

## CIRUGIA DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO EN NIÑOS CON PHMETRIA NORMAL (Surgery of Gastroesophageal Reflux in children with normal Ph studies)

Tovar JA, Angulo JA, Gorostiaga L, Arana J.  
*J. Pediatr Surg* 26(5):541-545, 1991.

Si bien la Phmetría es reconocida como el mejor método para el diagnóstico y cuantificación del Reflujo Gastroesofágico (RGE), pueden obtenerse falsos negativos. La Phmetría normal no basta por sí solo para descartar la indicación quirúrgica. Su sensibilidad y especificidad no ha sido firmemente establecida en niños.

Los autores consideran la indicación quirúrgica del RGE ante evidencias clínicas, radiológicas y/o manométricas y/o endoscópicas, y ante la falla del tratamiento médico (establecido en esta serie durante un promedio de 24 meses), aún con phmetría de 24 hs. normal.

Se presentan 14 pacientes con Phmetría normal, en los que se indicó fundoplicatura con estos criterios. Todos tenían síntomas de RGE, manometría patológica y en 10 de ellos se comprobó esofagitis por endoscopia y biopsia. La manometría presentaba presión disminuida en el esfínter esofágico inferior y predominancia de ondas contráctiles no-propulsivas. Trece pacientes presentaron mejoría de sus síntomas luego de 2 años de seguimiento posoperatorio.

Utilizando Phmetría, se considera que hay "anormal exposición ácida esofágica" si: 1) El porcentaje de tiempo con ph ácido es mayor de 4%, 2) Más de 16 episodios de RGE. 3) Más de 4 episodios de más de 5 min. de duración, 4) Episodios de más de 15 min.

Quizá estos parámetros utilizados en la valoración de la phmetría, deban ser modificados en niños. La potencia diagnóstica del método, se vería reducida por la presencia de reflujo alcalino duodeno-bilio-pancreático igualmente dañino para la mucosa esofágica, la menor acidez gástrica en casos de desnutrición, la neutralización alcalina postprandial, y la salivación abundante debida a la sonda colocada.

Este estudio confirma que los falsos negativos son más frecuentes de lo supuesto y que no debe descartarse la indicación de cirugía, basándose solamente en una phmetría normal.

Dr. Fernando Heinen

## CONTINENCIA LUEGO DE LA ANORRECTOPLASTIA SAGITAL POSTERIOR

### (Continence after Posterior Sagittal Anorectoplasty)

Langemeijer R.A.T.M., Molenaar J.C.  
*J Pediatr Surg* 26(5):587-590, 1991.

Luego de operar (entre 1983 y 1990) 50 pacientes con ano imperforado alto, utilizando la vía sagital posterior (Peña-DeVries), los autores afirman que no debe esperarse una continencia normal.

Los pacientes fueron evaluados subjetivamente (anamnesis) y objetivamente (Electroestimulación, Defecografía, Manometría). La mayoría de ellos eran en mayor o menor grado incontinentes con ensuciamiento fecal diario.

Entre los 37 pacientes evaluables (mayores de 4 años), 3 alegaban ser continentes aunque tenían ensuciamiento fecal. Siete, que dijeron ser intermitentemente continentes, tenían ensuciamiento frecuente. Sólo 1 entre 39 pacientes evaluados manométricamente presentaba reflejo inhibitorio conservado. Entre 24; en los que se pudo evaluar manométricamente la contracción voluntaria esfinteriana, 16 tenían aceptables registros y 20 presentaban sensación proioceptiva presente.

Los autores reconocen un beneficio estético perineal con la vía sagital posterior, pero no comparten la idea de quienes creen que esta operación tendría mejores resultados funcionales. Existiría en las malformaciones altas, una anomalía primaria en el recto-ano y en los músculos pelvianos y un daño postoperatorio inevitable en el esfínter interno anal y pérdida del epitelio de transición del canal anal. Estos pacientes carecerían de los factores esenciales para la continencia.

Comparando la vía sagital con las técnicas anteriores (Stephens, Kiesewetter, Rehbein), los resultados funcionales, según estos autores, son igualmente malos en todas.

Los pacientes serán más o menos incontinentes y la aceptación de esta condición y su manejo correcto familiar y médico harán que si bien nunca serán "continentes", pueden estar "contentos" con un cuidado apropiado.

