

REPORTE DE CASO

ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE EN UN RECIÉN NACIDO A TÉRMINO: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO COMPLEJO EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA DEL NORTE DEL PERÚ

NECROTIZING ENTEROCOLITIS IN A TERM NEWBORN: CLINICAL CASE REPORT OF A COMPLEX CASE IN A REFERRAL HOSPITAL IN NORTHERN PERU.

Andrés Fernando Silva Horna^{1,2,3} , Anshela del Pilar Yapapasca Pasapera^{1,2,4} , Franlis Adriana Bárcenas Munday^{1,2,4} 

DOI: <https://doi.org/10.61651/rped.2026v78n2p37-44>

¹ Universidad Nacional de Piura. Piura - Perú.

² Hospital III-1 José Cayetano Heredia – EsSalud, Servicio de Pediatría. Piura - Perú.

^a Médico Asistente del Servicio de Pediatría y Neonatología.

^b Médico Residente de Pediatría.

RESUMEN

La enterocolitis necrotizante (NEC) es una enfermedad inflamatoria e isquémica del intestino que afecta principalmente a recién nacidos prematuros; sin embargo, también puede presentarse en recién nacidos a término, aunque con menor frecuencia y características clínicas particulares. Se presenta el caso de una recién nacida a término, sin antecedentes perinatales relevantes, que desarrolló NEC durante los primeros días de vida, manifestándose con distensión abdominal, vómitos biliosos y fiebre. El diagnóstico se sustentó en los hallazgos clínicos, radiológicos, que evidenciaron neumoperitoneo, y fue confirmado mediante estudio anatomopatológico tras la intervención quirúrgica. El tratamiento incluyó manejo médico-quirúrgico con antibioticoterapia, drenaje peritoneal, resección intestinal con ileostomía, nutrición parenteral y soporte multidisciplinario en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). La paciente presentó una evolución favorable, con recuperación progresiva, egreso hospitalario tras 20 días de hospitalización en UCIN y posterior restitución diferida del tránsito intestinal. Este caso destaca la importancia del reconocimiento precoz de la NEC en recién nacidos a término, del tratamiento individualizado y del abordaje multidisciplinario para mejorar el pronóstico de una entidad poco frecuente pero potencialmente grave.

Palabras clave: Enterocolitis necrotizante; recién nacido a término; unidades de cuidado intensivo neonatal; perforación intestinal.

SUMMARY

Introduction: Necrotizing enterocolitis (NEC) is an inflammatory and ischemic intestinal disease that primarily affects preterm infants; however, it can also occur in term neonates, although less frequently and with distinct clinical characteristics. We report the case of a term female neonate without significant perinatal history who developed NEC during the first days of life, presenting with abdominal distension, bilious vomiting, and fever. The diagnosis was established based on clinical and radiological findings, including pneumoperitoneum, and was confirmed by histopathological examination following surgery. Management consisted of combined medical and surgical treatment, including broad-spectrum antibiotic therapy, percutaneous peritoneal drainage, intestinal resection with ileostomy, parenteral nutrition, and multidisciplinary care in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). The patient showed a favorable clinical course, with progressive recovery, hospital discharge after 20 days of NICU hospitalization, and delayed restoration of intestinal continuity. This case highlights the importance of early recognition of NEC in term neonates, individualized management, and a multidisciplinary approach to improve the outcomes of this uncommon but potentially life-threatening condition.

Keywords: Necrotizing enterocolitis; term infant; neonatal intensive care units; intestinal perforation.

INTRODUCCIÓN

La enterocolitis necrotizante (NEC) es una enfermedad inflamatoria e isquémica del intestino, caracterizada por necrosis de la mucosa intestinal asociada a inflamación, proliferación bacteriana y presencia de gas en la pared intestinal y el sistema venoso portal. Afecta predominantemente a los recién nacidos prematuros y se asocia con una elevada morbilidad, además de importantes secuelas a corto y largo plazo. Aunque su fisiopatología no ha sido completamente esclarecida, se postula que resulta de una interacción compleja entre la inmadurez intestinal, la alteración de la perfusión mesentérica con isquemia intestinal y una respuesta inflamatoria exacerbada que compromete la perfusión del tracto gastrointestinal⁽¹⁾.

