

XXVIX REUNIÓN SOCIEDAD GINECOLÓGICA MURCIANA

DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO PRENATAL, MANEJO Y EVOLUCIÓN DE UN CASO DE ATRESIA DUODENAL: PANCREAS ANULAR.

*Servicio de Obstetricia y Ginecología de Hospital General Universitario Santa Lucía.
Rodríguez López, P., Bueno González M.M., Jiménez García, A., Peiró Jornet J., Velasco Martínez, M., Talens Orts, P., Lorente Fernández, M., Salas Hernández, J.,

INTRODUCCIÓN.

La **atresia duodenal** es el tipo más frecuente de obstrucción congénita del intestino delgado que se presenta en uno de cada 10 000 nacidos vivos. Aproximadamente el 20-30% de los niños con atresia duodenal son portadores de la trisomía 21, y alrededor del 20-25% presentan anomalías cardíacas. Las malformaciones del intestino craneal también están presentes frecuentemente.

La atresia duodenal se clasifica en tres tipos: tipo I (diafragma duodenal), relacionado con la presencia de una membrana diafragmática mucosa con pared muscular intacta; tipo II (atresia duodenal completa), caracterizado por una cuerda fibrosa corta que conecta los dos finales del duodeno atrésico; y tipo III (también atresia duodenal completa), que corresponde a la separación completa de los dos finales del duodeno, en ocasiones, junto con páncreas anular.

El **páncreas anular** es una forma particular de la atresia duodenal en la cual la cabeza del páncreas forma un anillo alrededor de la segunda porción del duodeno. Se estima incidencia anual de alrededor de 1/50.000 nacimientos y representa el 10% de todos los casos de estenosis duodenal. La sintomatología neonatal está dominada por la existencia de una distensión gástrica, acompañada de vómitos no biliosos, ya que la obstrucción es por lo general supravateriana (por encima de la unión de los conductos biliares). Como para las otras formas de atresia duodenal,

El **diagnóstico ecográfico prenatal** se basa en el hallazgo, en una sección transversal del abdomen fetal, de una imagen característica en "doble quiste", equivalente a la imagen radiológica en "doble burbuja", resultado de la distensión simultánea del estómago y la porción proximal del duodeno, asociado generalmente a polihidramnios (48%), si el cuadro se observa después de las 24 semanas de gestación.

La detección prenatal de esta malformación congénita que requiere cirugía para su resolución permite planear el parto en una unidad obstétrica, con una resucitación rápida y una intervención quirúrgica neonatal inmediata.

Se presenta un caso de diagnóstico ecográfico prenatal, manejo y evolución de una atresia duodenal de tipo páncreas anular, atendido en el Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena (HUSL).

CASO CLÍNICO.

Mujer de 35 años, sin antecedentes personales, médicos o quirúrgicos de interés.

Antecedentes obstétricos: dos partos eutócicos a término con hijos sanos. Su tercera gestación presenta un curso normal, con ecografía de primer trimestre, cribado cromosómico combinado y ecografía morfológica de semana 20 normales.

En semana 27.6 consulta en urgencias de Ginecología del HUSL por sensación de dinámica uterina sintomática. Es dada de alta tras la remisión de la dinámica con reposo e hidratación y dada la ausencia de modificación cervical durante las horas. Se la cita en consulta de Medicina Fetal por hallazgo en ecografía de Urgencias de polihidramnios, cámara gástrica dilatada y posible quiste abdominal.

En semana 28.2 se confirma la presencia de polihidramnios con ILA 31,7cm y se observa imagen de doble burbuja gástrica, posible estenosis de píloro.

Siendo estos hallazgos altamente sugestivos de **ATRESIA DUODENAL**, se recomienda amniocentesis genética con array-CGH que se realiza dos días más tarde.

La gestante acude en semana 29,4 a recoger resultados de amniocentesis con diagnóstico genético de **TRISOMIA 21**.

Se realiza posterior control de la gestación.

En semana 36.0 (día 06/01/2019) la gestante ingresa en periodo de latencia de parto. El niño nace el 07/01/2019 median un parto eutócico con APGAR 9/9 y gases de cordón de sangre arterial normales.

La paciente es dada de alta a los 2 días con estabilidad hemodinámica y clínica, tras un puerperio inmediato dentro de la normalidad.

EVOLUCIÓN DEL RECIÉN NACIDO.

