



## Caso Clínico

## La Estenosis colónica y enfermedad de Hirschsprung de diagnóstico tardío: reporte de caso

## Colonic Stricture and Late-Diagnosed Hirschsprung's Disease: A Case Report

Víctor Avendaño<sup>1</sup>, Nancy Mendoza<sup>1</sup>, Cathy Alanguia<sup>1</sup>

## RESUMEN

El Se presenta el caso de un adolescente de 14 años con antecedente de constipación crónica desde la infancia, talla baja y anemia severa, quien ingresó por hemorragia digestiva autolimitada. Los estudios de imágenes revelaron megacolon y estenosis colónica sigmoidea. La colonoscopia confirmó la estenosis y la biopsia rectal demostró ausencia de células ganglionares en el plexo submucoso, compatible con enfermedad de Hirschsprung. Tras estabilización clínica, el paciente fue sometido a descenso colónico primario asistido por laparoscopia (técnica de Georgeson) con resección del segmento agangliónico y anastomosis transanal tipo Soave. La evolución postoperatoria fue favorable, sin complicaciones, con buena continencia y sin episodios de enterocolitis en dos años de seguimiento. Este caso resalta la posibilidad de presentación tardía de la enfermedad y su asociación con complicaciones poco frecuentes, como la estenosis colónica secundaria a colitis estercoral.

**Palabras clave:** Enfermedad de Hirschsprung, estenosis colónica, colitis estercoral, laparoscopia, reporte de caso.

## ABSTRACT

We report the case of a 14-year-old adolescent with chronic constipation, short stature, and severe anemia who presented with self-limited gastrointestinal bleeding. Imaging revealed megacolon and sigmoid colonic stricture. Colonoscopy confirmed the stenosis, and rectal biopsy showed absence of ganglion cells in the submucosal plexus, consistent with Hirschsprung's disease. After stabilization, the patient underwent a primary laparoscopic pull-through (Georgeson technique) with resection of the aganglionic segment and transanal Soave anastomosis. Postoperative recovery was uneventful, with good continence and no episodes of enterocolitis at two-year follow-up. This case highlights late presentation of Hirschsprung's disease and its association with uncommon complications such as colonic stricture secondary to stercoral colitis.

**Keywords:** Hirschsprung's disease, colonic stricture, stercoral colitis, laparoscopy, case report.

## FILIACIÓN

1. Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú.

## ORCID

- I. 0009-0002-9772-2159  
Víctor Avendaño
- II. 0009-0009-3563-3194  
Nancy Mendoza

## CORRESPONDENCIA

Víctor Avendaño, Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú.

## EMAIL

vicoaven@gmail.com

## CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## FINANCIAMIENTO

Autofinanciamiento.

## CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

Víctor Javier Avendaño Quequezana: conceptualización del estudio, manejo clínico del paciente, redacción del manuscrito, revisión crítica y aprobación final.

Nancy Roxana Mendoza León: recopilación de datos clínicos, revisión bibliográfica, redacción y revisión crítica del manuscrito.

Cathy Lee Alanguia Chipana: análisis clínico, interpretación de resultados, revisión crítica del contenido y aprobación final del manuscrito.

## REVISIÓN DE PARES

Recibido: 01/06/2025

Aceptado 31/12/2025

## COMO CITAR

Avendaño Víctor, Mendoza Nancy, Alanguia Cathy, La Estenosis colónica y enfermedad de Hirschsprung de diagnóstico tardío: reporte de caso. Rev. méd. carriónica [Internet]. 2025 [citado 2025 Ene 9];16(2):12-14.

Disponible en:

<https://revistamedicacarrionica.com/index.php/one/article/view/29/20>

Rev. Cuerpo Med. HNMD-V16(2)-N3-2025



ISSN: (2413-2608) (Online)

OJS: <https://revistamedicacarrionica.com>

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Hirschsprung es un trastorno congénito descrito en 1886 por Harald Hirschsprung, caracterizado por la ausencia de células ganglionares en los plexos de Auerbach y Meissner, lo que produce obstrucción funcional intestinal. Su incidencia es de 1 en 5000 nacidos vivos, con predominio en varones (4:1). La forma más frecuente es la aganglioneosis de recto y sigmoides, aunque existen variantes de segmento largo y aganglioneosis total<sup>(7,8)</sup>.