La NEC en recién nacidos a término es menos frecuente que en los prematuros y presenta características epidemiológicas y clínicas particulares. Se estima que aproximadamente el 10% de los casos de NEC ocurren en recién nacidos a término, y una proporción importante de ellos se asocia con cardiopatías congénitas. Además, en este grupo de pacientes, la enfermedad suele manifestarse de forma más temprana, con una mediana de aparición cercana a los 4 días de vida, mientras que en los recién nacidos prematuros el inicio suele ocurrir alrededor de los 17 días^(2,3).

Entre los factores de riesgo descritos para el desarrollo de NEC en recién nacidos a término se incluyen las cardiopatías congénitas, el bajo peso al nacer, la edad gestacional menor de 38 semanas, la alimentación con fórmula láctea y la necesidad de ventilación mecánica o nutrición parenteral⁽⁴⁾.

El tratamiento debe instaurarse de manera precoz con el objetivo de limitar la progresión de la enfermedad y prevenir complicaciones potencialmente fatales. El manejo inicial comprende la suspensión de la alimentación enteral, la descompresión gástrica, la reposición de líquidos por vía intravenosa, el tratamiento antibiótico de amplio espectro y, cuando está indicado, el soporte inotrópico, la corrección de las alteraciones metabólicas y electrolíticas, así como el soporte ventilatorio. Se estima que entre el 20% y el 40% de los recién nacidos con NEC requerirán tratamiento quirúrgico, proporción que puede alcanzar hasta el 51% en aquellos con muy bajo peso al nacer. La laparotomía constituye la modalidad quirúrgica más empleada y puede incluir la resección del segmento intestinal afectado, anastomosis, drenaje peritoneal o derivación intestinal, según los hallazgos intraoperatorios y la condición clínica del paciente. El objetivo del tratamiento quirúrgico es resecar el tejido isquémico y necrótico preservando, en la medida de lo posible, la mayor longitud de intestino funcional⁽⁵⁾.

El presente reporte describe el caso de una recién nacida a término con enterocolitis necrotizante atendida en la

Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital José Cayetano Heredia, complementado con una revisión de la literatura, con el propósito de resaltar las características clínicas, el abordaje diagnóstico y terapéutico, así como los principales aspectos descritos en la evidencia disponible sobre esta infrecuente presentación de la enfermedad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una recién nacida (RN) a término, de 39 semanas de edad gestacional, nacida por cesárea debido al antecedente materno de cesárea previa. La madre, de 25 años, cursó un embarazo sin complicaciones. Al nacimiento, la RN presentó una circular simple de cordón umbilical, que fue reducida manualmente, obtuvo un puntaje APGAR de 8 al minuto y 9 a los 5 minutos, y requirió administración de oxígeno a flujo libre durante 30 segundos. El peso al nacer fue de 3330 g, la talla de 50 cm, el perímetro cefálico de 35 cm, el perímetro torácico de 33,5 cm y el perímetro abdominal de 33 cm, todos dentro de los rangos esperados para la edad gestacional.

Recibió alimentación enteral con fórmula láctea al 13%. A las 24 horas de vida presentó ictericia leve, por lo que se solicitaron exámenes de laboratorio que evidenciaron un recuento leucocitario de $18,8 \times 10^3/\mu\text{L}$, con 82% de neutrófilos segmentados, hemoglobina de 16,1 g/dL y bilirrubina total de 6,5 mg/dL, con predominio de la fracción indirecta (tablas 1 y 2). Estos hallazgos fueron considerados compatibles con la edad neonatal y sin signos de alarma, por lo que fue dada de alta junto con su madre a las 48 horas de vida.

