

ATRESIA Y ESTENOSIS INTESTINAL CONGENITA

Drs. ALFREDO DEL RIO, CARLOS BOEHME y MARIO RIVERO *

Cátedra de Cirugía Infantil del Prof. Carlos Urrutia.

Hospital "Luis Calvo Mackenna".

La atresia y la estenosis intrínseca congénita del intestino son malformaciones que tienen un origen embriológico común, y si bien es cierto que su diferenciación anatómo-patológica es clara, clínica y aún radiológicamente tal distinción puede ser difícil. De ahí que las hayamos reunido en el presente trabajo, aunque hemos tenido cuidado de considerar separadamente los resultados por las razones que daremos después.

La literatura nacional que existe sobre este tema es relativamente escasa, hemos encontrado referencias de los Drs. Johow, Gantes, Molina y Bengoa, y el año pasado una revisión de los Drs. Garcés, Lusínchi y Neira basada en 11 casos observados en el Hospital R. del Río. En ninguna de estas publicaciones se mencionan casos de sobrevida. Por el contrario en la literatura extranjera se citan numerosos casos tratados con éxito, siendo la mejor estadística la de Gross que obtiene un 53% de sobrevida, que ha llegado en 1952 a un 70%.

En el presente trabajo se resume la experiencia del Servicio de Cirugía Infantil del Hospital L. Calvo Mackenna, que di-

rige el Prof. Carlos Urrutia, obtenida con 17 enfermos tratados: 15 atresias intestinales con 4 sobrevidas y 2 estenosis que evolucionaron satisfactoriamente.

La numerosa literatura extranjera y el trabajo citado de Garcés, Lusínchi y Neira, en el que se analizan en forma detallada y completa los pormenores de la enfermedad, nos permiten evitar toda referencia general, la embriología, la anatomía patológica, el diagnóstico diferencial, para comentar más detalladamente nuestra experiencia, el tratamiento efectuado y los resultados obtenidos, refiriéndonos sólo de paso al aspecto clínico y radiológico.

Síntomas: Los síntomas más importantes en nuestros enfermos han sido los vómitos, la falta de expulsión de meconio y el meteorismo, y en general ellos bastaron para hacer el diagnóstico de obstrucción intestinal congénita.

Los vómitos se inician en las primeras 24 horas, son tanto más precoces cuanto más alta es la obstrucción, de carácter explosivo y de color bilioso por estar ubicada casi siempre la lesión más allá de la ampolla de Vater.

La falta de expulsión de meconio en un recién nacido debe hacer pensar en una

* Becario boliviano.



Fig. 2. Atresia duodenal. Gran dilatación de estómago y duodeno por gases. Falta de aire en el resto del abdomen.



Fig. 3. Atresia ileon. Dilatación de las asas intestinales, niveles hidroaéreos, en flanco derecho sombra homogénea del meconio retenido.

respiratorias hemos podido comprobar que se concentra en el intestino formando una masa dura que obstruye totalmente el lumen, y en dos ocasiones, en recién nacidos con otros cuadros abdominales que no corresponden a este trabajo, perforación del intestino por compresión y necrosis de su pared contra la superficie dura e irregular de la papilla concentrada.

No consideramos necesario demorar la intervención para ubicar con exactitud el sitio de la obstrucción, nos basta con confirmar su existencia. La radiología nos indica el sitio más alto obstruido, las lesiones múltiples o asociadas sólo pueden ponerse e nevidencia con la revisión cuidadosa del intestino durante el acto operatorio (Figs. 1, 2, 3, 4 y 5).

CASUÍSTICA

Localización y tipo de las lesiones: En 17 enfermos encontramos 15 atresias, dos se localizaban en la segunda y cuarta porción del duodeno respectivamente; las

13 restantes en el ileon, entre 10 y 25 cms. de la válvula ileocecal. Los otros dos enfermos corresponden a casos de estenosis, uno del duodeno del tipo de diafragma con pequeña perforación central de 2 mm. de diámetro, la otra una estrechez del ileon terminal a 5 cms. de la válvula, de 2 mm. de diámetro y 4 mm. de longitud (Cuadros N^o 1 y 2).

