

Propuesta de una alternativa terapéutica para onfaloceles y gastrosquisis

Dres. C. Sors, J.C. Moreno, R. De Oña, J.C. Pafundi, M.L. Iriarte, L. Martín, G. Figueroa

Servicio de Clínica Quirúrgica "A". Hospital Italiano Garibaldi de Rosario, Argentina

Resumen

Debido al alto índice de morbilidad y mortalidad que estas patologías presentan utilizando tratamientos convencionales, los autores proponen una alternativa terapéutica que siguiendo los principios originales de la técnica de Schuster, puede realizarse en la Unidad de Neonatología, de bajo costo económico, ejecución simple, poco invasiva y que permite detectar las complicaciones precozmente. Utilizan un dispositivo hermético de dos piezas para ostomías, compuesto por una bolsa transparente y dos discos adhesivos. Describen la técnica de colocación en un recién nacido portador de gastrosquisis en el que fue imposible practicar el cierre primario sin hiperpresión abdominal. No hubo complicaciones y el paciente fue dado de alta a los 30 días. La propuesta es factible de realizar y el dispositivo no genera complicaciones por sí mismo siguiendo las normas expuestas para su colocación y mantenimiento. Creemos necesario desarrollar estudios multicéntricos para la obtención de resultados comparativos.

Palabras clave: Onfalocele - Gastrosquisis.

Summary

Because of the high morbidity and mortality rate that these malformations have using conventional treatment methods, we propose a new therapeutic approach following Schuster's guidelines, that can be performed in the Neonatal Intensive Care Unit, cheap, simple, minimally invasive that allows early detection of complications. It's a two-piece ostomy device (plastic bag and two adhesive plates) that was used in a neonate with gastroschisis in whom primary closure of the abdomen wall was impossible. Recovery was uneventful and the patient was discharged at postoperative day 30. We believe this is a useful approach with no related morbidity by itself. Multicentric trials are necessary to exactly assess the utility of this approach.

Index words: Omphalocele - Gastroschisis

Resumo

Devido ao alto índice de morbidade e mortalidade que estas patologias apresentam utilizando-se tratamento convencionais, os autores propõem uma alternativa terapêutica que segundo os princípios originais da técnica de Schuster, pode ser feita na unidade de neonatologia, com baixo custo, execução simples, pouco invasora e que permite detectar as complicações precocemente. Utilizam um dispositivo fechado de duas peças para ostomias composto por uma bolsa transparente e dois discos adesivos. Descrevem a técnica de colocação em um recém-nascido com gastrosquise na qual foi impossível a realização do fechamento primário sem hiperpressão abdominal. Não houve complicações e o paciente obteve alta no 30º dia. A proposta é factível de ser realizada e o dispositivo não origina complicação seguindo-se as normas expostas para sua colocação e manutenção. Acreditamos seja necessário desenvolver estudos multicêntricos para obtenção de resultados comparativos.

Palavras chave: Onfalocele - Gastroschises.

Introducción

La oclusión incompleta de la pared anterior del abdomen del embrión, induce una amplia variedad de defectos anatómicos siendo los mas frecuentes los onfaloceles y las gastrosquisis. En ambos podemos encontrar una cavidad abdominal pequeña con pérdida del derecho a domicilio de parte de su contenido¹. Frecuentemente otras anomalías congénitas se asocian al onfalocele, siendo más raras en la segunda. La mortalidad que presentan es alta^{2,3}.

Durante el cierre quirúrgico de la pared no debe aumentarse la presión abdominal por sobre los 30 cms de agua para no comprometer las funciones vitales del niño(4). Cuando el cierre primario de la pared no es factible, diferentes mallas protésicas son utilizadas para construir contenciones temporarias para las vísceras expuestas^{5,6}. Un problema a considerar, es que no siempre se cuenta con ellas o su costo excede las posibilidades de implantarlas. También se observan complicaciones por su uso, destacándose las infecciones, lesiones intestinales por decúbito o perforaciones que comprometen el pronóstico de estos neonatos^{7,8,9,10}.

El objetivo del trabajo es proponer una alternativa terapéutica para estas patologías, que pueda realizarse en la Unidad de Neonatología, de bajo costo económico, de ejecución simple, poco invasiva, con menor índice de complicaciones o que puedan detectarse precozmente, manteniendo los principios originales de la técnica de Schuster: a) Evitar la hiperpresión intrabdominal, b) Reintegrar progresivamente las vísceras a la cavidad.

Presentación del caso

Utilizamos un dispositivo hermético de dos piezas para ostomías, compuesto por una bolsa transparente y de blanda película lisa que impide la adherencia de las vísceras, un disco adhesivo interior flexible de 6 cms de diámetro máximo y otro exterior microporoso para doble seguridad del cierre. Su costo es de 10 dólares. (Fig 1).

Describimos la técnica de colocación en un recién Nacido de 2200 gramos, portador de una gastrosquisis con exteriorización del estómago, duodeno, yeyunoíleon y colon en el que comprobamos la imposibilidad de practicar un cierre primario sin hiper-



Fig. 1: Dispositivo de dos piezas.