Siete horas después del alta, reingresó al servicio de Emergencia por distensión abdominal, vómitos biliosos y fiebre de 39 °C. Al examen físico se evidenció un abdomen distendido, timpánico y poco depresible. Los exámenes de laboratorio de ingreso (tabla 1) mostraron leucopenia, con $1,89 \times 10^3/\mu\text{L}$ leucocitos y 51% de neutrófilos segmentados, trombocitopenia de $91 \times 10^3/\mu\text{L}$ y hemoglobina de 12,3 g/dL. La radiografía simple de abdomen en decúbito dorsal evidenció dilatación de asas intestinales con engrosamiento de sus paredes (figura 1).

La paciente fue hospitalizada con el diagnóstico de sepsis de probable origen abdominal. Se colocó una sonda orogástrica para descompresión gástrica y se inició tratamiento antibiótico empírico con ampicilina (170 mg cada 12 horas), ceftazidima (160 mg cada 12 horas) y metronidazol (25 mg cada 12 horas).

Al día siguiente presentó incremento de la distensión abdominal y residuo gástrico bilioso. Ante la sospecha de complicación intestinal, se realizó una radiografía simple de abdomen en proyección anteroposterior (AP) en bipedestación con apoyo, la cual evidenció signos de obstrucción intestinal y neumoperitoneo (figura 2).

Tabla 1. Hemograma completo.

PARÁMETRO (UNIDAD)	1 DV	3 DV	4 DV (M)	4 DV (T)	5 DV	6 DV	8 DV	10 DV	11 DV	13 DV
Hemoglobina(gr/dl)	16.1	12.3	11.6	10.8	10.1	11.7	10.4	9.3	12.5	12.6
Hematocrito (%)	44.3	36.3	33.3	31.4	28.3	33.2	29.8			37.6
Leucocitos($\times 10^3/\mu\text{L}$)	18.83	1.89	4.23	3.82	3.98	9.47	10.17	18.74	19.14	22.19
Abastondados (%)	-	-	10	5	4	-	-	-	12	11
Segmentados(%)	82.3	51.8	71.8	60	56.8	63	55	60	60	79
Eosinófilos(%)	0.5	1.6	4.5	9	4	2	2			0
Basófilos(%)	0.3	1.1	0.5	0	1	0	0			0
Monocitos(%)	5.5	5.8	7.6	6	15	13	12			2
Linfocitos(%)	9.1	38.6	15.1	15	24	18	31			8
Plaquetas ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	304	91	66	58	112	22	10	41	63	58

DV: Días de vida; M: Mañana; T: Tarde.

Tabla 2. Perfil hepático.

PARÁMETRO (UNIDAD)	2 DV	3 DV	4 DV	5 DV	7 DV	13 DV
Proteínas totales (gr/dl)					4.22	5.2
Albúmina (gr/dl)					2.41	2.64
Globulina (gr/dl)					1.31	2.56
TGO (U/l)		27.6		25.4	18.19	19.6
TGP (U/l)		4.7		8.6	9.5	6.7
Bilirrubinas totales (mg/dl)	6.598		9.818	4.004	2.803	
Bilirrubina directa (mg/dl)	0.323		0.966	2.756	2.298	
Bilirrubina indirecta (mg/dl)	6.275		8.852	1.248	0.505	
Fosfatasa alcalina (U/L)					86	
GGTP (U/L)					52	
Glicemia (mg/dl)		110.1	84.3		82.8	

DV: Días de vida



Se observa dilatación de asas intestinales con engrosamiento de su pared, sugestivas de proceso inflamatorio.

Figura 1. Radiografía AP toracoabdominal simple en decúbito dorsal. Reingreso (21/10/24).

Ante el diagnóstico de perforación intestinal secundaria a probable enterocolitis necrotizante, se solicitaron exámenes preoperatorios que evidenciaron trombocitopenia, con un recuento plaquetario de $66 \times 10^3/\mu\text{L}$. La paciente presentó un deterioro progresivo del estado general, con episodios de desaturación y bradicardia, evolucionando a shock séptico. Debido a ello, se realizó intubación endotraqueal y se inició ventilación mecánica.

