

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

GASTROSQUISIS: CIERRE PRIMARIO UTILIZANDO TÉCNICA DE DOBLE JARETA Y PRESERVANDO EL MUÑÓN UMBILICAL. LOS PRIMEROS 11 CASOS

Autores: Estrada R., Isaac; Estolano, Gustavo; Gaytan, José Luis; Aguilar S., Gloria
Instituto Mexicano del Seguro Social
Ciudad Tijuana, Baja California, México

Introducción: Se ha escrito mucho sobre el momento ideal de nacimiento de un niño con gastrosquisis, el manejo médico, y algunas técnicas quirúrgicas para cierre primario o para colocación de silo y el posterior cierre de la pared abdominal, sin embargo son pocas las técnicas que describen y simplifican el abordaje quirúrgico primario. El autor presenta una técnica que permite un cierre primario en gastrosquisis, la cual es sencilla, reproducible y con resultados cosméticos muy buenos, y que ha sido utilizada en pacientes con gastrosquisis simple y complicada, la cual no es casualidad, sino una modificación evolutiva de las técnicas habituales de cierre primario.

Material y Métodos: Análisis retrospectivo, descriptivo, en que se presentan los resultados de los primeros 11 pacientes utilizando esta técnica, la cual se llevó a cabo bajo anestesia general orotraqueal, con o sin bloqueo caudal, en quirófano y utilizando como mesa quirúrgica una cuna térmica. El procedimiento quirúrgico incluye: acceso venoso central utilizando venodisección safena derecha con catéter 4 french de doble lumen, asepsia y antisepsia con solución de isodine diluido de la pared abdominal y asas intestinales, colocación de sonda orogástrica número 12 french, incisión del borde de piel del defecto con bisturí y electrocauterio monopolar en toda la circunferencia incluyendo el muñón umbilical, pero dejándolo en su sitio y disección de 2 centímetros de la aponeurosis. Se colocó una doble jareta con vicryl 0 o 2-0 en toda la circunferencia del defecto previo a la reintroducción de las asas intestinales y en los casos que fue posible se realizó separación de las adherencias laxas y vaciamiento del intestino mediante expresión manual gentil, se introdujeron las asas a la cavidad abdominal y se finalizó con una sutura continua de la piel al muñón umbilical con vicryl 4-0 o 5-0. En casos que no fue posible la reintroducción fácil del intestino se incidió I a aponeurosis en sentido longitudinal superior, uno a dos centímetros, para posteriormente cerrar las jaretas. Al remanente del cordón umbilical se le coloca una sutura transfixiva con vicryl 2-0 o 0, a un centímetro del cierre de la piel y se deja en su sitio, cortando el resto y aplicando solución de isodine diario hasta su caída espontánea.

Resultados: En un período de 3 años, de enero del 2005 a enero del 2008 se atendieron 11 pacientes con gastrosquisis. 7 niños y 4 niñas, de los cuales 4 tenían 34 a 35 semanas de gestación, el resto de término, 10 fueron obtenidos por cesárea con un peso promedio de 2,728 grs. 7 fueron gastrosquisis simples y 4 complicadas. Dos pacientes requirieron de resección y anastomosis intestinal, por perforación intestinal en uno, y necrosis de todo el intestino delgado en otro, y a uno se le realizó resección de membrana intraluminal y cierre tipo mikulicz en colon ascendente.

La estancia promedio fue de 33,6 días. El manejo con ventilador mecánico fue en promedio de 3 días. El inicio de la vía oral en promedio tardó 22 días. Solo tuvimos dos defunciones uno por tener muy bajo peso y malformaciones congénitas asociadas a los 3 días de vida, y el otro a los cuatro meses de vida por sepsis y síndrome de mala absorción. 8 pacientes se operaron dentro de las primeras 24h de vida. Dos pacientes tuvieron hernia ventral pequeña las cuales están en proceso de cierre espontáneo.

Conclusiones: Nuestra serie aunque pequeña muestra una incidencia de gastrosquisis alta que varía de 1 en 1500 RNV a 1 en 2500 RNV en el hospital. Solo tuvimos una defunción quirúrgica debida a malformaciones agregadas y muy bajo peso al nacer. Se propone una técnica quirúrgica nueva para el manejo de gastrosquisis simple y complicada, muy sencilla, segura, fácil de reproducir, con resultados cosméticos superiores a los de la literatura mundial, y que puede ser efectuada en cualquier institución que cuente con unidad de cuidados intensivos neonatales. La mortalidad y complicaciones observadas son similares a la observada en la literatura mundial.