En sólo un caso observamos una atresia múltiple del ileon, en todos los demás la lesión fué única y correspondió a los tres tipos conocidos: interrupción total del intestino y de su meso (aplasia) en cuatro, intestino dilatado continuado con un cordón fibroso sin lumen que lo une al resto del intestino en cinco, intestino terminado en fondo de saco y separado del intestino normal por un tabique o diafragma en 6; de este último tipo fueron las dos atresias duodenales.

Malformaciones asociadas: En cuatro casos existía un onfalocele que fué la lesión que motivó la primera consulta; en dos de ellos se acompañó de persistencia

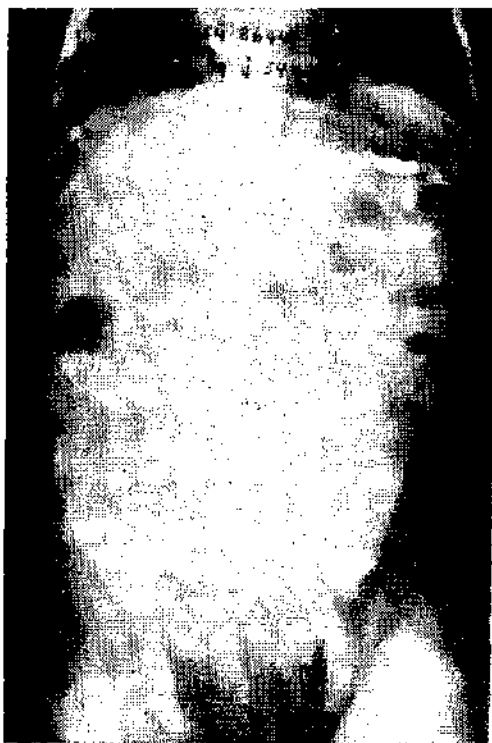


Fig. 4. Estenosis ileon. Asas dilatadas, niveles hidroaéreos.



Fig. 5. Atresia duodeno. Perforación gástrica, peritonitis; gran neumoperitoneo.

del conducto ónfalo-mesentérico que estaba fistulizado y daba salida a contenido intestinal. Un caso de atresia presentaba además una imperforación anal del llamado tipo cuatro, junto a una ectrodactilia de la mano derecha, hernia inguinal y criptorquidia (Fig. 6).

TRATAMIENTO

Pre-operatorio: La intervención de urgencia es diferida sólo las horas indispensables para colocar al enfermo en condiciones de efectuar la operación. Empleamos algunas medidas que expondremos brevemente:

La aspiración gástrica se hace por medio de una sonda Nélaton delgada (Nº 8) que se introduce en el estómago y permite vaciar su contenido, se mantiene durante la operación y es controlada por el anestesista. Con ello se alivia la tensión intraabdominal, disminuye el rechazo del diafragma lo que mejora las condiciones respiratorias, facilita la intervención y evita el peligro de los vómitos y de su as-

piración pulmonar. En caso necesario hidratación previa a la operación que preferimos iniciar con plasma (20 cc. x kilo) y continuar con suero gluco-salino. En todos estos enfermos indicamos vitamina K, 5 mgrs., para combatir la tendencia a hemorragias difusas por hipoprotrombinaemia.

Anestesia: La anestesia empleada ha sido la mezcla éter-oxígeno en circuito abierto; cuando se dispone de ciclo es preferible su uso para la inducción. En todos los casos se utiliza la intubación endotraqueal que consideramos de gran importancia, es la única forma de mantener un control completo de la respiración en este tipo de enfermos que tienden con gran facilidad a la depresión respiratoria y hacen con frecuencia períodos de apnea prolongados. Al terminar la intervención el anestesista practica siempre la aspiración endotraqueal para asegurar la permeabilidad de las vías respiratorias superiores.

