

Neumoperitoneo como presentación de síndrome de colon izquierdo hipoplásico neonatal.

Vicent Rozas M. ⁽¹⁾, Carrascosa Rabadán P. ⁽¹⁾, Pellicer Viudes C. ⁽¹⁾, Hernández Anselmi E. ⁽²⁾, Medina Monzón C. ⁽²⁾, Castillo Serrano A. ⁽²⁾.

Médico Interino Residente Pediatría Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA) ⁽¹⁾, FEA Pediatría CHUA ⁽²⁾

Introducción

Los **hijos de madre diabética (HMD)** se consideran neonatos de riesgo elevado por las numerosas complicaciones que pueden presentar. El **síndrome de colon izquierdo hipoplásico o pequeño (SCIP)** es infrecuente pero se asocia en un 40% de casos a HMD. Su clínica habitual es en forma de obstrucción intestinal baja en las primeras 24-48 horas de vida, obligando al diagnóstico diferencial con entidades más frecuentes como la enfermedad de Hirschprung y el síndrome de tapón meconial.

Caso clínico

- Neonato varón que ingresa en UCIN por **distrés respiratorio**.
- Antecedente materno de **DM tipo 1** (HbA1c 7,5%). Polihidramnios y arteria umbilical única. Cesárea urgente en semana 36+5 por **RPBF**. APGAR 8/10 (**pHa 7,15, pHv 7,1**). No precisa reanimación. PRN 4680 gr (>p97). Fenotipo HMD sin otras dismorfias. Taquipnea con esfuerzo superficial e hipoxemia.
- Clínica respiratoria sugestiva de pulmón húmedo; **acidosis respiratoria** al ingreso. Precisa VNI durante 12 horas con FiO2 máxima 30%. Hipoglucemia precoz asintomática que remonta con aportes endovenosos basales. Nutrición enteral con fórmula adaptada desde las 18 horas de vida presentando marcada **distensión abdominal** y **vómitos biliosos**, no meconiorrexis. Radiografía de abdomen con distensión de asas sin signos de obstrucción ni aire ectópico. Tratamiento con dieta absoluta, SNG abierta y enemas con SSF tibio con emisión de algún molde meconial.
- Deterioro clínico a las 48 horas de vida, elevación de RFA y neumoperitoneo en radiografía de control.

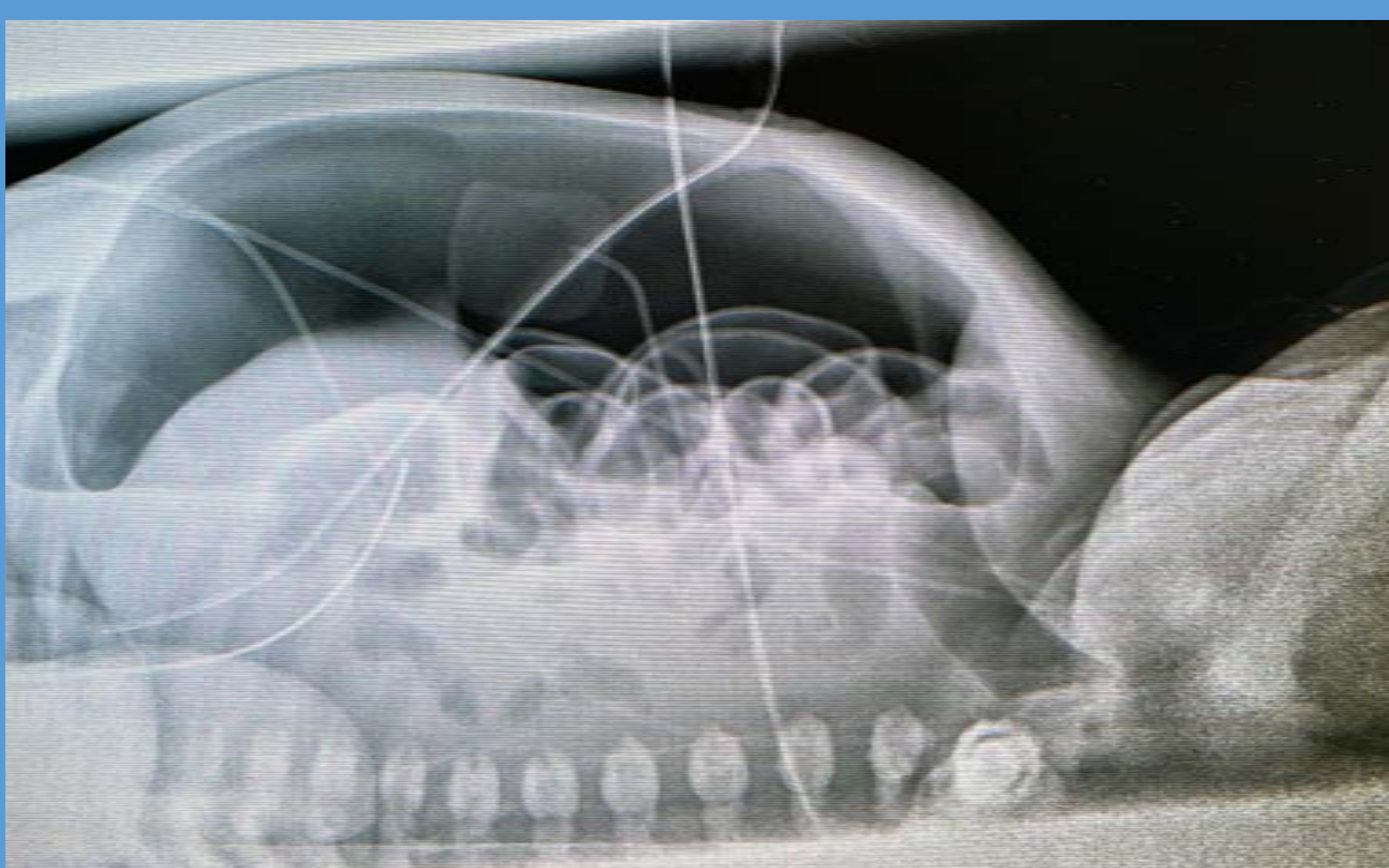


Figura 1. Neumoperitoneo en radiografía abdominal de control.

- Laparotomía urgente: perforación de íleon distal, plastrón en pelvis y líquido libre. No isquemia intestinal. Sigma de calibre inferior al del resto del colon, recto dilatado. Resección de 5 cm de intestino delgado y anastomosis termino-terminal. **Biopsia sin aganglionismo**. Postoperatorio inmediato favorable, recuperando tránsito y tolerancia enteral tras 5 días de antibioterapia y nutrición parenteral.

Conclusiones

- El debut neonatal del SCIP como **perforación intestinal** es excepcional, siendo escasas las reseñas en la literatura. Aunque el **tratamiento es mayoritariamente conservador** con enemas rectales hasta restablecer el tránsito distal; en casos con mala evolución o complicaciones asociadas es necesaria la revisión quirúrgica e incluso la realización de colostomía.
- En nuestro caso, los hallazgos quirúrgicos fueron sugestivos de perforación de probable origen antenatal con plastrón organizado.
- La **prematuridad**, el **escaso calibre del sigma**, el **ambiente perinatal desfavorable** (registro poco satisfactorio con acidosis en gases de cordón) y el **inadecuado control gestacional de la diabetes** son factores de riesgo que pueden explicar el debut como urgencia quirúrgica del SCIP.