El diagnóstico suele establecerse en el primer año de vida ante la ausencia de eliminación de meconio, distensión abdominal progresiva y constipación. Sin embargo, se han reportado casos en adolescentes y adultos, en quienes la clínica puede ser insidiosa, con constipación refractaria, pobre ganancia ponderal e incontinencia fecal<sup>(9)</sup>. Estos casos representan un reto diagnóstico y quirúrgico debido a la dilatación colónica crónica y complicaciones asociadas como colitis estercoral y estenosis cicatricial.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Adolescente masculino de 14 años con antecedente de constipación tratada desde los 7 meses con lactulosa. Cuatro meses antes del ingreso presentó alternancia de constipación y diarrea, asociadas a dolor evacuatorio. Dos semanas antes refirió deposiciones negras e incontinencia fecal.

Ingresó a emergencia con palidez y disnea. Analítica: anemia severa (Hb 3.8 g/dL, Hto 13.4%), leucocitos 8470/mm<sup>3</sup>, PCR 15 mg/L, test de Thevenon positivo. Fue transfundido y sometido a endoscopia digestiva alta sin sangrado activo. La tomografía evidenció dolico colon sigmoideo con impactación fecal y signos de colitis estercoral. Se manejó con polietilenglicol y fue dado de alta.

La colonoscopia ambulatoria reveló estenosis concéntrica a 27 cm del margen anal, que impedía el paso del endoscopio. El colon por enema confirmó la estenosis y megacolon. La biopsia rectal demostró ausencia de células ganglionares e hipertrofia de plexos nerviosos, confirmando el diagnóstico de enfermedad de Hirschsprung.

Tras preparación intestinal y mejoría nutricional, se realizó descenso colónico primario asistido por

laparoscopia (técnica de Georgeson) con biopsia transoperatoria por congelación, colectomía y descenso transanal tipo Soave. No hubo complicaciones postoperatorias. Durante los dos primeros meses requirió irrigaciones rectales ocasionales y laxantes tipo senosidos. En dos años de seguimiento presentó buena continencia, sin colitis ni incontinencia.



Figura 1: Colonoscopia: Estenosis Concentrica a27 cm de margen Anal



Figura 2: Pieza operatoria; pinza señalando zona de estenosis

## DISCUSIÓN

El diagnóstico tardío de Hirschsprung se asocia con mayor incidencia de complicaciones tempranas como fugas anastomóticas y abscesos, que pueden derivar en estenosis colónica secundaria manejada con dilataciones<sup>(1)</sup>. A largo plazo, sin embargo, la función intestinal suele ser comparable a la de pacientes operados en edad temprana.

En la literatura, la estenosis colónica previa a la cirugía en pacientes con Hirschsprung es rara. En nuestro caso, la estenosis mostró células ganglionares en la biopsia, lo que



sugiere origen inflamatorio más que uno relacionado a aganglionosis. El hallazgo de congestión vascular y edema respalda la hipótesis de colitis estercoral secundaria a fecalomas, complicación descrita en adultos mayores, pacientes postrados o con megacolon chagásico<sup>(3,4)</sup>. Probablemente una úlcera estercoral causó la hemorragia digestiva inicial y su posterior cicatrización condicionó la estenosis.

El tratamiento quirúrgico de elección en este paciente fue el pull-through primario laparoscópico (Georgeson), que permitió reseca el segmento agangliónico y la zona de estenosis en un solo tiempo, evitando colostomía. Aunque en colon dilatado suele recomendarse cirugía en etapas, en este caso la preparación intestinal adecuada y el menor calibre colónico en estudios contrastados permitieron un procedimiento primario exitoso<sup>(5)</sup>.