La operación no se inicia hasta que no está colocada una aguja que permita la infusión endovenosa de sangre, plasma o

| — 1945-1951 — | | | | | |
|---------------|---------------------|------------|--|---|--|
| AÑO Y SEXO | EDAD DE | PESO | LESION | TRATAMIENTO | EVOLUCION |
| 1945-M. | 1 DIA | 2.350 grs. | ONFALOCELE FISTULA ONF. MES. ATRESIA ILEON | RESECCION ONFALOCELE ILEOSTOMIA | RETIRADO POR FAMILIARES. FALLECE 1 MES DESPUES EN DOMICILIO. |
| 1946-M. | 14 DIAS | 2.300 " | ATRESIA ILEON NECROSIS INTES-TINO. | RESECCION INTES-T. ANAST. LAT. LAT. | FALLECE A LAS 24 HRS. PERITONITIS BRONCONEUMONIA |
| 1946-M. | 7 DIAS | 2.750 " | ATRESIA ILEON | ANAST. LAT. LAT. | FALLECE A LAS 24 HRS BRONCONEUMONIA |
| 1946-M. | 3 " | 2.500 " | ATRESIA ILEON NECROSIS INTES-TINO | RESECCION INTES-TINO ANAST. LAT. LAT. | FALLECE AL 8. ^o DIA BRONCONEUMONIA - PERITONITIS |
| 1946-M. | 1. ^o DIA | 3.800 " | ONFALOCELE FISTULA ONF. MES. ATRESIA ILEON | RESECCION ONFALOCELE ANAST. LAT. LAT. | BUENA EVOLUCION A LOS 7 AÑOS BIEN |
| 1950-F. | 1 " | 2.300 " | ONFALOCELE IRREDUCT. ATRESIA ILEON | RESECCION ONFALOCELE E INTES-TINO VEHUNO-TRANSVEROST. LAT. LAT. | FALLECE AL 3. ^o DIA. BRONCONEUMONIA BILAT. |
| 1950-M. | 9 DIAS | 2.700 " | ATRESIA ILEON | ANAST. LAT. LAT. | DENISCENCIA HERIDA OP. PERITONITIS. FALLECE 3. ^o DIA. |
| 1951-M. | 5 " | 2.000 " | ATRESIA ILEON | ANAST. LAT. LAT. | FALLECE AL 4. ^o DIA. DENISCENCIA SUTURA. PERITONITIS |

CUADRO I.

suero, lo que es indicado y vigilado por el anestesista que lleva el control del estado general y humoral del enfermo. Esto permite al cirujano liberarse en cierto modo de esa preocupación y dedicarse por entero al acto quirúrgico. En ningún caso ha sido necesario hacer una denudación venosa para instalar la fleboclisis, pero es un recurso al que se debe recurrir si las circunstancias lo indican.

Técnica operatoria: Empleamos corrientemente una incisión paramediana derecha paraumbilical, con rechazo hacia afuera del recto anterior. Abierto el peritoneo es necesario exteriorizar y revisar cuidadosamente todo el intestino por la posibilidad de existir atresias múltiples u otras malformaciones. En el asa distal al sitio de la obstrucción, que es siempre

muy delgada y se continúa con un colon de 4 o 5 mm. de diámetro, inyectamos suero salino y aire que distienden progresivamente las asas y permite seguir bajo control visual directo el avance del líquido dentro del intestino hasta la ampolla rectal, lo que asegura la permeabilidad total de su lumen. Además la dilatación así obtenida del asa eferente facilita su anastomosis posterior.

La enteroanastomosis debe ser, por el reducido tamaño de las asas, del tipo látero-lateral amplia. A pesar de ser las paredes muy delgadas en todos los casos hemos podido hacer la sutura en dos planos: sero-seroso posterior a punto corrido o separado con seda atraumática, sutura corrida total posterior con catgut, sutura total anterior invaginante con catgut y