Fig. 2: Bolsa hermética y transparente.

presión abdominal. Luego del lavado de las vísceras con solución fisiológica tibia y búsqueda de anomalías intestinales sincrónicas. Se realizó resección del cordón umbilical. Se recortó el disco interno del dispositivo adaptándolo al tamaño del defecto (5 cms) sin quitarle su cobertura de protección/ por él se introducen los órganos eviscerados. Se retira la protección y luego se adhieren ambos discos a la piel que debe estar perfectamente seca. Finalmente las vísceras son cubiertas con la bolsa en forma hermética creándose un ambiente húmedo con permanente baño del contenido con el propio líquido abdominal (Fig 2).



Fig. 3: Dispositivo colocado.



Fig. 4: Resultados cosméticos aceptables.

Llegado el 3er. día y ante la disminución del edema de la pared intestinal, decidimos comenzar a introducir las vísceras a la cavidad plegando la bolsa desde su fondo y laterales, manteniéndola en posición vertical con un aro acolchado (Fig 3). El contenido en todo momento debe poder moverse manualmente con soltura en su interior. El ritmo de la progresiva reducción de las vísceras está determinado por la tolerancia individual hasta permitir practicar la síntesis quirúrgica de la pared. En éste caso ocurrió al 8º día de vida donde realizamos una disección amplia siguiendo el plano supraponeurótico hasta am-

bas regiones lumbares tallando dos colgajos de piel sintetizados sin tensión alguna.

En el día 16º se le retiró la asistencia mecánica respiratoria y cambió la sonda nasogástrica descompresiva por una fina para comenzar su alimentación. En el día 21º succionó a voluntad. Al cumplir el mes fue dado de alta con un peso de 2210 gramos y resultados cosméticos aceptables (Fig 4)

Discusión

En estas graves patologías la meta a alcanzar debe ser mantener con vida al niño(1-3). En ese marco y con los satisfactorios resultados obtenidos con el sistema presentado, algunos de los interrogantes preliminares encontraron sus respuestas: La propuesta es factible de realizar; el dispositivo no genera complicaciones siguiendo las normas expuestas para su colocación y mantenimiento; su transparencia, posibilita implementar un sistema de observación continua que facilita la detección prematura de alguna complicación local. Si dicha situación ocurriera, el sistema permite que la bolsa sea retirada para proceder al tratamiento y luego recolocada. El dispositivo debe cubrirse con una compresa para prevenir eventuales daños del contenido por incidencia de la luz ultravioleta. Si bien las posibilidades de su utilización amplían los límites del objetivo enunciado, la baja incidencia de estas patologías dificulta a los distintos grupos quirúrgicos la obtención de casuísticas de significación estadística por lo que se hace necesario desarrollar estudios multicéntricos para obtener resultados comparativos.

Bibliografía

1. Chang PY, Yeh ML, Sheu JC et al: Experience with treatment of gastroschisis and omphalocele. J Formos Med Assoc. 91(4): 447-451, 1992.
2. Calzolari E, Bianchi F, Dolk H et al: Omphalocele and gastroschisis in Europe: a survey of 3 million births 1980 1990. Am J Med Genet28; 58(2): 187-194, 1995.
3. Calzolari E, Volpato S, Bianchi F et al: Omphalocele and gastroschisis: a collaborative study of five italian congenital malformation registries. Teratology47(1): 47-55, 1993.
4. Rizzo A, Davis PC, Hamm CR et al: Intraoperative vesical pressure measurements as a guide in the closure of abdominal wall defects. Am Surg 62(3): 192-196, 1996.

5. Fischer JD, Chun K, Moores DC et al: Gastroschisis: a simple technique for staged silo closure. *J Pediatr Surg* 30(8): 1169-1171, 1995.
 6. Krasna IH: Is early fascial closure necessary for omphalocele and gastroschisis? *J Pediatr Surg* 30(1): 23-28, 1995.
 7. Stringel G: Large gastroschisis: primary repair with Gore Tex patch. *J Pediatr Surg* 28(5): 653-655, 1993.
 8. Novotny-DA; Klein-RL; Boeckman-CR: Gastroschisis: an 18-year review. *J Pediatr Surg* 28(5): 650-652, 1993.
 9. Lee-SC, Jung-SE, Kim-WK: Silo formation without suturing in gastroschisis: use of Steridrape for delayed repair. *J Pediatr Surg* 32(1): 66-68, 1997.
 10. Ortiz-VN, Villarreal-DH, Gonzalez-Olmo-J et al: Gastroschisis: a ten year review. *Bol-Asoc-Med-P-R* 90(4-6): 69-73, 1998.
- Trabajo presentado en el IV Congreso del CIPESUR, Noviembre de 2002, Montevideo, Uruguay.
- Dr. César Sors
Alvear 318
Rosario. Argentina
Correo Electrónico: csors0@rosario.gov.ar