



ABDOMINAL DISTENTION IN A TERM INFANT WITH UNILATERAL VENTRICULOMEGALY

DISTENSIÓN ABDOMINAL EN UN RECIÉN NACIDO DE TÉRMINO
CON VENTRICULOMEGALIA UNILATERAL

Sonia González – Interna Medicina USS
Dr. Gerardo Flores – Neonatólogo HPM
Internado Pediatría - Rotación Neonatología 2019



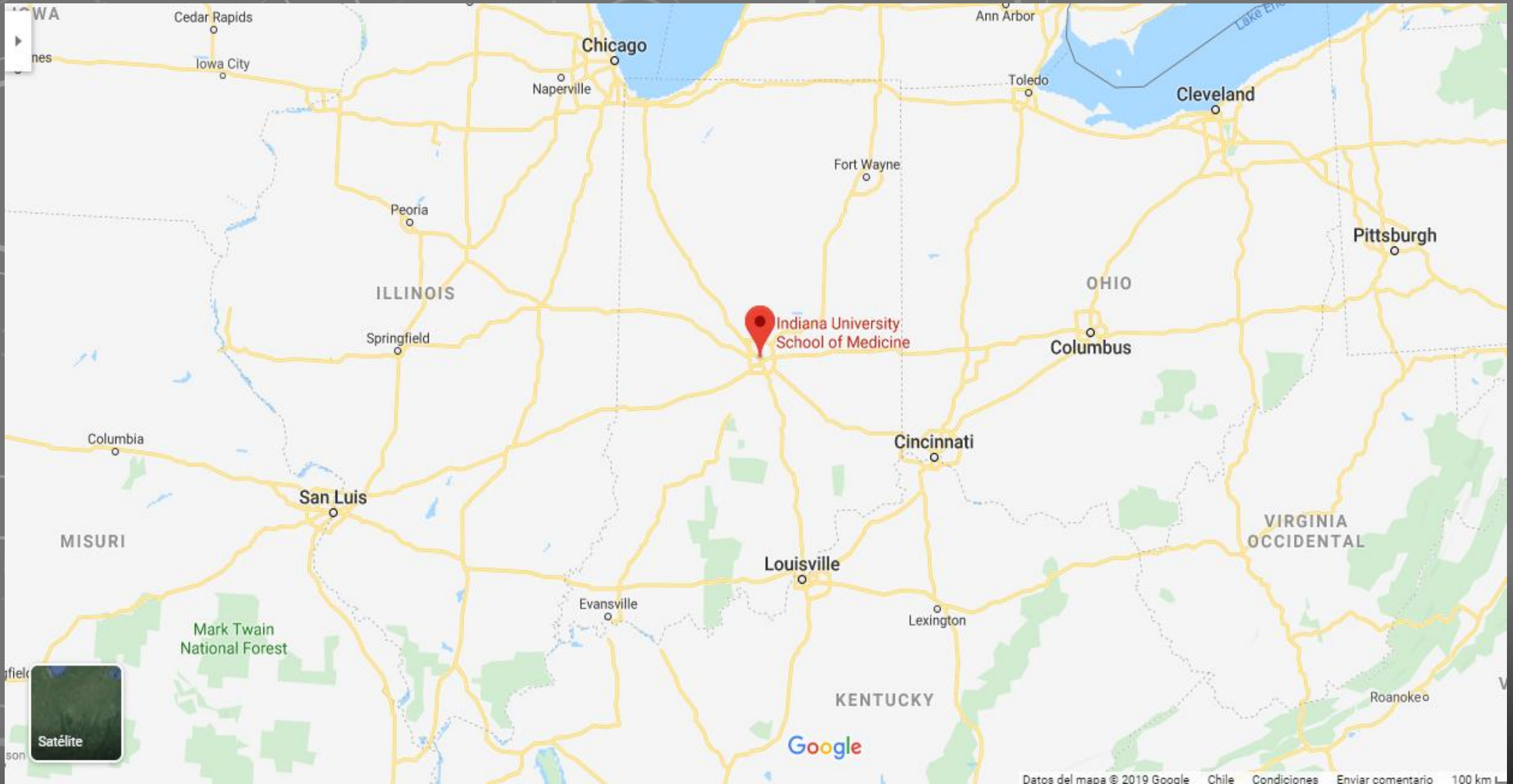
ALLISON N. J. LYLE, MD, MA

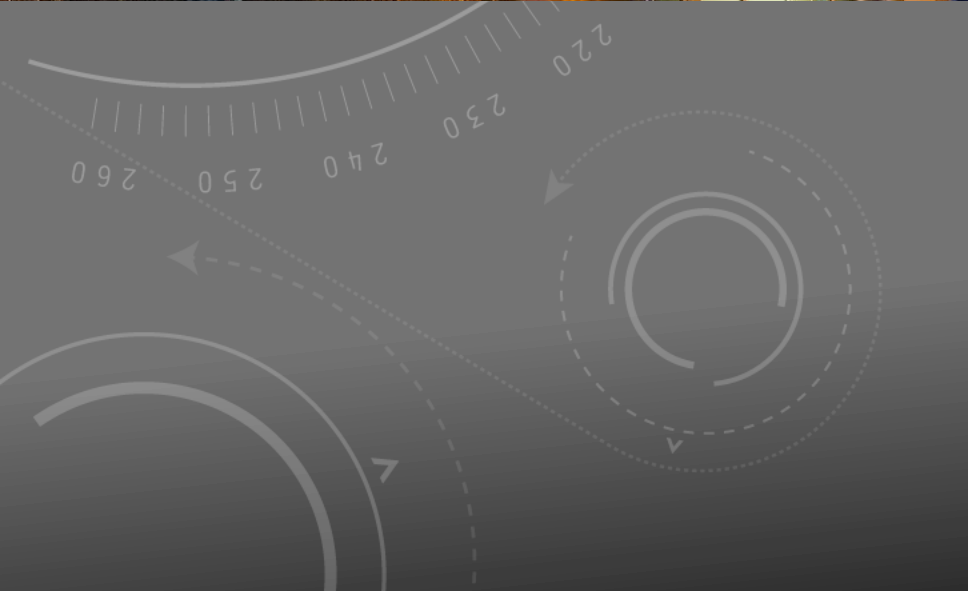


BOBBI J. BYRNE, MD

DEPARTMENT OF GRADUATE MEDICAL EDUCATION, DEPARTMENT OF PEDIATRICS, AND DIVISION OF
NEONATAL MEDICINE, INDIANA UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE, INDIANAPOLIS, IN







PRESENTACIÓN CASO

- Historia prenatal: cuidado prenatal tardío (14 semanas) y diagnóstico fetal de ventriculomegalia derecha en ecografía (a las 20 semanas, confirmada con resonancia magnética a las 27 semanas)
- Pruebas serológicas prenatales negativas, TTOG normal, DNA fetal negativo para trisomías 13, 18 y 21.
 - Plan: admitir a RN en UCIN para futuras imágenes cerebrales.
- RNT femenina 37 + 2 semanas, peso nacimiento 3.1 Kg. Parto vaginal, madre 26 años, inducción por preeclampsia, se administró sulfato de magnesio durante parto.

PRESENTACIÓN CASO

- Al parto: RN vigoroso, APGAR 9-9. Peso en percentil 50, talla mayor a percentil 97, circunferencia craneana en percentil 90, ano perforado. Admitido en UCIN por ventriculomegalia derecha.
- RNM al día del nacimiento muestra ventriculomegalia asimétrica derecha, probablemente secundaria a hemorragia previa de matriz germinal con hemorragia intraventricular.
- RN se alimenta oralmente, con tolerancia normal, pero sin deposiciones.
- Al nacimiento, microarray: duplicación benigna de 7q21.12-q21.13, sin asociación clínica significativa conocida.
- 1 día posterior al nacimiento: RN con distensión abdominal, ruidos intestinales disminuidos y letargia. Se discontinúa alimentación oral y se inicia fleboclisis. Signos vitales estables. Examen: sin otros hallazgos, sin distress respiratorio, pero persiste sin deposiciones.

PROGRESIÓN DEL CASO

- Radiografía de riñón, uréter y vejiga: moderada dilatación de asas intestinales en el abdomen.
- No se administró nada vía oral, se indica SNG para descompresión abdominal.
- Se inicia ampicilina-gentamicina posterior a screening de sepsis.
 - Celldyn y PCR normal.
- Se repite radiografía de riñón-uréter-vejiga: se observa obstrucción de intestino delgado, RN evoluciona con residuo bilioso saliendo desde SNG.
- Se realiza enema contrastado al 3er día: múltiples defectos intraluminales de llenado y acumulación de meconio.