| — 1953-1955 — | | | | | |
|---------------|----------|------------|---|---|--|
| AÑO Y SEXO | EDAD OP. | PESO | LESION | TRATAMIENTO | EVOLUCION |
| 1953-F. | 1 DIA | 1.400 gts | ATRÉSIA DUODENAL. PERFORACION GASTRICA. PERITONITIS | SUTURA PERFORACION | FALLECE 12 Hrs. OBSTRUCCION INTESTINAL |
| 1953-M | 3 DIAS | 2.850 " | ATRÉSIA ILEON | 1- ILEOSTOMIA 2- AL 5 DIA: ANAST. LAT. LAT. | VIVO. AL AÑO 4 M. SUDOC. INTESTINAL 2a 7m. 12.000 gts. |
| 1954-F | 1 DIA | 3.200 " | ATRÉSIA ILEON | ANAST. LAT. LAT. | OBSTRUCCION POS-OP REOP. 8º DIA. FALLECE 9º DIA. |
| 1954-M. | 3 DIAS | 3.600 " | ATRÉSIA ILEON | ANAST. LAT. LAT. | OBSTRUCCION POSTOP. DEHISC. HERIDA OP. REOP. FALLECE 24 Hrs |
| 1954-M. | 1 DIA | 1.680 " | ATRÉSIA DUODENO | DUODENO Y EYUNOSTOMIA | FALLECE 24 Hrs. BRONCOPNEUMONIA ATELECTASIA |
| 1954-F. | 1 " | 3.200 " | ATRÉSIA ILEON | 1- ANAST. LAT. LAT. OBSTR. POST. OP. 2- RESECCION INTEST. Y ANAST. LAT. LAT. | VIVO. EVOLUCION PONDERAL ARRASTRADA. FALLECE A LOS 5 M. BRONCOPNEUMONIA. |
| 1955-M. | 1 " | 3.100 " | ATRÉSIA ILEON INTERP. ANAL 4º q. ECTRODACTILIA MANO | 1- ANOPLASTIA ABDOMINO-PERINEAL. ILEOSTOMIA. 2- 14º DIA: ANAST. LAT. LAT. | VIVO. CONTROL 5 MESES: DISTRONIA. EVOL. ARRASTRADA P. 4.500 gts. |
| 1954-F. | 1 DIA | 3.400 gts. | ONFALOCELE. ESTENOSIS ILEON | 1- RESECCION ONFALOCELE 2- 5º DIA: ANAST. LAT. LAT. | VIVO. CONTROL 1 1/2 A. 8.900 gts. |
| 1954-M. | 19 DIAS | 2.800 " | ESTENOSIS DUODENO | DUODENOSTOMIA Y RESECCION TABIQUE | VIVO. CONTROL 1 AÑO: 9.000 gts. |

CUADRO 2.

puntos tipo Schmieden o Connell, sutura sero-serosa anterior con seda a puntos separados. En algunos casos, como veremos después, hemos practicado en un primer tiempo operatorio una doble ileostomía tipo Mikulicz seguida día más tarde por el cierre de la ileostomía y el establecimiento de la enteroanastomosis definitiva según la técnica descrita.

La anastomosis ha sido del tipo ileo-ilear, ileo-cólica o duodeno-yeyunostomía según el sitio de la lesión y las posibilidades técnicas que ofrecía. No hemos encontrado diferencia de resultados entre las anastomosis iso o antiperistálticas. La sutura de la pared abdominal se hace cuidadosamente por planos con puntos de hilo separados.

Post-operatorio: El cuidado post-operatorio se inicia desde el momento mismo en que se termina la intervención, debe ser vigilado muy de cerca por el equipo médico quirúrgico formado por cirujano, pediatra y anestésista y aplicado con dedicación y abnegación por personal especializado. Creemos que la presión y mejor indicación de muchos de sus detalles nos ha permitido en los tres últimos años mejorar las expectativas de vida de nuestros enfermos.