Tabla 3. Perfil de coagulación.

PARÁMETRO (UNIDAD)	4DV (M)	4DV (T)	10DV
Tiempo de protrombina (segundos)	15.6	12.1	13.4
Tiempo de trombina (segundos)	43.6	15.6	17.7
INR		1.10	1.23

Fibrinógeno (mg/dl) 433.75

DV: Días de vida; M: Mañana; T: Tarde; INR: International Normalized Ratio.

Al examen físico, el abdomen se encontraba marcadamente distendido y tenso, con coloración violácea de la piel en la región periumbilical y el flanco derecho. Fue evaluada por el servicio de Cirugía Pediátrica, que realizó un drenaje peritoneal percutáneo con fines de descompresión, difiriendo la laparotomía hasta lograr una mejor estabilidad clínica.



Se observa distensión de asas intestinales con niveles hidroaéreos en su interior, aire libre subdiafragmático izquierdo, sugestivo de obstrucción y perforación intestinal.

Figura 2. Radiografía AP toracoabdominal simple de pie con apoyo (22/10/24).

Como parte del manejo, se transfundió concentrado de plaquetas y se modificó el esquema antibiótico, sustituyendo gentamicina (15 mg cada 24 horas) por ceftazidima. El hemograma de control mostró un descenso adicional del recuento plaquetario hasta $46 \times 10^3/\mu\text{L}$, a pesar de la transfusión inicial. Tras la evaluación por el servicio de Hematología, se indicó continuar con transfusiones de plaquetas según requerimiento clínico. Luego de una segunda transfusión, el recuento plaquetario aumentó a $112 \times 10^3/\mu\text{L}$.

Tabla 4. Perfil renal.

PARÁMETRO (UNIDAD)	3DV	4DV	5DV	7DV	10DV	13DV
Urea (mg/dl)	36.2	12.1	13.4			
Creatinina (mg/dl)	0.48	0.38	0.44	0.26	0.24	0.19

DV: Días de vida.

Una vez alcanzada la estabilidad hemodinámica, la paciente fue llevada a sala de operaciones. Durante la intervención quirúrgica se evidenció una perforación de aproximadamente 1 cm en el borde antimesentérico del íleon, localizada a 20 cm de la válvula ileocecal. Asimismo, se identificó un segmento de aproximadamente 10 cm de intestino delgado con aspecto violáceo y moteado, ubicado a 40 cm de la válvula ileocecal, asociado a abundante fibrina

y líquido amarillento de aspecto grumoso en la cavidad abdominal. Se realizó la resección del segmento intestinal comprometido, seguida de una ileostomía, remitiéndose la pieza quirúrgica al servicio de Anatomía Patológica para su estudio histopatológico.

Durante la evolución clínica se realizaron controles seriados del perfil de coagulación (tabla 3), del perfil de función renal (tabla 4) y de los reactantes de fase aguda (tabla 5), cuyos resultados permitieron evaluar la progresión de la enfermedad, la respuesta al tratamiento y el estado clínico de la paciente.

Tabla 5. Reactantes de fase aguda.

PARÁMETRO (UNIDAD)	3DV	4DV	6DV	8DV	10DV	11DV	13DV
PCR (mg/dl)	12.556	16.005	10.531	10.343	6	6.54	3.779
Procalcitonina (ng/ml)			17.91	2.95			

DV: Días de vida. PCR: Proteína C Reactiva.

Evolución postoperatoria

En el postoperatorio inmediato, la paciente requirió ventilación mecánica, con destete progresivo según su evolución clínica. Persistió con trombocitopenia severa, alcanzando un recuento mínimo de $26 \times 10^3/\mu\text{L}$ (tabla 1), a pesar del tratamiento antibiótico y de múltiples transfusiones de concentrado plaquetario. Ante la persistencia de la trombocitopenia, se administró inmunoglobulina humana, observándose una mejoría progresiva del recuento plaquetario.

