



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

Resumen de enterocolitis necrosante

Docente: Dr. Jeffery Anzhony Cruz Robles

Materia: Pediatría

Alumno: Lara Vega Ismael

Semestre Grupo A

4/mayo/2021

Enterocolitis necrosante

Se define como un proceso intestinal agudo que se produce principalmente en neonatos con bajo peso al nacer, se caracteriza por necrosis isquémica de la mucosa gastrointestinal que puede llevar a peritonitis y perforación intestinal.

En el neonato pretérmino se reportan como factores de riesgo la restricción en el crecimiento intrauterino, la inmadurez intestinal, la disbiosis, la sepsis, el tipo de alimentación y la isquemia. En los neonatos de término i hipotermia, asfixia, cardiopatia congénita, hipotensión y sepsis.

Afecta comúnmente el íleo y el colon, su patogénesis es multifactorial, se tiene teorizado que la interacción de: la inmadurez intestinal, disbiosis, alimentación enteral e isquemia, causa la lesión del tracto GI y causa una respuesta aumentada del sistema inmune, sobreexpresión de células epiteliales del intestino inmaduro y activación de receptores para Gram(+) y (-), lo que ocasiona disrupción y apoptosis del enterocito, alteración de la barrera epitelial, disminución de la capacidad de reparación de la mucosa y aumento de la permeabilidad intestinal, seguida de translocación bacteriana y entrada de bacterias a la submucosa lo que desencadena un proceso inflamatorio transmural continuo o discontinuo del intestino grueso.

o delgado y distensión de la microcirculación, lo que resulta con daño a la mucosa y tejidos epiteliales con isquemia y necrosis.

Se clasifica en:

Cuadro 1. Estadios de la ECN de Bell modificados por Walsh-Kilgman.

Estado	I	II A	II B	III A	III B
	Sospecha	ECN leve	Moderada	Severa	Severa
Signos sistémicos	IA: inestabilidad térmica Apnea Bradicardia IB: los mismos	Los mismos que en el estadio I	Acidosis leve Trombocitopenia	Apnea VM Acidosis metabólica o respiratoria Hipotensión Oliguria CID	Deterioro rápido y shock
Signos abdominales	Aumento del RG Distensión abdominal leve, sangre oculta en heces IB: sangre fresca por recto	Distensión abdominal marcada, ausencia de ruidos intestinales Sangre abundante en heces	Edema de la pared abdominal Masa palpable y sensible	Aumento del edema de la pared abdominal con entera e induración	Distensión abdominal severa, ausencia de ruidos intestinales Edema de pared equimosis, induración
Signos radiológicos	Normal o íleo leve igual IA y B	Íleo, dilatación de las asas intestinales Neumatosis focal	Neumatosis extensa, gas en vena porta Ascitis temprana	Ascitis prominente Asa intestinal fija, sin aire libre	Aire libre subdiaphragmático Neumoperitoneo

Se presenta en prematuros menores de 32 semanas y/o con un peso menor a 1500 gr. La presentación clínica puede variar de signos no específicos que progresan insidiosamente por varios días a un inicio fulminante en pocas horas con signos GI, distensión multiorgánica y choque. La mayoría de los casos de ECN (>95%) se desarrolla después de que inicia la alimentación enteral, habitualmente en la segunda semana de vida (7-10 días), aunque en neonatos pretérmino <28 semanas, el cuadro clínico inicia

ocurre más tarde, con edad media de 21 días.

En los estudios iniciales, los neonatos con ECN pueden presentar inestabilidad térmica, letargia, apnea bradicardia y signos GI, como aumento de residuos gástricos, distensión abdominal, vómito bilioso y sangre oculta o visible en heces. La progresión de la ECN ocasiona distensión abdominal importante con sonidos intestinales visibles a palpables, aumento de transiluminación a la palpación, edema o eritema de la piel, equimosis y ecchymosis.

Se pueden observar datos de deterioro clínico que incluyen inestabilidad térmica, hipocalemia, taquicardia, diarrea moderada. Se puede encontrar anemia, aumento o disminución de los leucocitos, trombocitopenia, hipo o hiperglucemia, acidosis metabólica y anomalías en pruebas de coagulación.

La radiografía se debe realizar en dos posiciones; AP y lateral izquierda, seriadas para poder obtener hallazgos y clasificar el estadio de la ECN. Los signos radiológicos tempranos son inespecíficos = niveles de aire-líquido, dilatación de los asas del intestino y engrosamiento de la pared. El diagnóstico de ECN se realiza al observar signos de neumatosia intestinal y gas en una parte o asa imperforada fija, si progresa se puede encontrar ecchymosis y neumoperitoneo.

En las 2 primeras categorías el tratamiento médico inicial involucra el cese inmediato de la alimentación enteral y empleo de nutrición parenteral, descompresión del abdomen mediante sonda ~~nasogástrica~~^{oro} y ATB de amplio espectro.

En estadio de sospecha se sugiere una breve interrupción de la alimentación enteral (2 días), monitoreo radiológico, BIL, hemocultivo e inicio ATB. Cuando se confirme el diagnóstico de estadio II se suspende la alimentación enteral por 5-7 días, realiza radiografía cada 12-24 hrs y continúe con esquema ATB durante 7-10 días. En los casos que requieren cirugía se requiere ayuno por 7-10 días, descompresión del abdomen por sondaje, esquema ATB así como soporte respiratorio y vasopresor en caso de ser requeridos.

Bibliografía

Gasque Góngora, J. J. (2015). Revisión y actualización de enterocolitis necrosante. *Revista Mexicana de Pediatría*, 175-185.