“Haricharan et al. reportaron que el diagnóstico a mayor edad se asocia con un menor riesgo de enterocolitis postoperatoria; sin embargo, identificaron la estenosis anastomótica como un factor de riesgo significativo para su desarrollo<sup>(2)</sup>. Este hallazgo podría explicar la evolución favorable en nuestro paciente, quien, a pesar del diagnóstico tardío, no presentó episodios de enterocolitis ni incontinencia en el seguimiento. Por otro lado, De la Torre et al. subrayan que la adecuada localización de la anastomosis es crucial, ya que una unión realizada por debajo del recto compromete el canal anal y conlleva un riesgo irreversible de incontinencia fecal<sup>(10)</sup>. En nuestro caso, la resección laparoscópica con descenso transanal tipo Soave permitió una anastomosis en el recto, preservando la función esfinteriana y asegurando continencia a largo plazo.

En conclusión, la colitis estercoral y la estenosis colónica deben considerarse en pacientes con megacolon e historia prolongada de constipación. El abordaje laparoscópico primario constituye una opción segura en pacientes seleccionados con diagnóstico tardío.

## CONCLUSIÓN

La enfermedad de Hirschsprung diagnosticada en la adolescencia es infrecuente y puede asociarse con complicaciones atípicas como la estenosis colónica secundaria a colitis estercoral. El diagnóstico histopatológico sigue siendo esencial, y el pull-through laparoscópico primario es una opción válida en pacientes seleccionados, con buenos resultados funcionales a largo plazo.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al Servicio de Cirugía Pediátrica y al personal de gastroenterología pediátrica por su colaboración en el manejo del paciente.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al Servicio de Cirugía Pediátrica y al personal de gastroenterología pediátrica por su colaboración en el manejo del paciente.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se obtuvo consentimiento informado de la madre del paciente para la publicación de este caso y sus imágenes clínicas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. tensrud KJ, Emblem R, Bjørnland K. Late diagnosis of Hirschsprung disease—patient characteristics and results. *J Pediatr Surg.* 2012;47(11):1874-9.
2. Haricharan RN, Georgeson KE, Filipi CJ, Aprahamian CJ, Barnhart DC. Older age at diagnosis of Hirschsprung disease decreases risk of postoperative enterocolitis, but resection of additional ganglionated bowel does not. *J Pediatr Surg.* 2008;43(6):1115-23.
3. Cutait DE, Cutait R. Surgery of chagasic megacolon. *World J Surg.* 1991;15(2):188-97.
4. Maurer CA, Renzulli P, Mazzucchelli L, Egger B, Seiler CA, Büchler MW. Stercoral perforation of the colon. *Dis Colon Rectum.* 2000;43(7):991-8.
5. Georgeson KE, Fuenfer MM, Hardin WD Jr. Primary laparoscopic pull-through for Hirschsprung's disease in infants and children. *J Pediatr Surg.* 1995;30(7):1017-21.
6. Bjørnland K, Pakarinen MP, Stenström P, et al. Long-term bowel function after transanal endorectal pull-through in 200 patients with Hirschsprung's disease. *J Pediatr Surg.* 2009;44(5):989-93.
7. Amiel J, Lyonnet S. Hirschsprung disease, associated syndromes, and genetics: a review. *J Med Genet.* 2001;38(11):729-39.
8. Das K, Mohanty S. Hirschsprung disease - current diagnosis and management. *Indian J Pediatr.* 2017;84(8):618-623.
9. Kapur RP. Practical pathology and genetics of Hirschsprung's disease. *Semin Pediatr Surg.* 2009;18(4):212-23.
10. De la Torre L, Cogley K, Santos K, Morales O, Calisto J. The anal canal is the fine line between fecal incontinence and colitis after a pull-through for Hirschsprung disease. *J Pediatr Surg.* 2017;52(12):2011-7. doi:10.1016/j.jpedsurg.2017.08.040