La aspiración gástrica se practica en forma continuada durante 24 horas o más, hasta que se evidencie la recuperación espontánea del tránsito intestinal. Un buen guía es la decoloración del contenido gástrico aspirado, que de verdoso oscuro

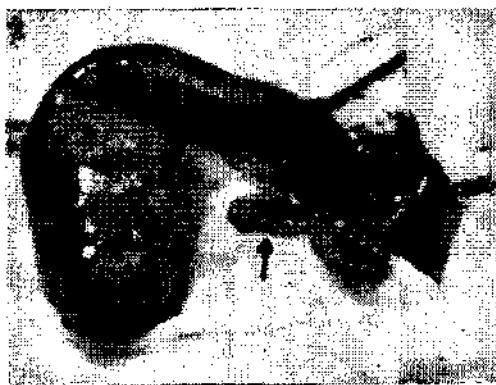


Fig. 6. N. C. 1955. Atresia ileon, imperforación anal. Foto operatoria: gran dilatación del asa proximal, separada totalmente del asa eferente (aplasia). Pequeño calibre de ésta.

se hace verde claro y transparente después. Tiene por objeto no sólo evitar los vómitos y su posible paso a las vías aéreas, sino también combatir el meteorismo al extraer del estómago el aire deglutido y el líquido intestinal que a él refluye.

Aplicamos oxígeno a permanencia en todos los casos, ya sea por medio de una sonda nasal o en una pequeña cámara especial de material plástico. Se usa oxígeno humedecido y refrigerado en cantidad de 4 litros por minuto, y se mantiene por lo menos durante las primeras 24 horas. Es a nuestro parecer una de las medidas más importantes, favorece la hematosis, combate el shock post-operatorio y contribuye eficazmente a disminuir el meteorismo.

En las primeras 24 horas se administran líquidos exclusivamente por vía parenteral (fleboclisis) en dosis total de 150 cc. por kilo de peso, de preferencia suero Ringer y suero glucosado isotónico en partes iguales, o bien un tercio de Ringer por dos tercios de suero glucosado. Si es necesario se agrega transfusiones de sangre a razón de 10 a 15 cc. por kilo, o plasma, 20 a 30 cc. por kilo, cuidando que el volumen total de líquido en las 24 horas no sobrepase la dosis indicada de 150 cc. por kilo. Tenemos especial cuidado en que su administración se haga en forma lenta, no superior a 15 gotas por minuto.

La alimentación por vía oral se inicia al segundo o tercer día, si se ha establecido el tránsito intestinal. Empleamos mezcla hidratante (suero eledón, agua de

arroz, maltosa dextrina 6%) en dosis de 100 cc. por kilo, fraccionados cada dos horas, completando el volumen de líquidos por vía parenteral. Al día siguiente o subsiguiente según la tolerancia y las condiciones del enfermo se agrega leche humana descremada en dosis total de 50 grs. y mezcla hidratante. En los días posteriores tratamos de aumentar la cantidad de leche humana a razón de 50 grs. diarios, semidescremada o entera, disminuyendo el número de maderas hasta llegar al requerimiento normal distribuido en 5 alimentaciones diarias.

Usamos sistemáticamente penicilina y estreptomycinina por vía general durante 5 o 6 días por tratarse de grandes intervenciones del aparato digestivo en recién nacidos con tendencia a infecciones respiratorias. Es útil la colocación de pequeños enemas de suero glucosado con objeto de distender ligeramente el colon y facilitar su evacuación.

Este tipo de tratamiento post-operatorio no lo hemos aplicado en realidad en igual forma desde los primeros casos pero hemos llegado a esquematizarlo en los últimos años en la forma indicada y lo usamos ahora en toda la gran cirugía abdominal de los primeros días de la vida.

COMENTARIO

En los tres últimos años de 9 enfermos operados han vivido 5, lo que representa un avance considerable sobre el período anterior a 1952, en que de 8 enfermos vivió sólo uno. En ello han influido varios factores, el diagnóstico precoz, la preparación pre-operatoria, la seguridad de la anestesia y la vigilancia cuidadosa del post-operatorio. Pero además hay otros hechos que considerar, como el tipo de lesión y la técnica quirúrgica empleada. Para un estudio más exacto veremos separadamente las estenosis y las atresias.