A su nacimiento el 07/01/2019 RN es ingresado en la UCIN en dieta absoluta. Se realiza radiografía de abdomen al ingreso: doble burbuja.

El 08/01/2019 se realiza **CIRUGÍA DE ATRESIA DUODENAL-PÁNCREAS ANULAR** con anastomosis duodeno-duodeno según técnica de Kimura. Buena evolución desde el punto de vista digestivo y quirúrgico. Permanece a dieta absoluta durante 8 días, iniciando alimentación enteral por sonda transanastomótica con lactancia materna en cantidad creciente de forma progresiva con excelente tolerancia. Se inician tomas por succión al 10º día de postoperatorio (PO), realizando todas las tomas completas por succión desde el 15º día posoperatorio. Es dado de alta al 18º día PO con buena tolerancia oral y ganancia ponderal adecuada.

BIBLIOGRAFÍA.

- ❖ Carrera JM, Alegre M, Torrents M. Anomalías del aparato digestivo. En: Carrera JM, Alegre M, Navarrete L, Sabater J, Salvador C, Solé MT. Diagnóstico Prenatal. Barcelona: Salvat Ed.
- ❖ Ramos JM, Ferrer M, Pérez MA. Malformaciones del tracto digestivo. Valoración ecográfica. En: Ramos JM, Ferrer M, Carreras E, Farrán I, Borrell A. Ecografía Obstétrica: Criterios biométricos y funcionales. Malformaciones fetales. Barcelona: Mosby/Doyma.
- ❖ Pameijer CR, Hubbard AM, Coleman B, Flake AW. Combined pure esophageal atresia, duodenal atresia, biliary atresia, and pancreatic ductal atresia: Prenatal diagnostic features and review of the literature. J Ped Surg 2016; 35(5):

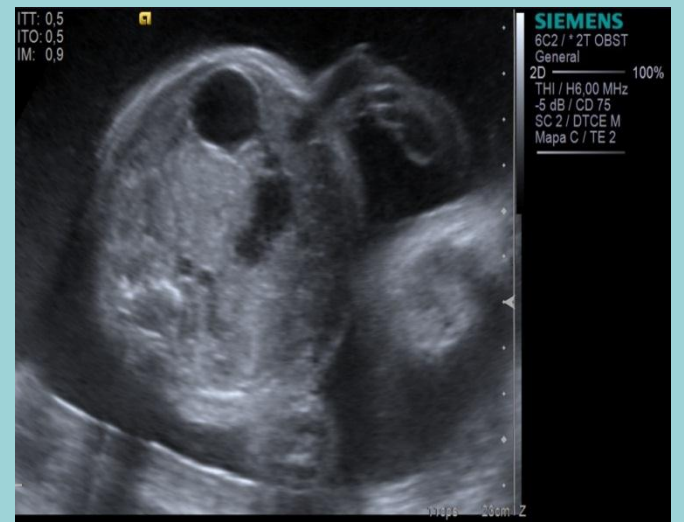


Imagen ecográfica de doble burbuja gástrica

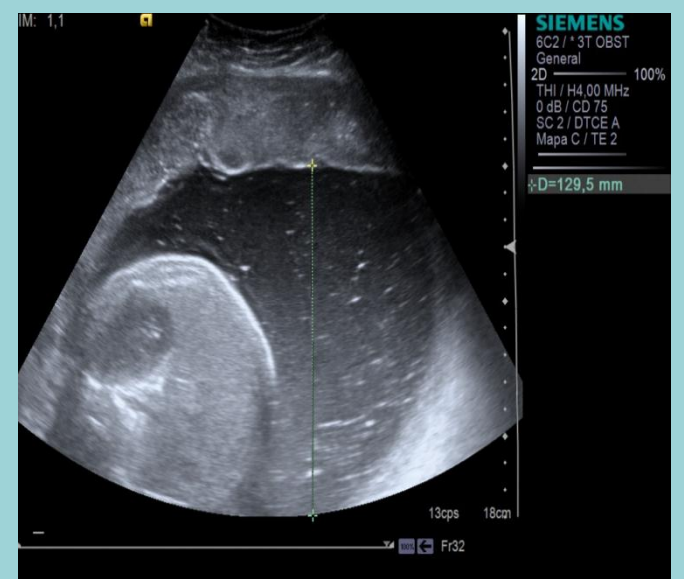


Imagen ecográfica de columna máxima de LA 129mm. Polihidramnios.