

## Distensión abdominal en la patología perinatal

Por el Dr.: NÉSTOR ACOSTA TIELES\*

Alum.: ANA CORDERO CORDERO,\*\* MARÍA DEL C. ALVARIÑO\*\*\*

Acosta Tiele, N. et al. *Distensión abdominal en la patología perinatal*. Rev. Cub. Ped. 46: 5, 1974.

Se estudian 19 casos de patologías que provocaron distensión abdominal en el período perinatal, con las consecuencias que se derivan de este fenómeno. Se señalan las distintas causas que pueden intervenir y su posible mecanismo patogénico. Se destaca la importancia del diagnóstico precoz, ya que de ello depende la vida del neonato.

### INTRODUCCION

La distensión abdominal alrededor del nacimiento, es un problema que ha recibido escasa atención en la perinatología; sin embargo, no faltan en la literatura temas que tratan acerca de la importancia de las distintas patologías que entran a formar parte de este llamado síndrome.

En este trabajo tratamos de exponer las causas esenciales que juegan un papel importante en este mecanismo patogénico, y significar la importancia del diagnóstico precoz de las mismas, puesto que de nacer el niño vivo necesitan tratamiento de urgencia.

### MATERIAL

Para este estudio se escogieron 10 casos en un total de 260 necropsias realizadas en un período de 18 meses en el hospital materno infantil "10 de Octubre", para un 1,6% de niños que fallecieron con distensión abdominal, independientemente de la causa que la produjo.

Cuatro de estos casos fallecieron en un cuadro de grandes anasarcas, dos de ellos relacionados con isoimmunización materna; otro, fue un feto gemelar, el cual desarrolló el síndrome de transfusión fetal intraútero. El último caso, se trataba de un feto de 27 semanas de edad gestacional, el cual presentó una anasarca tan severa que los órganos abdominales estaban rechazados y comprimidos por el líquido. En éste, la causa no pudo ser precisada.

De estos primeros cuatro casos sólo uno vivió pocas horas después del nacimiento.

En otros tres casos, fueron niños que presentaron hemoperitoneo severo, por ruptura de hematomas hepáticos. Estos neonatos fallecieron poco después del nacimiento. Uno de estos casos, fue un niño de 38 semanas de gestación, con un peso de 2950 g y que falleció súbitamente, pocas horas después del nacimiento.

En un niño de 29 semanas de gestación, que falleció pocas horas después del nacimiento, se constató distensión abdominal, encontrándose al estudio necropsico una anomalía congénita del aparato digestivo compatible con un íleo meconial.

El último caso de esta serie, lo fue un niño de 37 semanas de gestación que de-

\* Jefe del Dpto. de patología del hospital materno-infantil "10 de Octubre" Habana 7, Cuba.

\*\* Alumno de 4to. año de medicina de la Universidad de La Habana.

sarrolló una peritonitis severa después del nacimiento.

A este grupo hemos agregado nueve casos que tuvimos en el Hospital Infantil de Santiago de Cuba, en los cuales se constató distensión abdominal al nacimiento y que por la importancia de los mismos se han sumado para su discusión.

Estos casos presentaron las siguientes patologías:

Dos con conflictos materno-fetal.

Dos con riñón poliquístico.

Uno con hidronefrosis congénita severa.

Uno con ruptura gástrica y neumoperitoneo.

Uno con hemorragia de la suprarrenal derecha y neumoperitoneo.

Uno con un neuroblastoma, falleció a los 28 días después del nacimiento, con extensas metástasis hepáticas. El hígado ocupaba casi la totalidad de la cavidad abdominal.

De estos 19 casos, cerca del 60% murieron antes del parto.

El resto pocas horas después.

#### COMENTARIOS

Lo esencial de este síndrome está dado por las distintas situaciones que plantea, es decir, en primer lugar, las causas que intervienen en el mismo; en segundo lugar, el diagnóstico precoz y por último las condiciones que se establecen antes del parto, intraparto y después del nacimiento.

