.-
3) Lugar de la estenosis.-
4) Angulo duodeno-jejunal, con sección de fleco.-
5) Color transverso seccionado.-

Fig. No. 5



1) 3ª porción de duodeno -
2) Lugar de la estenosis -
3) 1ª y 2ª porción de duodeno.-
4) Estómago -
5) Bala etc pasando por la estenosis
6) Fleco

Fig. No. 6

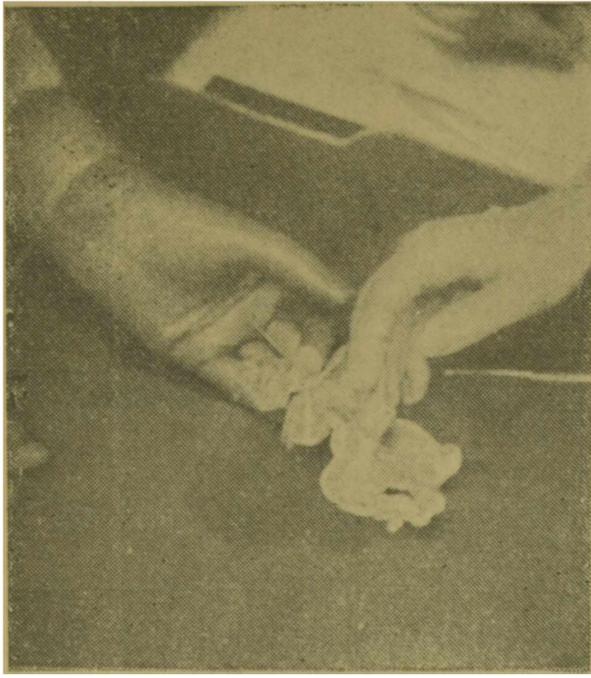


Fig. No. 7

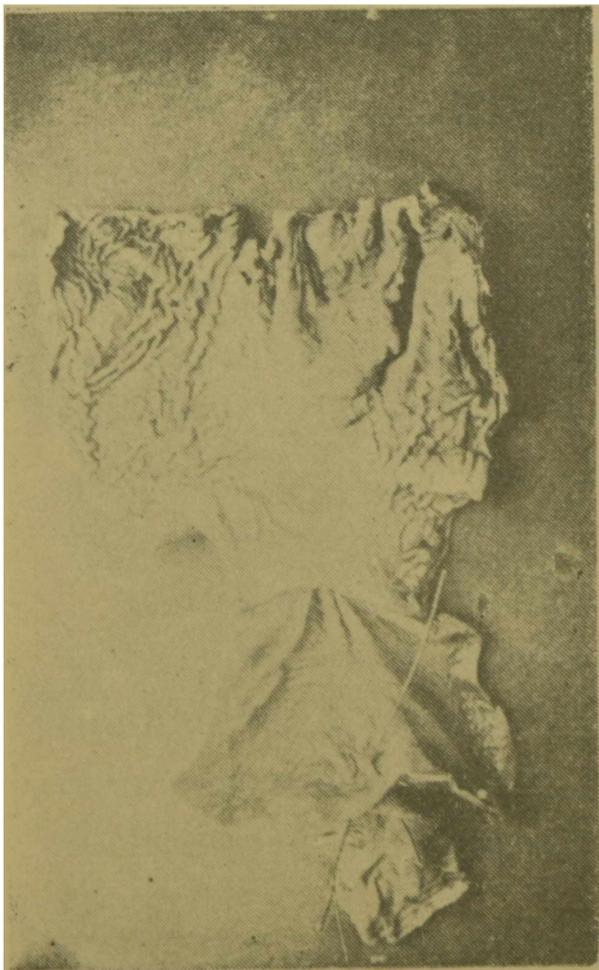


Fig. No. 8

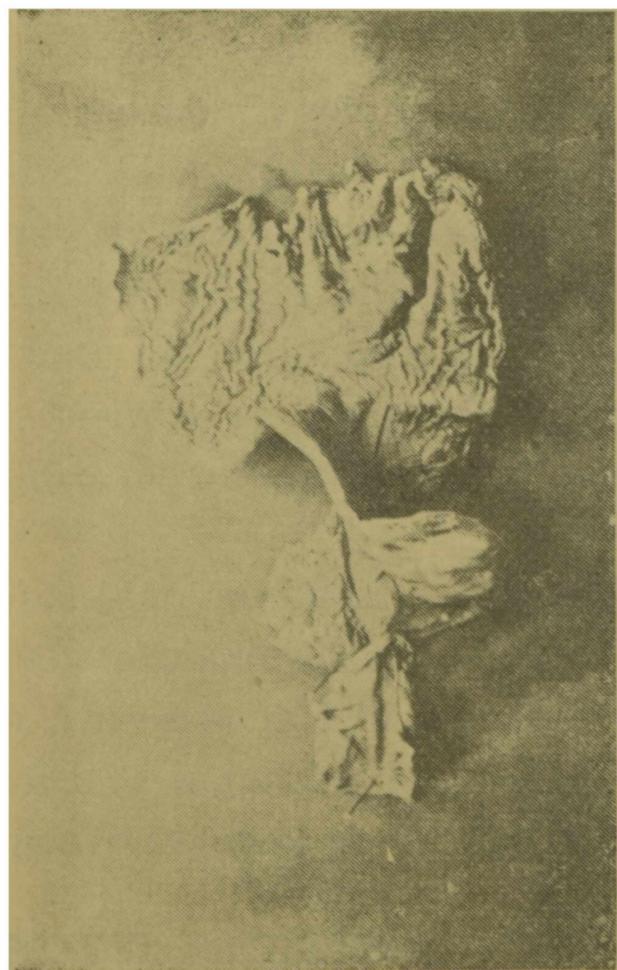


Fig. No. 9