

Trasplante intestinal en niños utilizando FK 506 para la inmunosupresión

(Intestinal transplantation in children under FK 506 immunosuppression)

Tzakis A, Todo S, Reyes J, Nour B, Abu-Elmgd K, Selby R, Casavilla A, Kocoshis S, Demtris A, Yunis E, Van Thiel D, Starzl T (Pittsburgh)
J Pediatr Surg 28:1040-1043, 1993.

Se realizaron 10 trasplantes intestinales en niños de 6 meses a 10 años de edad, que dependían de la alimentación parenteral total (APT). Se utilizaron donantes cadavéricos ABO compatible. En 7 de ellos, que presentaban colelitiasis y daño hepático por APT o hipertensión portal, fue combinado con un trasplante hepático. En 3 pacientes se trasplantó sólo intestino. En este último caso, la arterIALIZACIÓN del injerto se logró con una anastomosis a la aorta infrarrenal y el drenaje venoso con anastomosis término-terminal en la vena mesentérica superior o término lateral en la vena porta infrahepática (piggy-back). La continuidad intestinal se estableció en el extremo proximal del injerto. El distal fue ostomizado lateralmente con el colon del receptor. Se utilizó FK506 y corticoides como inmunosupresores en todos. El dosaje sérico de FK 506 permitió la dosificación adecuada, vigilando la función renal. Se agregó Prostaglandinas E1 en el postoperatorio inmediato. El monitoreo de rechazo hepático fue el habitual y el intestino fue biopsiado periódicamente por la ostomía distal.

Se utilizaron antibióticos (Polimixina, Tobramicina y Anfotericina) por SNG y por vía IV (Ampicilina y Cefotaxime), tanto en los donantes como en los receptores. La nutrición oral se inició una vez recuperado el tránsito, utilizándose peptam (Clinitec), con monitoreo de absorción por la ostomía y con test de D-xylosa. Siete de los pacientes están alimentándose íntegramente por vía oral, un paciente lleva más de 2 años con una vida normal. Dos pacientes que habían recibido trasplante hepato-entérico fallecieron (uno con enfermedad de injerto vs. huésped que no respondió al tratamiento, el otro por una enfermedad linfoproliferativa).

Los que recibieron trasplante hepático-entérico tuvieron más episodios de rechazo y mayor estadía en UTL. Esta serie demuestra que el trasplante intestinal aislado o en combinación con trasplante hepático, es factible en niños como en adultos. La utilización de FK 506 ha resultado muy superior a la ciclosporina cuyos malos resultados habían hecho abandonar el programa de trasplantes de intestino en Pittsburgh.

F. Heinen

Es necesaria la exploración contralateral en lactantes con hernia inguinal unilateral?

(Is contralateral exploration necessary in infants with unilateral inguinal hernia?)

Rajendra Surana and Prem Puri, Dublin, Ireland
J Pediatr Surg 28:1026, 1993.

La exploración del trayecto inguinal contralateral en los niños continúa siendo una controversia y en algunos centros se realiza de rutina. En este artículo se publica la experiencia de un grupo de pacientes operados de hernia inguinal unilateral antes de los 6 meses de edad a quienes se efectuó seguimiento alejado entre 5 y 17 años, con control del tamaño y posición testicular, aparición de hernia contralateral, incluyendo las operadas en otros hospitales.

Sobre 165 operados se pudo controlar a 116 (104 varones y 12 mujeres). Noventa y dos eran hernias derechas y 24 izquierdas. Doce pacientes (10,3%) desarrollaron hernia contralateral, la misma apareció entre 7 días y 18 meses después (promedio 164 días). La aparición de la hernia contralateral fue de 8,7% si la primitiva era del lado derecho (8/92), comparado con el 16,7% en caso que fuera izquierda (4/24). Esta relación coincide con la presentada por otros autores. En un sólo caso la forma de presentación de la hernia contralateral fue con un episodio de atascamiento.

En esta serie 6 pacientes (5,9%) presentaron disminución del tamaño testicular y uno (1%) atrofia completa del testículo luego de la operación de hernia inguinal. Tres pacientes requirieron orquidopexia por criptorquidia iatrogénica presumiblemente por tracción del mismo durante la operación de herniotomía.

Los autores consideran que la exploración contralateral es innecesaria y deben ponerse en la balanza los riesgos de lesiones testiculares contra un 10% de chances de adquirir una hernia contralateral y no siendo además tan frecuente la incidencia de atascamiento de la hernia contralateral.

R. Korman

Disparidad de tamaño en trasplante de pulmón.

(Size disparity in pediatric lung transplantation)

Presentado en el 1993 Annual Meeting, Section on Surgery of the American Academy of Pediatrics (AAP)
C.W. Lillehei, RC Shamberger, JM Mayer, R Burke, B Koka, J Arnold, D Wessel, M Lanzberg, R Palazzo.
Children Hospital, Boston, MA

La escasez de donantes y las limitaciones para preservar órganos, son factores que dificultan el trasplante pulmonar pediátrico (TPP). A esto se agregan los problemas ocasionados por la disparidad de tamaño de los órganos según la edad.

Los autores efectuaron 9 TPP desde 1991 (6 bilaterales, 2 unilaterales, 1 corazón-pulmón). Las edades variaron entre los 4 y 22 años (x 12,7a) y el peso entre 15 y 55 kg (x 32 kg). Los diagnósticos fueron: fibrosis quística (4), fibrosis pulmonar (2), hipertensión pulmonar primaria (2), malformaciones arteriovenosas (1). El rango de peso donante/receptor varió entre 0,4 y 1,9 y la relación de altura torácica donante receptor varió entre 0,6 y 1,5. En un caso se requirió lobectomía con cierre del tórax diferido con éxito. Se utilizó by-pass cardiopulmonar en forma electiva en 6 pacientes. No hubo reoperaciones por sangrado. Dos de las tres muertes intrahospitalarias, se debieron a insuficiencia cardíaca derecha probablemente secundaria a hipertensión arterial pul-

monar debido a injertos de donantes pequeños en los que no se utilizó by-pass electivo. Todas las anastomosis bronquiales cicatrizaron en forma primaria.

