

RETRASO EN LA EVACUACIÓN DE MECONIO: ÍLEO MECONIAL DE LA PREMATURIDAD

V1. Febrero 2022

1. DEFINICIÓN Y FACTORES DE RIESGO

El íleo meconial de la prematuridad es una obstrucción intestinal **funcional** en prematuros extremos, debida a la incapacidad en la expulsión y evacuación completa del meconio. Puede llegar a producir complicaciones graves, como la perforación intestinal.

La etiología es multifactorial y está relacionada con la combinación de la elevada viscosidad del meconio del prematuro y la hipomotilidad intestinal asociada a la inmadurez y/o a medicación administrada (opiáceos sobre todo). No hablamos aquí del íleo meconial relacionado con la fibrosis quística.

Es importante realizar un diagnóstico precoz para evitar complicaciones, por ello hemos de tener en cuenta determinados **factores predisponentes**:

- Prematuridad <28 semanas
- **Hipoperfusión intestinal** durante la gestación:
 - **Preeclampsia / eclampsia / síndrome HELLP**
 - **Retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) / pequeños para la edad gestacional (PEG)**
- Diabetes materna / hipoglucemia
- Administración de **sulfato de magnesio** a la gestante (es un antagonista del calcio: reduce motilidad intestinal y disminuye el flujo sanguíneo mesentérico).
- Administración de opiáceos, ductus arterioso permeable.

2. CLÍNICA

Distensión abdominal leve/moderada, con asas intestinales marcadas; puede asociar o no vómitos y/o restos gástricos biliosos; imposibilita avanzar con la alimentación. Característicamente presentan una “exploración benigna” (no es un abdomen agudo en sentido estricto), y algunos pacientes pueden haber evacuado algo de meconio en escasa cantidad previamente.

3. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es clínico, en base a la exploración y la existencia de factores de riesgo asociados. En cuanto a las exploraciones complementarias, si proceden, destacar:

- Radiología simple de abdomen: asas intestinales dilatadas, sin niveles hidroaéreos ni neumatosi. No signos de ECN.
- Ecografía abdominal: podemos ver intestino delgado dilatado y lleno de meconio (contenido hiperrefringente en asas).

- Enema con contraste (GASTROGRAFIN®): no siempre necesario; tiene finalidad diagnóstica y terapéutica. Podremos ver dilatación de intestino delgado y microcólon con defectos de llenado.

No suele producir cambios analíticos (si los hay, pensar en complicación).

4. MANEJO

Lo más importante es ESTAR PENDIENTE de la evacuación de meconio en los primeros 3 días de vida y ayudar a ello, para que el problema no se enquiste y tengamos que aplicar medidas más agresivas.

MANEJO CONSERVADOR:

- ENEMAS:

1. Enema de SUERO FISIOLÓGICO templado, 5 - 10 ml/kg cada 12 horas
2. Enema de GLICERINA (Verolax®) diluida con suero fisiológico (1:1), 5 - 10 ml/kg cada 12 horas.

Estos 2 primeros ayudan en la evacuación de meconio de cólon descendente y recto.

3. Enema con GASTROGRAFIN® diluido con agua (1:4), 10 ml/kg. Lo hará el pediatra. Sólo aplicar si no ha sido efectivo lo anterior. Es el tratamiento del íleo meconial establecido pero NO COMPLICADO, que ha demostrado gran efectividad en la resolución del cuadro. Se recomienda control radiográfico antes (descartar perforación) y después del procedimiento (evaluar progresión del contraste).
Procedimiento: se introducirá una sonda con balón y se administrará el contraste por GRAVEDAD, colocando el gastrografín a una altura de 50 cm. Riesgos: perforación, hipotensión/ shock, deshidratación, alteraciones electrolíticas y de la función tiroidea. Controlar presión arterial durante y tras el procedimiento. Si existen alteraciones hemodinámicas y electrolíticas, deben corregirse previamente. Es recomendable rehidratación durante y tras el procedimiento. Valorar control de función tiroidea a los aproximadamente 4 días del procedimiento, a los 14 y 21 días de vida.

- TRATAMIENTO VÍA ORAL

1. GASTROGRAFÍN® vía oral: valorar en caso de enema no efectivo. Dilución: 1:4. Administrar 10 ml/kg por sonda gástrica, y cerrarla durante 1-2 horas.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

En caso de que se presenten complicaciones (perforación, íleo obstructivo franco) estaría indicada la cirugía. El manejo quirúrgico podrá ser, según el caso, colocación de drenaje (como

medida transitoria a una cirugía definitiva), enterotomía con evacuación del meconio retenido (con resección o no en función de la afectación intestinal, y anastomosis término-terminal o ileostomía).

5. ALGORITMO DE MANEJO



6. BIBLIOGRAFÍA

- Dimmitt et al. Meconium diseases in infants with very low birth weight. Seminars in pediatric surgery, 2000.
- Emil et al. Meconium obstruction in extremely low-birth-weight neonates: guidelines for diagnosis and management. Journal of pediatric surgery, 2004.
- Arnoldi et al. Delayed meconium passage in very low birth weight infants. Eur J Pediatr Surg, 2011.
- Paradiso et al. Meconium obstruction in absence of cystic fibrosis in low birth weight infants: an emerging challenge from increasing survival. Italian Journal of Pediatrics, 2011.
- Siddiqui et al. Meconium obstruction of prematurity. Arch Dis Child Fetal Neonatal, 2012.
- Kim et al. Recognition, diagnosis and treatment of meconium obstruction in extremely low birth weight infants. Neonatology, 2012.
- Hyun Sop Kwon et al. Impact of meconium obstruction-related risk factors on surgical intervention in very low birth weight infants. Neonatal Medicine, 2015.
- Kamphorst et al. Enemas, suppositories and rectal stimulation are not effective in accelerating enteral feeding or meconium evacuation in low birth weight infants: a systematic review. Acta Paediatrica, 2016.
- Solaz-García et al. Prevencion de la obstrucción meconial en recién nacidos de muy bajo peso. Enfermería intensiva, 2019.
- Sung et al. Increased risk of meconium-related ileus in extremely premature infants exposed to antenatal magnesium sulfate. Neonatology, 2022.