

# UNIVERSIDAD DEL SURESTE



ESCUELA DE MEDICINA

6to Semestre

Grupo "B"

## PEDIATRÍA

01/05/2021

**DR. JEFFERY ANZHONY CRUZ ROBLES**

**Presenta:**

- **ROMINA CORONADO ARGUELLO**



# Enterocolitis Necrosante

→ Causa más frecuente de enfermedad gastrointestinal adquirida y emergencia quirúrgica en el neonato.

Afecta predominantemente en prematuros con muy bajo peso al nacer. Se reporta una incidencia del 5-15%. La patogénesis es multifactorial y aún no está claramente definida.

→ En estadios iniciales es difícil de diagnosticar, ya que los síntomas son inespecíficos y pueden observarse también en sepsis. El manejo médico incluye soporte respiratorio y cardiovascular, ayuno, descompresión gástrica con sondaje orogástrico y antibióticos de amplio espectro. Un 20-40% de los casos requiere cirugía. La mortalidad continúa siendo elevada y varía de 20-50% dependiendo la severidad y la edad gestacional del neonato.

Se observa en neonatos de término o casi a término. Más del 85% tienen menos de 32 semanas de gestación; ocurre en el 11-15% de los que pesan menos de 1,000 g y en el 4-5% entre 1,001 y 1,500 g

## Factores de riesgo:

- Pretérmino
- Restricción de crecimiento intrauterino
- Inmadurez intestinal
- Disbiosis (alteración de la microbiota)
- Sepsis
- Tipo de alimentación
- isquemia

En los neonatos de término:

- Hipoxia - isquemia
- Asfixia
- Enf. cardíaca congénita
- Hipotensión
- sepsis

# Enterocolitis necrotizante

## Factores genéticos:

Pérdida del gen de crecimiento epidérmico HB-EGF, que es esencial para preservar la función de la barrera intestinal.  
Polimorfismo de receptores toll-like y variaciones en el Factor nuclear Kappa B $\pm$  (FNKB $\pm$ ) y FNKBM.

## Retraso del crecimiento intrauterino

Doppler arterioal (de aorta o arteria umbilical) con flujo mesentérico al final de la diástole ausente o reversa.

## Patogenia:

Enfermedad inflamatoria severa del intestino que afecta comúnmente al íleo y colon. Se tiene la teoría de que la interacción de inmadurez intestinal, alteración de la microbiota, alimentación enteral e isquemia inicia la lesión del TGI y causa una respuesta aumentada del sistema inmune, sobrerreacción de los células epiteliales del intestino inmaduro y activación de receptores toll-like, lo que ocasiona disrupción y apoptosis del enterocito, alteración de la integridad de la barrera epitelial  $\downarrow$  de la capacidad de reparación de la mucosa y  $\uparrow$  de la permeabilidad intestinal, seguida de translocación bacteriana.

## Cuadro clínico:

- Inestabilidad térmica
- Letargia
- Apnea
- Bridiemia
- Signos gastrointestinales:
  - $\uparrow$  de residuos gástricos
  - Distensión abdominal
  - Vómito biliar
  - Sangre visible u oculta en heces

## Casos más severos:

- Respuesta inflamatoria sistémica
- con hipotensión Fallo respiratorio

## Tratamiento:

Puede ser la combinación de ampicilina o vancomicina con un aminoglicosido como la gentamicina o cefotaxima y metronidazol en caso de perforación intestinal.

## BIBLIOGRAFÍA:

**Gasque-Góngora, J. J. (2015). Revisión y actualización de enterocolitis necrosante. *Revista Mexicana de Pediatría*, 82(5), 175-185.**