

Gastrosquisis. Colocación de Malla de Silastic. Presentación de un caso.

Autores: Dr. Sueviant Marrupe Jiménez.*
Dr. Daniel Castillo López.*
Dra. Yendris Licet Cuesta García**.
Dr. Francisco Antonio Rodríguez de la Fuente**.

Especialista de Segundo Grado en Cirugía Pediátrica. Profesor Asistente. *
Especialista de Primer Grado en Cirugía Pediátrica. Profesor Instructor
Especialista de Primer Grado en Neonatología. Profesor Instructor. **

Hospital Provincial Docente “Carlos Manuel de Céspedes”, Bayamo, Granma, Cuba.

Resumen

La Gastrosquisis es el resultado de una falla en la formación de la pared abdominal anterior durante la vida fetal. Se calcula que ocurre aproximadamente en 1 de cada 10,000 nacimientos. La posibilidad de visualizar los defectos por ecografía obstétrica es alta y se produce desde la 12-13 semanas de gestación. Se interviene quirúrgicamente a las ocho horas un recién nacido con el diagnóstico de gastrosquisis y se le coloca malla de silastic evolucionando satisfactoriamente y egresa vivo a los 24 días de operado con alimentación al pecho materno. Se toman fotografías y se revisa la literatura referente al tema.

Caso clínico

Se presenta el caso de un recién nacido masculino, de raza blanca, a término (40,6 semanas) con peso de 3226 gramos y valoración de Apgar 8 al minuto y de 9 al quinto minuto. Nace en el hospital “Fe del Valle” de Manzanillo, Granma, el día 8 de mayo del 2007. Fue producto de un parto distócico (cesárea por sufrimiento fetal agudo y disfunción placentaria) y al examen físico se encontraron las asas intestinales fuera de la cavidad abdominal (Figura 1). Se realiza el diagnóstico de gastrosquisis y se remite al Centro de Referencia Provincial de Cirugía Pediátrica en el Hospital Universitario “Carlos Manuel de Céspedes” de Bayamo, Granma.

A las 8 horas de nacido se interviene quirúrgicamente, se realiza revisión de la cavidad y la colocación de silo de Silastic (Figura 2). Diariamente se cura y se reduce de forma progresiva el silo hasta los doce días en que se realiza síntesis de la pared abdominal (Figura 3). Mantuvo tránsito intestinal útil desde el nacimiento por lo que se comenzó la vía oral al octavo día y fue dado de alta a los 24 días de operado, alimentándose exclusivamente al pecho materno, con excelente estado de salud (Figura 4).

Discusión

La gastrosquisis es una malformación de la pared abdominal anterior consistente en un defecto paraumbilical derecho por el que las asas intestinales se hallan en contacto con el líquido amniótico (1-3). Se trataría de una hernia del cordón umbilical (4) que se rompe luego de completarse el ingreso de los componentes somáticos de la pared anterior, pero antes de la clausura del anillo. Puede ser descrita como un accidente en el desarrollo, secundario a algún agente teratogénico (5). En la actualidad, la tasa de supervivencia es superior al 90% y el pronóstico depende sobre todo de la morbilidad secundaria a la disfunción intestinal. (1,5).

Hay una coincidencia mundial en el incremento de la prevalencia de esta malformación, que hace algunas décadas no llegaba al 1 por 10,000 nacidos vivos, y hoy se puede observar hasta en 2 ó 3 por cada 10.000 en la población general, mientras que se incrementa hasta 7 u 8 cada 10.000 cuando las madres tienen 20 años ó menos. (2, 6,7)

La incidencia de estos defectos aumenta al mejorar su diagnóstico, especialmente prenatal (2,8). No existen signos de alerta, puesto que se trata de una malformación aislada en más del 90 % de los casos. Esta se produce entre la 5^{ta} y 8^{va} semana de edad gestacional, así que el diagnóstico dependerá de que el embarazo reciba los controles de rutina, y que el ecografista esté advertido que a partir de las 12 semanas ya se puede diagnosticar. (4)

Aunque su etiología, como ocurre en la mayoría de las anomalías congénitas es desconocida, se invocan factores como exposición a agentes teratógenos en las primeras semanas de gestación, deficiencias nutricionales y predisposición genética posiblemente vinculada a defectos enzimáticos maternos. (9)

El tratamiento para la gastrosquisis es quirúrgico, incluye técnicas de reparación primaria (10). El cirujano reintroduce los intestinos dentro del abdomen y cierra el defecto, de ser posible. Si la cavidad abdominal es muy pequeña, se sutura un silo de malla alrededor de las márgenes del defecto abdominal y los bordes del defecto se tensan hacia arriba. Con el tiempo, el intestino herniado cae de nuevo dentro la cavidad abdominal y el defecto se puede cerrar. (4, 11) El tratamiento más adecuado es el cierre quirúrgico de la pared luego de reintegrar las asas intestinales a la cavidad abdominal (2).