Figure 2. Multiple intraluminal filling defects and meconium plugging noted on water-soluble contrast enema.

PROGRESIÓN DEL CASO

- Posterior al enema, RN inicia con deposiciones, con 5 deposiciones meconiales abundantes durante las siguientes 24 hrs. Distensión abdominal y residuo gástrico disminuye, y la Rx de riñón-vejiga-uréter demostró disminución de la distensión gaseosa abdominal.
- Se reinicia alimentación oral posterior a 2 días del enema, sin dificultades.
- Mediciones diarias de circunferencia craneana permanecieron estables durante la hospitalización.
- Se da de alta al 7mo día de vida, alimentándose y con deposiciones normales, con seguimiento al alta con neurocirugía para monitorizar ventriculomegalia.

DISCUSIÓN

- El diagnóstico diferencial de distensión abdominal en RN incluye: vólvulo con o sin malrotación, enterocolitis necrotizante, sepsis, enfermedad de Hirschsprung, síndromes meconiales (íleo o acumulación), bridas intestinales o atresias, estenosis pilórica hipertrófica, microcolon congénito, perforación intestinal espontánea, ano imperforado, bandas peritoneales, hernias internas, y raramente lactobezoars.

DISCUSIÓN

- Síndrome de colon izquierdo corto: descrito por 1ra vez en 1974.
 - Se piensa que ocurre debido a inmadurez del plexo mientérico del colon, que lleva a obstrucción funcional transitoria en RN y tiene gran asociación con: diabetes mellitus materna, preeclampsia tratada con sulfato de magnesio, prematuridad.
 - Diabetes mellitus materna, o diabetes gestacional o pregestacional, es la asociación más común, reportada en 40-50% en los pocos casos publicados de síndrome de colon izquierdo corto.
 - Síndrome de colon izquierdo corto es comúnmente diagnosticado en RN que fallan en tener meconio durante las primeras 48 hrs después del nacimiento.

DISCUSIÓN

- Radiografía abdominal: demostrará obstrucción intestinal baja con o sin niveles hidroaéreos.
- Enema contrastado es frecuentemente diagnóstico y terapéutico en estos pacientes, demostrando un cambio significativo en el calibre colónico.
- Ocurre una abrupta transición desde el ángulo esplénico al colon distal estrecho, liberando la obstrucción a través del “enjuague” del meconio presente en el colon distal.
- La motilidad intestinal sin complicaciones a largo plazo se espera en casos de síndrome de colon izquierdo corto.

LECCIONES PARA EL CLÍNICO

- Retraso en el paso del meconio puede ser asociado a desórdenes como enfermedad de Hirschsprung, aún así, síndrome de colon izquierdo corto es el diagnóstico más común.
- El síndrome de colon izquierdo corto tiene una fuerte asociación con diabetes mellitus materna.
- Cualquier RN que no tiene deposiciones meconiales durante las primeras 48 horas después del nacimiento debe tener una evaluación oportuna para obstrucción, aún si es asintomática.
- Enemas contrastados solubles son frecuentemente diagnósticos y terapéuticos en estos pacientes.

REFERENCIAS

- 1. Fanaroff A, Martin R, Walsh M. Neonatal-Perinatal Medicine: Diseases of the Fetus and Infant, 10th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2014
- 2. Aguayo P, Fraser JD, St. Peter SD, Ostlie DJ. Perforated Meckle's diverticulum in a micropremature infant and review of the literature. *Pediatr Surg Int.* 2009;25(6):539–541
- 3. Ellis H, Kumar R, Kostyrka B. Neonatal small left colon syndrome in the offspring of diabetic mothers: an analysis of 105 children. *J Pediatr Surg.* 2009;44(12):2343–2346
- 4. Loening-Baucke V, Kimura K. Failure to pass meconium: diagnosing neonatal intestinal obstruction. *Am Fam Physician.* 1999;60(7):2043–2050
- 5. Davis WS, Allen RP, Favara BE, Slovis TL. Neonatal small left colon syndrome. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med.* 1974;120(2):322–329
- 6. Nurko S. Motility of the colon and anorectum. *NeoReviews.* 2006;7(1):34–46.