Estenosis: Los dos enfermos que presentaban estenosis (una del duodeno y otra del íleon), fueron niños de término y dieron su sintomatología obstructiva desde el primer día, vómitos, meteorismo, pérdida de peso. Sin embargo, el estado general se mantuvo satisfactorio y les permitió llegar en buenas condiciones a intervenciones relativamente tardías, 19º y 5º día respectivamente. A pesar que la exploración quirúrgica reveló una estre-



Fig. 7. G. T. Estenosis duodenal. Control 1 año: 9 kilos, buen estado general.

chez marcada del lumen, con una comunicación no superior a 2 mm. y gran dilatación de las asas proximales, es indudable que permitió un cierto paso del contenido intestinal que explica la conservación del estado general y el buen resultado obtenido. Esto nos permite suponer que en presencia de estenosis, por estrecha que sea la comunicación y aunque a veces los síntomas no permitan distinguirlas clínica ni radiológicamente de una atresia, las expectativas de vida son mayores.

Atresias: En total hemos operado 15 atresias intestinales, dos del duodeno y 13 del íleon. De estos 15 enfermos 7 fueron prematuros, su peso varió entre 1.400 y 2.500 grs., entre ellos estaban las dos atresias duodenales; todos fallecieron, 1 por perforación gástrica y peritonitis, 5 por atelectasia pulmonar y bronconeumonía (en dos de ellos persistieron síntomas obstructivos), uno falleció en su domicilio y desconocemos la causa.

De los 8 niños de término con atresia intestinal vivieron 4, todos operados antes del tercer día en condiciones generales y locales satisfactorias (Figs. 7, 8, 9 y 10). Los 4 fallecidos fueron operados al 7º, 3º, 7º y 9º día respectivamente.

Es indudable que la prematurez agrava considerablemente el cuadro como también la intervención tardía, que de por sí grave se hace de obscuro pronóstico después de las 72 horas; el riesgo operatorio aumenta por la rápida agravación del estado general y por las malas condiciones locales del intestino, necrosis de la pared, perforación, peritonitis.

Si comparamos ahora los resultados con la técnica empleada podemos ver algunas diferencias interesantes. En 5 de los 8 enfermos de término se practicó de inmediato una enteroanastomosis, en todos persistieron los síntomas obstructivos (3 con dehiscencia de la herida operatoria)



Fig. 8. A. A. Estenosis íleon, onfalocele. Control 1 año y medio: buen estado general, peso 8.900 grs.

y 4 de ellos fallecieron a pesar de ser reintervenidos. Sólo uno de este grupo, al que se le practicó en una segunda intervención una resección intestinal y una nueva enteroanastomosis, logró sobrevivir.

Los tres enfermos restantes, que vivieron, presentaron una evolución post-operatoria inmediata muy distinta a los anteriores. En dos se hizo en un primer tiempo una ileostomía, se abocaron simplemente a la piel los cabos proximal y distal del íleon, y sólo en un segundo tiempo operatorio, días después, se hizo el cierre de la ileostomía y la enteroanastomosis definitiva. En el último enfermo operado, que presentaba además una imperforación anal alta, en la primera intervención se hizo también una anoplastia abdomino-perineal, liberando el sigmoide terminal y bajándolo a través del fondo de saco de Douglas y del piso del periné hasta abocarlo a la piel en el sitio de ubicación normal del ano.

El tercer enfermo de este grupo presentaba un onfalocele y una fístula del conducto ónfalo-mesentérico por donde el intestino vaciaba su contenido, por lo que

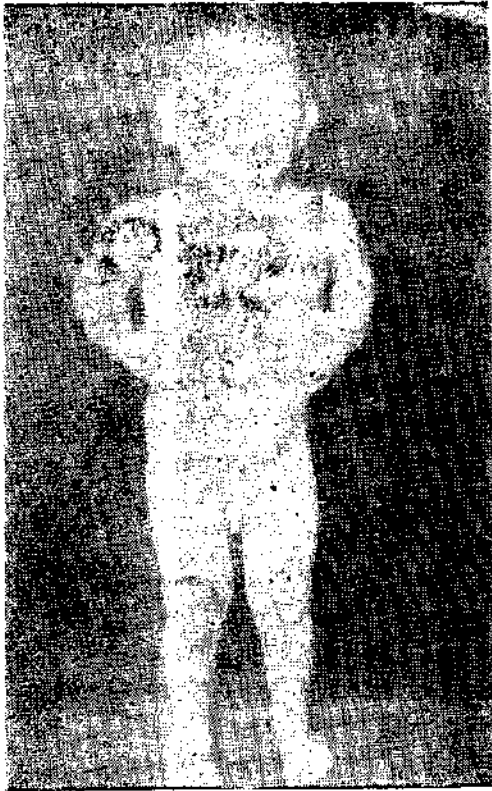


Fig. 9. P. L. Atresia ileon. Control 2 años 7 meses: buen estado general, peso 12 kilos.