Dr. Fernando Heinen

## **HERNIA DIAFRAGMATICA: DETERMINACION DEL MOMENTO OPORTUNO DE LA OPERACION POR MONITOREO ECOCARDIOGRAFICO DE LA PRESION ARTERIAL PULMONAR. (Congenital Diaphragmatic Hernia: Determination of the optimal time for operation by Echocardiographic monitoring of the Pulmonary Arterial Pressure)**

Haugen S.E., Linker D., Eik-Nes S., et al.  
*J. Pediatr Surg* 26 (5):560-562, 1991.

Se refiere a 8 neonatos de término con hernia diafragmática izquierda, que sobrevivieron la resuscitación inicial y en los que se postpuso la operación hasta que se redujera la Resistencia Vascular Pulmonar. El monitoreo se realizó con Ecocardiografía Doppler, midiendo la Presión Arterial Pulmonar (PAP) por la ecuación de Bernoulli y la dirección del shunt ductal. Las PAP iniciales de 45-90 mmhg se redujeron a 25-55 mmhg y el shunt inicialmente bidireccional o de derecha a izquierda se invirtió, de izquierda a derecha.

Los pacientes fueron operados, por laparotomía, luego de entre 3 y 20 días de espera (media de 8 días) con asistencia ventilatoria mecánica, cuando se tuvieron indicios ciertos de reducción de la Resistencia Vascular Pulmonar, por reducción de la PAP e inversión del shunt ductal. En 4 se utilizó una malla protésica para cerrar el defecto diafragmático.

Los 8 pacientes sobrevivieron y ninguno desarrolló persistencia del patrón fetal, permaneciendo con Asistencia Respiratoria un promedio de 10 días.

En los neonatos con hernia diafragmática que presentan dificultad respiratoria inmediatamente al parto, la mortalidad es actualmente de 50-80% debido a la hipoplasia pulmonar. En algunos es tan severa que la ventilación es imposible. Para ello no hay aun tratamiento efectivo (quizá la cirugía fetal).

Otros que responden inicialmente a la resuscitación o mejoran temporalmente luego de la operación, tienen una capacidad alveolar suficiente. Diferir la cirugía hasta la reducción de la PAP, mejoraría la sobrevida en este grupo de pacientes que serían así operados en un período de menor hiperreactividad vascular pulmonar (vasoconstricción como respuesta exagerada a la hipoxia, hipercapnia y acidosis). La valoración no invasiva de la PAP sería siempre necesaria para indicar el mejor momento de la cirugía, ya que la PAP puede permanecer elevada en pacientes con mejoría clínica y radiología.

Dr. Fernando Heinen

## **EXPERIENCIA CON ALARGAMIENTO INTESTINAL EN EL SINDROME DE INTESTINO CORTO (Experience with intestinal lengthening for the short-bowel syndrome)**

Thompson JS, Pinch LW, Vanderhoof JA, et al.  
*J. Pediatr. Surg* 26(6): 721-724, 1991.

Los pacientes con Síndrome de Intestino Corto (SIC) tienen hoy mayor sobrevida debido a la Alimentación Parenteral Total (APT). Se ha intentado resolver quirúrgicamente la falta de suficiente superficie de absorción. La técnica propuesta por Bianchi en 1980 (*J. Pediatr Surg* 15:145-151, 1980), ha dado resultados en varios pacientes reportados.

Se presentan aquí 6 pacientes con SIC por resecciones intestinales masivas. Cinco de ellos dependían de la APT para su nutrición, el restante estaba desnutrido. En cuatro pacientes se comprobó colonización intestinal.

Con la separación de ambas hojas del mesenterio y la utilización de sutura mecánica (GIA), se transformó una longitud variable de *intestino dilatado* en dos tubos luego anastomosados en forma termino-terminal.

Se logró aumentar así en un 52% la longitud intestinal y en 83% de los pacientes se mejoró significativamente su nutrición enteral, abandonando 5 de ellos la APT. Durante un período de tránsito lento postoperatorio fueron manejados con gastrostomía descompresiva. Ningún paciente presentó reaparición de ansas dilatadas en los segmentos intestinales operados.

Dr. Fernando Heinen