Al quinto día postoperatorio, la ileostomía permanecía no funcional, lo que retrasó el inicio de la nutrición enteral. Se realizó una radiografía simple de abdomen en decúbito dorsal, la cual evidenció distensión de la cámara gástrica (figura 3). En consecuencia, se mantuvo el ayuno, se modificó el esquema antibiótico a meropenem (70 mg cada 8 horas), vancomicina (50 mg cada 8 horas) y clindamicina (25 mg cada 8 horas), y se inició nutrición parenteral.



4to día postoperatorio, incidencia frontal y lateral (26/10/24).

Se observa distensión de la cámara gástrica y de asas intestinales delgadas, sugestivo de íleo paralítico.

Figura 3. Radiografía toracoabdominal simple en decúbito dorsal.

Al séptimo día postoperatorio, la ileostomía comenzó a funcionar adecuadamente, con un incremento progresivo del débito intestinal en los días siguientes. Cinco días después se inició nutrición enteral mínima con leche materna, incrementándose gradualmente el volumen administrado, con buena tolerancia y evolución clínica favorable.

El decimocuarto día postoperatorio, la paciente fue trasladada de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) a la Unidad de Cuidados Intermedios debido a su mejoría clínica. Una radiografía simple de abdomen en decúbito dorsal mostró una adecuada distribución del aire intestinal, sin evidencia de distensión ni signos de obstrucción (figura 4).



Se observa distribución adecuada del gas intestinal. No signos de distensión ni obstrucción.

Figura 4. Radiografía AP toracoabdominal en decúbito dorsal en post operatorio tardío.

Posteriormente, fue dada de alta en buen estado general, con seguimiento ambulatorio por los servicios de Cirugía Pediátrica y Neonatología para el manejo de la ileostomía y la programación de su cierre quirúrgico diferido.

DISCUSIÓN

Presentamos el caso de una recién nacida a término, sin antecedentes perinatales relevantes ni enfermedades predisponentes conocidas, que desarrolló enterocolitis necrotizante (NEC) de evolución grave y requirió manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). La NEC en recién nacidos a término representa una entidad infrecuente, sobre la cual existe información limitada en la literatura. Las series de casos disponibles describen que la mayoría de estos pacientes presentan condiciones predisponentes, como cardiopatías congénitas, sepsis, asfixia perinatal o restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), además de una mayor frecuencia de alimentación con fórmulas lácteas en comparación con leche materna⁽⁶⁾.

En el presente caso, durante la hospitalización se descartaron cardiopatías congénitas mediante ecocardiografía y alteraciones de la coagulación mediante un perfil de coagulación normal (tabla 3). Asimismo, la evaluación antropométrica confirmó que el peso, la talla y el perímetro cefálico eran adecuados para la edad gestacional, descartándose RCIU. Entre los factores predisponentes identificados, la alimentación con fórmula láctea fue el único hallazgo reconocido. Aunque al reingreso presentó leucopenia y trombocitopenia compatibles con un proceso infeccioso sistémico, no fue posible establecer si la sepsis constituyó un factor desencadenante o una

complicación secundaria a la NEC, tal como ha sido descrito previamente⁽⁷⁾.

La paciente fue dada de alta a las 48 horas de vida en buenas condiciones clínicas, tras una evaluación que evidenció únicamente una discreta neutrofilia, hallazgo que puede corresponder a una variación fisiológica del período neonatal y que, en ausencia de otros signos clínicos o bioquímicos, no justificó prolongar la hospitalización⁽⁸⁾. Siete horas después del alta reingresó con vómitos biliosos, distensión abdominal y fiebre, manifestaciones clínicas características de la NEC en recién nacidos a término.

La mayoría de los recién nacidos a término que desarrollan NEC requieren manejo en una UCIN debido a la rápida progresión de la enfermedad y al riesgo de complicaciones graves⁽³⁾. A diferencia de los prematuros, en quienes la NEC suele manifestarse después de la segunda semana de vida, en los recién nacidos a término el inicio es habitualmente más precoz⁽⁹⁾. En el presente caso, la enfermedad se manifestó al tercer día de vida, concordando con lo descrito en la literatura.