este niño no presentó síntomas obstructivos. En otras palabras podríamos decir que nació con una ileostomía hecha por la naturaleza y que la enteroanastomosis practicada correspondió en realidad al segundo tiempo operatorio. Aún más, en el primer niño de la serie, operado en 1945, se hizo como medida transitoria una ileostomía, ese niño fué retirado por los familiares y falleció un mes después. Cabe preguntarse, desde un punto de vista teórico, cual habría sido la evolución de este enfermo si se hubiese tenido la oportunidad de hacerle el segundo tiempo operatorio, la enteroanastomosis definitiva.

Si bien el número de enfermos no nos permite obtener conclusiones definitivas, consideramos que estos hechos son altamente sugestivos y nos hacen preferir, en las atresias del íleon, la operación en dos tiempos. Gross, que con Ladd en 1941 condenaba francamente este tipo de operaciones ha cambiado de opinión y en 1953 manifiesta que los resultados obtenidos con la intervención en dos tiempos son



Fig. 10. N. C. Atresia ileon (aplasia), imperforación anal. Control 4 meses: distrofia, peso 4.100 grs.

mejores que los proporcionados por la enteroanastomosis directa.

Las ventajas de operar en dos tiempos nos parecen evidentes. La primera intervención, practicada muchas veces en niños en precarias condiciones, es rápida, aseptica (exteriorización tipo Mikulicz), y, lo que es muy importante, elimina de inmediato la obstrucción intestinal con lo que mejora en forma notoria el estado general. Las asas proximales disminuyen de diámetro, el cabo distal de la ileostomía permite instilar en el lumen del intestino suero gluco-salino varias veces en el día, lo que además de favorecer la hidratación distiende el diámetro de las asas eferentes, que al hacerse de calibre similar a las aferentes facilita su anastomosis posterior y asegura sus resultados.

Hay que tener presente que los enfermos pierden gran cantidad de contenido intestinal por la ileostomía, lo que acarrea una seria pérdida de peso y el peligro constante de deshidratación que debe ser combatida por vía parenteral. El cierre de la ileostomía debe hacerse por lo tanto lo más precozmente posible y siempre antes de los 15 días.

La evolución posterior de los casos favorables ha presentado algunas diferencias que queremos hacer notar. Los dos enfermos con estenosis hicieron una curva ponderal normal y controlados al año y año y medio de edad están en buenas condiciones con un peso de 9.000 y 9.800 grs. respectivamente.

De las 4 atresias intestinales dos eran del tipo de atresia simple y dos del tipo de la aplasia intestinal, con ausencia de una porción del intestino e interrupción de su meso. Los dos primeros respondieron también favorablemente y se encuentran en condiciones normales a los 7 años y 2 años 6 meses. Los dos enfermos restantes, con aplasia del intestino, presen-

taron una curva ponderal arrastrada, con mala respuesta al tratamiento dietético. Uno de ellos falleció a los 5 meses de bronconeumonía con un peso de 3.900 grs.; el otro, tenía además de la atresia una imperforación anal, pesa actualmente a los 5 meses 4.300 grs.

Estos hechos podrían indicar que los casos de aplasia, en que falta una parte del intestino, tendrían un pronóstico alejado menos favorable.

RESUMEN

Se presenta la experiencia del Servicio de Cirugía Infantil del Hospital Luis Calvo Mackenna, basada en el tratamiento quirúrgico de 15 casos de atresia y 2 de estenosis intestinal intrínseca congénita.

Se considera que la tríada sintomática de vómitos, falta de expulsión de meconio y meteorismo en las primeras 24 horas de la vida deben hacer sospechar la existencia de una obstrucción intestinal congénita.