Otros tratamientos fundamentales para el neonato son la alimentación parenteral, la asistencia ventilatoria (12) y los antibióticos para prevenir la infección. Se debe controlar cuidadosamente la temperatura del paciente, debido a que el intestino expuesto permite el escape de mucho calor corporal. (4)

La probabilidad de recuperación es buena si la cavidad abdominal es relativamente grande, ya que una cavidad abdominal muy pequeña puede causar complicaciones que requieran cirugía adicional. (4) La literatura hace referencia a complicaciones como sepsis, malabsorción y enterocolitis necrosante. (9, 13)

La gastrosquisis puede diagnosticarse mediante las ecografías prenatales a partir del cuarto mes, y en un futuro serán subsidiarias de corregirse mediante la cirugía fetal. Existe controversia en relación a la necesidad de una cesárea programada para el nacimiento. La cesárea previene la lesión de las vísceras herniadas, pero el parto vaginal tiene otras ventajas para el feto. (6)

El tratamiento quirúrgico propiamente dicho se considera precoz (no urgente) pues lo primero será estabilizar al recién nacido y favorecer las condiciones necesarias para que soporte la intervención quirúrgica bajo anestesia general. (1,6) El desafío continúa en desentrañar los marcadores ecográficos predictores de daño, para poder obrar racionalmente, a demanda. Por otra parte el niño debe nacer en el mismo centro donde será operado (cosa que hoy no ocurre siempre a pesar del diagnóstico prenatal), ya que no hay un modo traslado que no sea susceptible de deteriorar esta condición. (4)



Fig. No.1 Asas intestinales expuestas.



Fig. No.2 Colocación del Silo de Silastic.



Fig. No.3 Cierre secundario.



Fig. No.4 Recién nacido al egreso hospitalario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez S, Martínez Ferro. Defectos de la pared abdominal. Cuidados especiales del feto y del recién nacido. Editorial Científico Americana. Vol II 2001. p 1537.
2. Nazer, Cifuentes L, Águila A, Piedad Bello M, Correa F, Melibosky F. Prevalencia de defectos de la pared abdominal al nacer. Rev Chil Pediatr 2006; 77 (5): 481-6
3. Rius Peris JM, Hernández Anselmi E, Vila Carbó JJ. Gastroschisis and hypertrophy pyloric stenosis. An Pediatr (Barc) 2007; 66: 97 – 8
4. Peña Cedeño A, Alonso Uría R, Ballesté López I, Sotolongo Falero A. Defectos de la pared abdominal. Rev Cub. Pediat 2004; 6 (1).
5. Luton D. Tratamiento prenatal de la gastroquisis: técnica de recambio amniótico Clínicas de Perinatología. 2003; 3:545-66.
6. Weir E. Congenital abdominal wall defects. Can Med Assoc J. 2003; 169:809-10.
7. Thomas R, Macy A. Abdominal wall defects. Curr Opin Pediatr. 2002; 14:491-7.
8. Martínez Pérez O, Tarjuelo Amor A., Antolín Alvarado E, Ortiz Quintana L. Diagnóstico de la gastroquisis mediante ecografía 3D. Acta ginecológica: Revista de ginecología, obstetricia y reproducción humana. 2005; 62 (3):74-5.
9. Amor Oruña M, Viñales Pedraza MI, Martínez de Santelices Cuervo A, Moras Bracero F. Defectos de pared abdominal anterior en los municipios La Lisa y Marianao. Ciudad de La Habana: 1994-2003. Revista Cubana de Genética Humana. 2004; 5(1).
10. Lund CH, Bauer K. Gastroschisis: incidence, complications, and clinical management in the neonatal intensive care unit. J Perinat Neonatal Nurs. 2007; 21 (1): 63-8.
11. JL Peiró, Guindos S, Lloret J, Marhuenda C, Torán N, Castillo F, Martínez-Ibáñez V. Nueva estrategia quirúrgica en la gastroquisis: simplificación del tratamiento atendiendo a su fisiopatología. Cir Pediatr 2005; 18: 182-7.
12. Aizenfisz S, Dager S, Gondon E, Saizou C, De Lagausie P, Luton D, Aigrain Y, Beaufils F. Gastroschisis and Omphalocele: Retrospective Study of Initial Postoperative Management in the ICU. Eur J Pediatr Surg 2006; 16: 84-9.
13. Charlesworth P, Njere I, Allotey J, Dimitrou G, Ade-Ajayi N, Devane S, Davenport M . Postnatal outcome in Gastroschisis: effect of birth weight and gestational age. J Pediatr Surg 2007; 42(5):815-8.