En relación con las causas que toman parte en el *Síndrome de la distensión abdominal al nacimiento*, se señalan las distintas patologías que pueden estar presentes:<sup>1</sup>

1. Tumores sólidos:

teratomas  
neuroblastomas  
hemangiomas.

2. Tumores quísticos:

enterógenos  
ováricos

hepáticos

riñones poliquísticos

hidronefrosis

3. Dilatación de cavidades por sustancias viscosas:

ileo meconial.

4. Acumulación de líquido en la cavidad abdominal:

anasarca en la enfermedad hemolítica R.N.

ascitis debidas a enfermedades portohepáticas

líquido por ruptura de un quiste ovárico

ascitis urinaria

coleción de sangre por rotura de un órgano

ascitis quillosa

peritonitis (meconial, infecciosa).

5. Anomalías congénitas del aparato digestivo:

duplicación intestinal

megacolon agangliónico

atresia o estenosis del segmento inferior.

Evidentemente en nuestros casos, la anasarca producida por isoimmunización fue la causa más frecuente en este *síndrome*, siguiéndole en orden de frecuencia la *hemorragia intraabdominal*. En esta última pueden intervenir distintos factores, tales como la ruptura de una víscera, principalmente el hígado, por la formación de hematomas en la superficie del mismo. Todos estos casos estuvieron asociados a anoxia grave, por lo que es muy probable que este sea el mecanismo por el cual se forman los hematomas y posteriormente la ruptura de los mismos. En otros casos, es posible que la hemorragia sea debida a hematomas de la suprarrenal, como en uno de nuestros casos, en el cual la glándula en el lado derecho estaba representada por una gran masa de aspecto tumoral que llenaba gran parte del espacio retroperitoneal del mismo lado y extensas zonas hemorrágicas. Aquí el mecanismo

patogénico responde a un trauma obstétrico. La ascitis producida en la isoimmunización, dando un cuadro de distensión abdominal, ha sido ampliamente discutida en la literatura, principalmente por *Dyggve*.<sup>2</sup>

Uno de los aspectos que se discute en la literatura, es la llamada ascitis urinaria, asociada a la obstrucción del aparato urinario.<sup>3,4,5</sup> Algunos piensan que ello es debido a pequeñas comunicaciones que se establecen entre segmento excretor del riñón y la cavidad abdominal; otros, que esta ascitis es el resultado de una transudación hacia la cavidad abdominal.

La presencia de otros tipos de sustancias en la cavidad abdominal, está en relación con la ruptura de vísceras huecas, este es el caso del coleperitoneo, de la peritonitis meconial y otros tipos de materiales que pueden acumularse en esta cavidad. Un tipo muy peculiar de distensión abdominal, es aquella que se produce por la ruptura del estómago muy tempranamente en la vida posnatal. El material que se colecciona en el abdomen puede ser aire que da el cuadro de un neumoperitoneo; o sustancias alimentarias que provocan una peritonitis química o una peritonitis piógena. Las causas que pueden intervenir en esta eventualidad son múltiples, y entre ellas se pueden citar, la úlcera gástrica, resucitación mecánica, septicemia, traumatismo externo, hemorragia intramural del estómago y otros factores. Sin embargo, el aspecto que más se discute, es la ausencia de la musculatura gástrica en áreas, generalmente localizada en la curvatura menor. Nosotros, aunque hemos visto en casos esporádicos ruptura de vísceras huecas; el más interesante es el que exponemos aquí, puesto que en él se pudo demostrar la ausencia de la musculatura a nivel de la curvatura menor del estómago.<sup>1,5,6,7,8,9,10</sup>

Los tumores quísticos y a veces los sólidos, también pueden dar lugar a este síndrome, cuando ellos adquieren tamaños

suficientemente grandes para poder distender la cavidad abdominal o en ocasiones pueden romperse en dicha cavidad, vertiendo su contenido en la misma. Se cita<sup>11</sup> la ruptura de un quiste ovárico en un niño recién nacido. Nosotros, hemos visto la presencia de *neuroblastomas* retroperitoneales que no producen grandes distensiones; sin embargo, el caso que mostramos, fue un niño que a los 3 días de vida posnatal, presentó gran distensión abdominal. El mismo falleció a los 28 días. El examen necrópsico reveló además de la tumoración mencionada, gran hepatomegalia metastásica.