Se insiste en que el estudio radiológico simple del abdomen basta para confirmar el diagnóstico.

La lesión estaba localizada en el duodeno en tres casos y en el íleon en 14. En 4 se asociaba un omfalocele y en uno una imperforación anal.

Son descritos en detalle la preparación pre-operatoria, la anestesia, la técnica quirúrgica y los cuidados post-operatorios, se recalca su importancia y la necesidad del diagnóstico precoz.

En los casos de atresia se encuentran 4 sobrevividos, todos niños de término operados antes del tercer día. Las dos estenosis evolucionaron favorablemente, lo que indica un mejor pronóstico en este tipo de lesión.

Se analizan los resultados obtenidos en los diferentes casos de atresia del íleon y se considera que la técnica quirúrgica que ofrece mejores posibilidades es la intervención en dos tiempos, ileostomía primero y enteroanastomosis definitiva pocos días después.

SUMMARY

The experience of the Surgical Department of the "Luis Calvo Mackenna"

Hospital is presented on the basis of 15 cases of atresia and 2 cases of stenosis of the intestine.

The principal symptoms of this condition are vomitings, retention of meconium and enlargement of the abdomen and it leads to suspect the diagnosis of a congenital stoppage of the intestinal tract.

It is pointed out that the simple X-ray examination is enough to verify the clinical diagnosis.

The damage was located in the duodenum in 3 cases and in the ileum in 14 cases. In 4 cases an omphalocele was found and in 1 case an imperforated anus.

A description with all particulars is made about the pre-operative care, anesthesia, surgical technique and post-operative care. The importance of a precocious diagnosis is emphasized.

In the cases with atresia there were 4 survivals, all operated before the third day of their life. The 2 cases with stenosis evolved favorably, which indicates that this later condition has better prognosis.

The results obtained in the different cases of atresia of the small intestine are analyzed and the surgical procedure recommended is the operation in two times: ileostomy first and enteroanastomosis after few days.

BIBLIOGRAFÍA

- BECK, C. W. y CHOHANY, G. — Atresia duodenal. *J. Pediat.* 42:432, 1953.
- BENGOA, J.; COOPER, J., y TOBAR, A. — Oclusión intestinal en el niño. *Fundación Lucas Sierra, Jornadas Clínicas de Verano.* 1951.
- DURAMEL, B. — *Chirurgie du Nouveau Né et du Nourrisson.* Masson et Cie. Paris, 1953.
- GANTES, R. — Atresia congénita del Intestino. *Rev. Ch. de Pediatría.* 10:672, 1939.
- GANTES, R. — Atresia congénita del Intestino. *Rev. Ch. de Pediatría.* 12:968, 1941.
- GARCÉS, H.; LUSINCHI, J. y NEIRA, M. — Atresia congénita del intestino. *Rev. Ch. de Pediatría.* 25:433, 1954.
- GROSS, R. E. — *The Surgery of Infancy and Childhood. Its Principles and Techniques.* Saunders, Philadelphia, 1953.
- GROVE, L. y RASMUSSEN, E. — Atresia congénita del intestino. *Anal. de Cirugía.* 9:945, 1951.
- JOHOW, A. — Tres observaciones de atresia intestinal. *Rev. Ch. de Pediatría.* 4:494, 1933.
- LADD, W. E. y GROSS, R. E. — *Abdominal Surgery of Infancy and Childhood.* Saunders, Philadelphia, 1941.
- LOZOYA, J. — Atresia del intestino. III Congreso Panamericano de Pediatría. 1:305, Ed. García Morales. Montevideo, 1951.
- MADDING, G. F.; EBERHARD, M. W. y HEARTH, J. — Atresia duodenal congénita con malrotación del intestino. *Anal. de Cirugía.* 9:468, 1950.
- MOLINA, O. — Oclusión intestinal en el niño. *Fundación Lucas Sierra, Jornadas Clínicas de Verano.* 175, 1951.
- POTTER, E. L. — *Pathology of the Fetus and the Newborn.* Year Book Publishers, Chicago, 1953.