

DEBATE EN PEDIATRIA

Por: Dra. Regla Broche Candó.

ONFALITIS:

Ombigo y cordón umbilical: El cordón umbilical debe tener 3 vasos: 2 arterias y una vena, una arteria umbilical única se puede asociar con síndromes malformativos

(síndrome de Vater, Trisomía 18, Sirenomielia, Zellweger). El cordón comienza a secarse horas después del parto, se suelta la piel que lo rodea cerca de los 4 - 5 días y cae entre el 7º y 10º día. En algunos casos la piel se prolonga por la base del cordón umbilical (ombigo cutáneo.) Las hernias umbilicales son comunes y habitualmente no tienen significado patológico, aunque se pueden asociar a síndromes (Beckwith), trisomías, hipotiroidismo, etc.



Cuidado del ombigo. El cordón umbilical sufre una gangrena seca, la cual es más rápida mientras más contacto con el aire éste tiene. Al cabo de 5 a 10 días éste se desprende. La humedad prolonga este proceso. El ombigo es una potencial puerta de entrada para infecciones, por esto se debe cuidar su aseo con alcohol al 70% dos veces al día y cada vez que haya estado en contacto con heces u orina u otro antiséptico local en cada muda. Es normal que en la base del ombigo haya cierta humedad y secreción amarillo-fibrinosa. No es normal que haya secreción purulenta o enrojecimiento alrededor de él, lo que debe hacer sospechar de una infección.

La **onfalitis** es la infección del cordón umbilical y/o de los tejidos adyacentes, la cual se presenta con relativa frecuencia en el período neonatal, y reviste gran significación por la posibilidad de ocasionar una infección bacteriana severa sistémica, localizada en la pared abdominal.

Causas:

1. *Staphylococcus aureus*.
2. Estreptococo beta hemolítico.
3. *Staphylococcus coagulasa negativa*.
4. Enterococo.
5. *Escherichia coli*.
6. *Klebsiella*.
7. Bacteroides

Se puede aislar más de un microorganismo hasta en el 71% de los pacientes. En nuestro país se ha erradicado el tétanos y la difteria que eran causas de infecciones umbilicales en el pasado.

Manifestaciones clínicas:

Se aprecia generalmente secreción purulenta y fétida a través del muñón umbilical en su base o del ombligo, una vez que se ha caído este. Se acompaña de signos inflamatorios locales con eritema, edema, engrosamiento de los bordes del ombligo y dolor a la palpación de los tejidos adyacentes. Cuando aparece fiebre u otro signo de sepsis, entonces hay que pensar en complicaciones.

Los vasos umbilicales de forma habitual están involucrados en la infección. La infección de la vena umbilical se aprecia como un eritema que asciende en la pared abdominal desde los bordes del ombligo, siguiendo el trayecto de esta y puede dar dolor en el abdomen y a veces afectación hepática. Cuando involucra a las arterias umbilicales se identifica como edema y/o eritema hacia la región pubiana.

Puede ocurrir una progresión rápida de la infección hacia toda la pared abdominal, produciendo celulitis y/o fascitis necrosante, con manifestaciones sistémicas graves.

Diagnóstico:

1. Antecedentes: son a la vez factores de riesgo.
 - a) RN prematuro.
 - b) Cateterismo del cordón umbilical.
 - c) Corioamnionitis materna.
 - d) Infección de la madre.
2. Manifestaciones clínicas (ya señaladas).
3. Exámenes complementarios:
 - a) Exámenes hematológicos indicadores de la infección:
 - Leucograma: ocurre leucocitosis con neutrofilia, principalmente en los pacientes con complicaciones como celulitis y fascitis necrosante o sepsis.
 - Reactantes de fase aguda: velocidad de sedimentación globular \square 20mm/h; proteína C reactiva \square 20mg %.

- b) Cultivos:
- Hemocultivo: positivo en 1/3 de los pacientes.
 - Cultivo de secreción de ombligo.
 - Cultivo de pus de absceso cuando se ha producido una celulitis o fascitis con abscesos.

Tratamiento

Profiláctico

1. Cuidados de asepsia y antisepsia en el Salón de Partos, al cortar y ligar el cordón umbilical.
2. Curas diarias con alcohol.
3. Mantener seca el área umbilical.
4. Cuidados de asepsia y antisepsia en el cateterismo umbilical y limitar el tiempo del cateterismo al estrictamente necesario.

Curativo

Médico

1. Antibióticos: siempre deben administrarse antibióticos sistémicos. En casos excepcionales y con signos muy ligeros se puede indicar el tratamiento por vía oral.
 - a) Meticillín (100 a 200 mg/kg/día) u oxacillín (igual dosis) más aminoglucósido.
 - b) Fosfocina más aminoglucósido.
 - c) Cefalosporinas. (cefazolina)
2. Curas locales con soluciones antisépticas y/o ungüentos antibióticos.
3. Tratamiento del choque.

Quirúrgico

1. Incisión y drenaje de abscesos.
2. Desbridamiento quirúrgico en caso de fascitis necrosante, lo que debe hacerse lo más precozmente posible.