El diagnóstico de la NEC en recién nacidos a término se basa en la combinación de hallazgos clínicos y radiológicos similares a los observados en los prematuros. Los síntomas más frecuentes incluyen vómitos o aspirado gástrico bilioso, distensión abdominal y fiebre. En nuestra paciente se presentaron estas manifestaciones desde el reingreso hospitalario. Las radiografías simples de abdomen continúan siendo el método de imagen de elección para el diagnóstico y la estadificación de la enfermedad. La presencia de neumatosis intestinal, neumoperitoneo o asas intestinales centinela es altamente sugestiva de NEC⁽⁶⁾. En este caso, las imágenes iniciales mostraron dilatación de asas intestinales con engrosamiento de la pared, evolucionando posteriormente a neumoperitoneo, hallazgo que confirmó la perforación intestinal y motivó la intervención quirúrgica.

El diagnóstico definitivo de la NEC se establece mediante el estudio histopatológico del tejido intestinal resecado o en muestras obtenidas post mortem, donde se evidencian inflamación transmural, necrosis e infarto intestinal⁽¹¹⁾. En nuestra paciente, el estudio anatomopatológico confirmó la presencia de perforación ileal asociada a un absceso periorificial, con bordes quirúrgicos libres de lesión.

El tratamiento de la NEC depende de la gravedad de la enfermedad. Los casos no complicados pueden manejarse de forma conservadora, mientras que la perforación intestinal o el deterioro clínico obligan al tratamiento quirúrgico. Aunque el drenaje peritoneal percutáneo se considera principalmente una alternativa en recién nacidos con peso inferior a 750 g y menores de dos semanas de vida⁽¹²⁾, en este caso se decidió realizarlo como medida temporal de descompresión debido a la marcada distensión abdominal, la inestabilidad hemodinámica y la trombocitopenia severa, permitiendo estabilizar a la

paciente antes de la laparotomía definitiva. Posteriormente se realizó resección del segmento intestinal comprometido e ileostomía, procedimiento que constituye una estrategia eficaz para controlar la infección intraabdominal y preservar la mayor longitud intestinal funcional⁽¹³⁾.

Respecto al tratamiento antimicrobiano, las recomendaciones actuales indican utilizar esquemas con cobertura frente a microorganismos entéricos aerobios y anaerobios. Habitualmente se emplean combinaciones de ampicilina o vancomicina para microorganismos Gram positivos, asociadas a un aminoglucósido o una cefalosporina de tercera generación para Gram negativos, añadiendo metronidazol en presencia de perforación intestinal o sospecha de infección por anaerobios. Posteriormente, el tratamiento debe ajustarse de acuerdo con los resultados microbiológicos y el antibiograma⁽¹⁴⁾. En nuestra paciente, el tratamiento antibiótico empírico inicial y sus posteriores modificaciones fueron concordantes con estas recomendaciones.

La nutrición constituye otro pilar fundamental del tratamiento. Se recomienda iniciar nutrición parenteral precozmente durante la fase aguda, con una monitorización estricta del balance hídrico y de los electrolitos para evitar complicaciones metabólicas⁽¹⁰⁾. Asimismo, diversos estudios han demostrado que la reintroducción temprana de la alimentación enteral, idealmente dentro de los primeros siete días posteriores a la cirugía cuando las condiciones clínicas lo permiten, se asocia con una menor incidencia de complicaciones y una reducción de la estancia hospitalaria⁽⁹⁾. En el presente caso, el inicio de la alimentación enteral se retrasó hasta el duodécimo día postoperatorio debido a la ausencia inicial de función de la ileostomía, iniciándose posteriormente con leche materna y progresando de forma favorable.

