

Invaginación intestinal neonatal en gran prematuro.

Una presentación infrecuente

Quiñonez Silvero, E; Palacios Prados, A; Siles Hinojosa, A; García Soldevila, N.
Hospital Regional Universitario de Málaga, España.

INTRODUCCIÓN:

La invaginación intestinal (II) es una patología frecuente en el lactante y el niño pequeño, no obstante, es raro de encontrarla en el periodo neonatal (1% de los casos en <3 meses). Suele ser idiopática, asociada a hiperplasia de las placas de Peyer, aunque en casos neonatales están asociados a otras enfermedades basales.

CASO CLÍNICO.

Paciente varón de 24+1 semanas de gestación, 574g, parto gemelar, distócico: cesárea por prolapso de bolsa, corioamnionitis, meconiorrexis en los primeros 2 días de vida (DDV). Desde el 1º DDV alimentación enteral trófica a través de SNG con leche materna inicialmente buena tolerancia, interrumpiéndose por empeoramiento clínico, precisando cesar por drenaje bilioso, que a los 8 DDV comienza con distensión abdominal y dolor, aumento de red venosa superficial con empeoramiento del estado general.



En ecografía, burbujas de neumoperitoneo con asas en hemiabdomen izquierdo y superior con pared engrosada, mucosa hiperecogénica y patrón de cebra. Se objetiva II yeyuno-yeyunal. Burbujas de neumoperitoneo ad-

yacentes a asas en fosa iliaca derecha (FID). Hallazgos compatibles con perforación intestinal y peritonitis.

Se decide laparotomía, con exteriorización todas las asas de intestino delgado. Se evidencia II íleo-ileal a 3 cm de válvula ileocecal, perforación intestinal ileal previo a invaginación (a 5 cm válvula) y otra perforación en libro abierto a 8,5 cm de válvula.



Se desinvagina y se liberan 2 cm de intestino no viable con defecto mesentérico. Se realiza resección intestinal englobando ambas perforaciones y área de II (8 cm longitud). Se decide realización de ileostomía doble en cañón de escopeta en FID (ileostomía proximal funcionante - medial, ileostomía distal - lateral).



3 meses más tarde se reinterviene para cierre de ileostomía, anastomosis termino terminal. Se coloca SNG abierta bolsa y se deja en dieta absoluta. Al 4º día postoperatorio inicia tolerancia oral con dieta trófica a través de SNG y deposiciones presentes.

A los 4 meses desde el nacimiento es dado de alta, tolerando bien vía oral con biberón, deposiciones mantenidas, buen aspecto de herida quirúrgica.

Conclusiones y comentarios.

Pese a ser un cuadro raro en neonatos, debe de tenerse presente ante un cuadro obstructivo en edades fuera del rango habitual de presentación. Especialmente, en pacientes con patologías de base, como pueden ser una enterocolitis necrotizante, alteraciones de la coagulación que predisponga a hematomas y sirvan de cabeza de invaginación. Un reconocimiento precoz de esta patología y un tratamiento a tiempo puede evitar complicaciones derivadas de este cuadro como perforaciones intestinales, peritonitis, necrosis y resecciones intestinales.