Se utilizó Oxido Nítrico (NO) y/o ECMO en 5 pacientes como apoyo postoperatorio. La sobrevida al alta fue del 67% (6/9). Una muerte tardía ocurrió a los 14 meses por bronquiolititis obliterante.

Los autores concluyen que la disparidad en el tamaño pulmonar es un problema de relevancia en el TPP. Sin embargo el uso de by-pass cardiopulmonar y tratamiento postoperatorio agresivo, pueden mejorar el pronóstico.

M. Martínez Ferro

100 trasplantes consecutivos de hígado en niños: experiencia de 8 años.

(One hundred consecutive liver transplants in infants and children: an eight year experience)

Presentado en el 1993 Annual Meeting, Section on Surgery of the American Academy of Pediatrics (AAP) DE Eckhoff, AM D'Alessandro, SJ Knechtle, FO Belzer, M Kalayoglu.

Department of Surgery, University of Wisconsin, Hospital Madison.

El trasplante ortotópico de hígado se ha transformado en el tratamiento de elección en los niños con enfermedad hepática terminal. El propósito de este estudio fue examinar a 100 pacientes transplantados en una misma institución.

En un período de 8 años se efectuaron 100 trasplantes en 76 pacientes. 40 pacientes (56,2%) fueron lactantes (x 7,6 meses) y 36 (47,4%) niños (x 8,5 años). De los 100 trasplantes, 36 fueron con hígado reducido (TR) y 64 con hígado completo (TC). Las indicaciones fueron: atresia de vías biliares (AVB) 45, trastornos congénitos del metabolismo 7, insuficiencia hepática fulminante 6, hepatitis neonatal 4, cirrosis criptogénica 3, hepatitis crónica activa 2, fibrosis quística 2, cirrosis por nutrición parenteral 2, tumores 2, fibrosis hepática congénita 1, Alagille 1, cirrosis post-necrótica 1. Las indicaciones de retrasplante fueron: trombosis de la arteria hepática 13, disfunción primaria 5, rechazo crónico 3, función pobre 2, trombosis de la vena porta 1. Luego del re-trasplante el 55,3% de los pacientes presentó uno o más rechazos, el 66% una o más infecciones, 15,8% de complicaciones biliares.

La sobrevida global a 8 años es del 78,9% (16 pacientes fallecieron). La sobrevida para el grupo de pacientes con AVB es del 88,5%. No hubo diferencia en la sobrevida entre los grupos de TR y TC.

Los autores concluyen que los resultados en trasplante hepático infantil han mejorado sensiblemente. Si bien el TR ha permitido acortar las listas de espera, aún existe escaso número de donantes pediátricos.

M. Martínez Ferro

Enterocolitis necrotizante en recién nacidos de muy bajo peso

(Necrotizing enterocolitis in the very low birth weight infant)

Presentado en el 1993 Annual Meeting, Section on Surgery of the American Academy of Pediatrics (AAP) P.S. Healey, L.L. Go, A.C.T. Albanese, A.G. Kurchubasche, M.I. Rowe.

Department of Surgery, Children's Hospital of Pittsburgh, PA.

Presentado en APSA 1993

Los avances en el cuidado neonatal aumentaron la sobrevida de los Recién Nacidos de Muy Bajo Peso (RNMBP), esto ha generado una nueva población de neonatos inmaduros de alto riesgo y con marcada vulnerabilidad a enfermedades tales como la enterocolitis necrotizante (ECN). El objetivo de los autores es evaluar las características de la ECN en este grupo de pacientes y determinar si el tratamiento debe ser distinto al del resto de los neonatos.

En un período de 13 años se operaron 104 pacientes por ECN. Se identificaron 3 grupos 1) RNMBP (EG <28 sem. y/o < 1000g), 2) Prematuros (EG 29 a 36 sem.), 3) Término (>36 sem.).

Fueron evaluados: riesgo materno, complicaciones perinatales, parto, fecha primera alimentación, síntomas, RX, indicaciones quirúrgicas. También se compararon los hallazgos operatorios (necrosis segmentaria o difusa, pancreatitis) bacteriología y evolución.

| | RNMBP | Prematuros | Término |
|------------------------|-----------|------------|------------|
| Edad gestacional (1) | 26 | 32 | 38 |
| Peso (gs ± Ds) | 850 ± 170 | 1720 ± 540 | 2960 ± 590 |
| Ductus | 43,6% | 8,6% | 13,3% |
| Hemorragia Ventricular | 43,9% | 11,4% | 18,2% |
| ECN segmentaria | 51% | 50% | 33% |
| ECN perforada | 60% | 53% | 40% |
| Pancreatitis | 29% | 20% | 13% |
| Sobrevida | 59% | 84% | 54% |

A pesar de haber encontrado mayor incidencia de pancreatitis y perforación, con una menor sobrevida en el grupo de RNMBP, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. La incidencia de ductus y hemorragia intraventricular coinciden con las cifras publicadas de RNMBP sin ECN. No hubo diferencia significativa en ninguna de las otras variables medidas. Los autores concluyen que la ECN en RNMBP es clínica y patológicamente similar a la ECN en los pacientes prematuros. El tratamiento quirúrgico en este grupo no debería ser distinto al de otros pacientes.

M. Martínez Ferro