Finalmente, este caso resalta la importancia de reconocer tempranamente la ECN en recién nacidos a término, incluso en ausencia de factores predisponentes mayores. Asimismo, refuerza el papel protector de la lactancia materna descrito en la literatura y la necesidad de un uso racional de antibióticos para reducir el riesgo de disbiosis intestinal⁽¹⁾. La coordinación multidisciplinaria entre Neonatología, Cirugía Pediátrica, Hematología, Radiología y Anatomía Patológica fue determinante para el diagnóstico oportuno y el desenlace favorable. Se requieren estudios adicionales que permitan comprender mejor los factores de riesgo, optimizar el diagnóstico precoz y establecer protocolos de manejo específicos para la ECN en recién nacidos a término.

CONCLUSIONES

La enterocolitis necrotizante en recién nacidos a término es una entidad poco frecuente, pero potencialmente grave, que requiere un alto índice de sospecha clínica para establecer un diagnóstico y tratamiento oportunos. El presente caso resalta la importancia del reconocimiento precoz de los signos clínicos, el apoyo de los hallazgos radiológicos y la

confirmación histopatológica para un diagnóstico definitivo. Asimismo, pone de manifiesto el papel fundamental del manejo multidisciplinario en unidades neonatales especializadas, que permite optimizar las decisiones terapéuticas, reducir la morbilidad y mejorar el pronóstico de estos pacientes. Finalmente, este caso refuerza la necesidad de promover la lactancia materna exclusiva como una estrategia clave para la prevención de la enterocolitis necrotizante y destaca la importancia de continuar investigando esta entidad en recién nacidos a término, dada la limitada evidencia disponible.

RECOMENDACIONES

Se recomienda fortalecer la vigilancia clínica y establecer protocolos para la detección precoz de la enterocolitis necrotizante, especialmente en recién nacidos con factores de riesgo o con manifestaciones clínicas sugestivas de la enfermedad. Asimismo, es fundamental promover la capacitación continua del personal de salud en el reconocimiento temprano, diagnóstico y manejo integral de esta patología, con el fin de favorecer intervenciones oportunas y mejorar los desenlaces clínicos.

Del mismo modo, debe promoverse la lactancia materna exclusiva como una de las principales estrategias preventivas frente a la enterocolitis necrotizante, debido a la evidencia que respalda su efecto protector. Finalmente, considerando la escasa información disponible sobre la enterocolitis necrotizante en recién nacidos a término, se recomienda impulsar estudios prospectivos y multicéntricos que permitan caracterizar mejor sus factores predisponentes, optimizar las estrategias terapéuticas y generar evidencia que contribuya al desarrollo de guías de manejo específicas para esta población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gómez Rocha LD. Recién nacido con enterocolitis necrotizante y plan de egreso para el lactante con síndrome de malabsorción intestinal, bajo la perspectiva de la teoría: adaptación a los eventos de la vida de Callista Roy [Internet]. Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia; 2022 [citado 3 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/items/93c64825-d548-434b-8423-6462651e1314>
2. Kinstlinger N, Fink A, Gordon S, Levin TL, Friedmann P, Nafday S, et al. Is necrotizing enterocolitis the same disease in term and preterm infants? J Pediatr Surg. 2021;56(8):1370-1374.
3. Spinner JA, Morris SA, Nandi D, Costarino AT, Marino BS, Rossano JW, et al. Necrotizing enterocolitis and associated mortality in neonates with congenital heart disease: A multi-institutional study. Pediatr Crit Care Med. 2020;21(3):228-234.
4. Choi GJ, Song J, Kim H, Huh J, Kang IS, Chang YS, et al. Development of necrotizing enterocolitis in full-term infants with duct dependent congenital heart disease. BMC Pediatr. 2022;22(1):174.