Generalmente, los tumores que más vemos dando este cuadro son los que se derivan de los riñones, muy particularmente el riñón poliquístico y la hidronefrosis congénita. Esta última eventualidad, es muy importante tenerla en cuenta a la hora de hacer un diagnóstico diferencial, puesto que ella es susceptible de tratamiento quirúrgico y es muy probable que pueda ser confundida con otras entidades de menor importancia.

El otro aspecto en importancia es el que se refiere a los distintos problemas que se plantean alrededor del embarazo, en el parto y después del nacimiento.

Durante el embarazo, condicionan la muerte fetal. Es de señalar, que cerca de un 70% fallecen intraútero o mueren poco tiempo después, por lo que se desprende de este hecho, que el diagnóstico de las distintas causas debe realizarse precozmente. Durante el parto, establecen una distocia del parto, especialmente los tumores. La ascitis por sí sola, señala *Barr*,<sup>12</sup> no es capaz de producir dificultad en el parto y que deben concurrir otras causas para que ésta se presente.

Después del parto, como ya hemos señalado, se requiere el diagnóstico preciso, porque además del tratamiento de urgencia, estos casos son muy susceptibles a las

infecciones de la cavidad abdominal y se hace por lo tanto dificultoso su tratamiento.

Por estas razones, nosotros insistimos en el conocimiento de las distintas patolo-

gias que forman parte del llamado *síndrome de la distensión abdominal* en la patología perinatal y con ello haremos una contribución al *programa de la reducción de la mortalidad infantil* en nuestro país.



*Fig. 1.—Distensión abdominal, gran anasarca. Se observa la vena umbilical y el hígado que ofrece un aspecto granuloso. La flecha señala el líquido decolando la pared abdominal. Este feto murió intraútero y desarrolló el síndrome de transfusión fetal. El otro gemelar nació bien.*

*Fig. 2.—Ascitis fetal severa de causa no precisada. Obsérvese también el líquido acumulado en el lado izquierdo del abdomen.*





*Fig. 3.—Ruptura gástrica que produjo marcada distensión abdominal desde el nacimiento; posteriormente se complicó con un neumoperitoneo y una peritonitis química.*

*Fig. 4.—Sitio de la ruptura. Se aprecia el defecto bien delimitado en la curvatura menor. Histológicamente había ausencia de fibras musculares.*





*Fig. 5.—Vista radiológica del estómago en un caso con perforación y su consecuencia inmediata, el neumoperitoneo.*

*Fig. 6.—Vista macroscópica de un niño que falleció pocas horas después del nacimiento con distensión abdominal y anomalía congénita del aparato digestivo. Atresia duodenal. Nótese el aumento del duodeno y del estómago, ambos están severamente dilatados. Hay microcolon asociado.*





*Fig. 7.—Ileo meconial. Dilatación severa del ileon y ocupado por meconio inspido. Se puede ver además un divertículo de Meckel.*

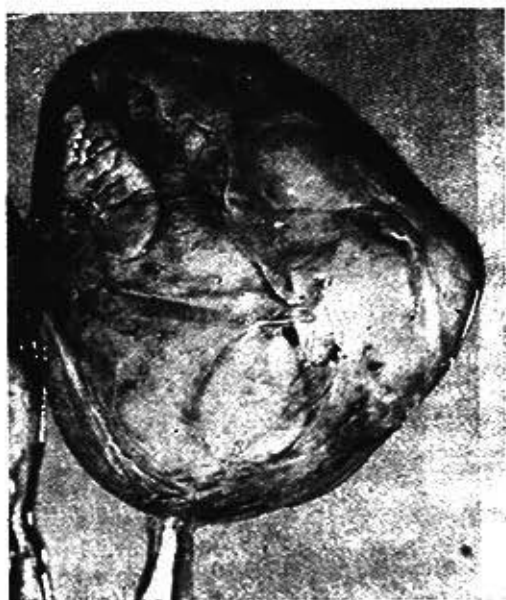


*Fig. 8.—Hematoma de la supratrenal derecha. Produjo extenso sangramiento en el espacio retroperitoneal.*



*Fig. 9.—Riñón poliquístico, dando el mismo cuadro de distensión abdominal.*

*Fig. 10.—Hidronefrosis congénita en un niño de 1 día de edad. Había marcada distensión abdominal. Obsérvese la suprarrenal fetal en la parte posterior del riñón hidronefrótico.*







*Figs. 11 y 12. Neuroblastoma situado en la columna lumbar. Aparición muy temprana. El niño murió a los 28 días con extensas metástasis hepáticas.*

## SUMMARY

Acosta Tíeles, N. et al. *Abdominal distention in perinatal pathology*. Rev Cub Ped 46: 5, 1974.

Nineteen patients with pathologies that induced abdominal distention during the perinatal period, and the consequences derived from this phenomenon are studied. Its different causes and possible pathogenic mechanism are indicated. The significance of an early diagnosis is stressed since the newborn's life depends on it.

## RESUME

Acosta Tíeles, N. et al. *Distension abdominale dans la pathologie périnatale*. Rev Cub Ped 46: 5, 1974.

A propos de 19 cas de pathologies provoquant une distension abdominale dans la période périnatale, ainsi que leurs conséquences, les auteurs présentent les différentes causes qui peuvent intervenir et le mécanisme pathogénique. Ils soulignent l'importance du diagnostic précoce, dont dépend la vie du nouveau-né.

## РЕЗЮМЕ

Акоста Тіелес Н., и др. Абдоминальное растяжение при перинатальной патологии. Rev Cub Ped 46: 5, 1974.

Проводится изучение 19 заболеваний, вызвавших абдоминальное растяжение в перинатальном периоде. Отмечаются возможные причины и патогенный механизм этого явления. Подчеркивается значение раннего диагноза, так как от него зависит жизнь новорожденного.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.—Lord, J. M. Foetal ascites. Arch Dis Child 28: 398, 1953.
- 2.—Dyggve, H. Hydrops foetactaleis without blood group incompatibility but associated with hydramnios. Acta Paediatr 49: 437, 1960.
- 3.—Baghdassarian, O. M. et al. Massive neonatal ascitis. Radiology 76: 586, 1961.
- 4.—Everett, H. S. Urinary ascites caused by ureteral peritoneal fistula. J Urol 78: 585, 1957.
- 5.—Herbut, P. A. Congenital defect in the musculature of the stomach with rupture in a newborn, infant. Arch Pathol 36: 91, 1943.
- 6.—North, F. A. et al. Abdominal distention at birth. Am J Dis Child 111: 613, 1966.
- 7.—Purcell, R. W. Perforation of the stomach in a newborn infant. Arch Dis Child 103: 98, 1962.
- 8.—Pendergrass, E. P. et al. Report of a case of rupture stomach in an infant 3 days old. Am J Roentgenol 56: 590, 1946.
- 9.—Reichdorf, L. F. and L. H. Cody. Peritonitis in the newborn infant of intrauterine origin. Lancet 1: 188, 1948.
- 10.—McCormick, F. W. Rupture of the stomach in children. Arch Pathol 67: 416, 1959.
- 11.—Tietz, K. G., J. B. Davis. Rupture ovarian cyst in a newborn infant. J Pediat 51: 564, 1957.
- 12.—Barr, J. S. and J. McVicar. Dystocia due to fetal ascitis. J Obstet Gynaecol Br Commonw 63: 890, 1956.

Recibido el trabajo: abril 14, 1974.