5. González Izquierdo L, Herrador Cordero-Sánchez S, Sánchez Bayón C, Hervás Díez R, Ortega Iniesta L. Enterocolitis necrotizante en el prematuro. NPunto [Internet]. 2022;5(55):127-130. Disponible en: <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/635fe8f977c7aart7.pdf>
6. Powel HHM, Vera RFC, Saraguro WAM, Tandazo MRJ, Gamarra KLB. Enterocolitis necrotizante: emergencia gastrointestinal del recién nacido. Rev Pertinencia Académica [Internet]. 2022 [citado 3 de mayo de 2025];6(2):56-67. Disponible en: <https://revistas.utb.edu.ec/index.php/rpa/article/view/2652>
7. Su Y, Xu RH, Guo LY, Chen XQ, Han WX, Ma JJ, et al. Risk factors for necrotizing enterocolitis in neonates: A meta-analysis. Front Pediatr [Internet]. 2023 [citado 4 de mayo de 2025];10:1079894. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9853297/>
8. Terry Leonard NR, Cabrera Cuéllar C. Hemograma, frotis de sangre periférica, conteo de plaquetas y conteo de reticulocitos en el recién nacido normal y sus variaciones fisiológicas. Medisur [Internet]. 2022 [citado 3 de mayo de 2025];20(1):129-136. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-897X202000100129&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
9. Rivera F. Inicio temprano vs inicio tardío de la vía oral en recién nacidos realimentados que presentaron enterocolitis necrotizante [Internet]. Veracruz: Universidad Veracruzana; 2025.
10. Guiducci S, Duci M, Moschino L, Meneghelli M, Fascetti Leon F, Bonadies L, et al. Providing the best parenteral nutrition before and after surgery for NEC: Macro and micronutrients intakes. Nutrients [Internet]. 2022 [citado 5 de mayo de 2025];14(5):919. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8912377/>
11. Landa Garmendia C. Diagnóstico, prevención y tratamiento de la enterocolitis necrotizante: revisión bibliográfica e incidencia en un hospital de tercer nivel [Trabajo de Fin de Grado en Internet]. Islas Baleares: Universitat de les Illes Balears; 2024 [citado 4 de mayo de 2025]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11201/167433>
12. Quiroz HJ, Rao K, Brady AC, Hogan AR, Thorson CM, Perez EA, et al. Protocol-driven surgical care of necrotizing enterocolitis and spontaneous intestinal perforation. J Surg Res. 2020;255:396-404.
13. Julio Chamu YR. Reporte de caso sobre recién nacido de 39.5 semanas corregidas con enterocolitis necrosante e ileostomía. Rev CuidArte [Internet]. 2024 [citado 4 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2024.13.26.86242>
14. Serna Salas P. Diferencias en la evolución de los recién nacidos de término versus pretérmino con enterocolitis necrosante en una unidad de cuidados intensivos neonatales en un segundo nivel [Tesis de especialidad en Internet]. Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2022 [citado 4 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12371/18973>.

Contribución de los autores:

AFSH: Conceptualizó, diseñó la metodología, condujo la investigación, analizó los datos, redactó el borrador inicial, redactó y revisó la versión final.

AYP: Conceptualizó, condujo la investigación, analizó los datos, redactó el borrador inicial y revisó la versión final.

FABM: Conceptualizó, condujo la investigación, analizó los datos, redactó y revisó la versión final.

Correo electrónico AFSH: andres_nando_14@hotmail.com; asilvaho@unp.edu.pe

Correo electrónico AYP: anshela2391@gmail.com

Correo electrónico FABM: fabarcenasm@unp.edu.pe

Autor corresponsal: Andrés Fernando Silva Horna.

Teléfono: +51 968091280

Declaración de conflictos de intereses: El autor declara que no existe ningún conflicto de interés económico, académico ni institucional en relación con el presente artículo.

Financiamiento: Este artículo no ha recibido financiamiento externo de ninguna índole.

Agradecimientos: Agradezco al equipo multidisciplinario del Servicio de Neonatología del Hospital José Cayetano Heredia por su colaboración durante la atención integral del paciente reportado. Investigación del Dr. Miguel Aníbal Apaza Canaza de la Unidad Diagnóstica Multidisciplinaria del Servicio de ECO-TOMO.