

PRESENTACIÓN DE CASO

Gastrosquisis

Gastroschisis

Dra. Ada Arleny Pérez Mayo*, Dra. Iliana María Martín Llaudi**

*Especialista de Segundo Grado en Cirugía Pediátrica. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral al Niño. Profesora Auxiliar. **Especialista de Segundo Grado en Medicina Intensiva y Emergencia. Especialista de Segundo Grado en Pediatría. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesora Auxiliar. Hospital Pediátrico Provincial "Mártires de Las Tunas". Las Tunas, Cuba. **Correspondencia a:** Dra. Ada Arleny Pérez Mayo, correo electrónico: apmayo@ltu.sld.cu.

Recibido: 23 de junio de 2015

Aprobado: 16 de julio de 2015

RESUMEN

Se presenta el caso de un recién nacido asistido por gastrosquisis en el Hospital Nacional San Pedro Necta, del Departamento de Huehuetenango, Guatemala. Ante la ausencia de ecografía abdominal y la presencia de vísceras fuera de la cavidad, que incluyeron estómago, intestino delgado y grueso, se efectuó la intervención quirúrgica de urgencia en la primera hora del nacimiento. Se realizó una cuidadosa preparación preoperatoria que incluyó la antisepsia local de la piel y la administración de amikacina y metronidazol como tratamiento antibiótico profiláctico disponible. La técnica quirúrgica consistió en el cierre primario del defecto de la pared abdominal y la regresión de las asas intestinales a la cavidad abdominal. No se reportaron complicaciones y la estadía hospitalaria reportada fue de 14 días.

Palabras clave: GASTROSQUISIS; CIRUGÍA PEDIÁTRICA.

Descriptor: GASTROSQUISIS; CIRUGÍA GENERAL.

SUMMARY

This is a case of a neonate treated because of gastroschisis in San Pedro Necta National Hospital in Huehuetenango Department, Guatemala. As there was no abdominal echography and there were viscera out of the cavity, including the stomach and the small and large intestines, an urgent surgical intervention was carried out during the first hour after birth. A careful preoperative process was carried out which included skin local antiseptic and the administration of amikacin and metronidazole as the available prophylactic antibiotic treatment. The surgical technique consisted of a primary closure of the abdominal wall defect and the return of the intestines to the abdominal cavity. No complications were reported and the hospital stay lasted 14 days.

Key words: GASTROSCHISIS; PEDIATRIC SURGERY.

Descriptors: GASTROSCHISIS; GENERAL SURGERY.

INTRODUCCIÓN

La gastrosquisis consiste en la herniación de las asas intestinales, el estómago, el hígado y en ocasiones la vejiga por un defecto predominantemente derecho al ombligo en forma de fisura, sin la presencia de saco herniario, ni inclusión del cordón umbilical. (1)

La etiología no ha sido bien establecida, a pesar de ello es significativo el factor isquémico por posible obstrucción intrauterina de la arteria onfalomesentérica, así como la asociación a madres primígestas, menores de 20 años, la práctica de hábitos tóxicos y la malnutrición. Para el recién

Citar como: Pérez Mayo A, Martín Llaudi I. Gastrosquisis. Rev. Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2015; 40(9). Disponible en: <http://www.ltu.sld.cu/revista/index.php/revista/article/view/431>.



Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas
Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas
Ave. de la Juventud s/n. CP 75100, Las Tunas, Cuba

nacido es más frecuente el sexo masculino, bajo peso y parto pretérmino. (2)

El diagnóstico puede establecerse en etapa prenatal, apoyándose en la ecografía abdominal y requiere de tratamiento quirúrgico para lograr la supervivencia. Las principales complicaciones asociadas son la enterocolitis necrotizante y el síndrome de mala absorción intestinal, pudiendo reportarse alta mortalidad. (1-3)

Se presentó el caso con el propósito de contribuir a la divulgación científica y a la óptima preparación de la cirugía, cuando es posible el diagnóstico prenatal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hijo de AYCM, sexo masculino, Apgar 9/9, peso 3480 g, producto de embarazo a término, parto eutócico, bolsas sanas y tiempo de rotura de membranas de una hora, líquido amniótico claro, práctica de episiotomía y presentación cefálica. No cordón en vagina y placenta grado III.

Madre de 19 años, primígesta, procedente de Tacaltenango en la cabecera departamental de San Antonio Huista. Sin antecedentes de historia obstétrica anterior, ni malformación familiar.

Acude al cuerpo de guardia por pródromos y es seguida en sala de partos. No presentó diagnóstico prenatal de la malformación. Se recibe el recién nacido y al examen físico: las asas intestinales estaban expuestas a la derecha de la región paraumbilical y la coloración entre rosada y violácea, sugirió aplicar compresas tibias y húmedas para la protección de la perfusión intestinal (**imagen 1**).

El recién nacido fue trasladado al salón de operaciones ante la carencia de Unidad de Cuidados Especiales Neonatales y colocado en incubadora. Presentó coloración normal de piel y mucosas, parámetros respiratorios permisibles y temperatura de 36,4 grados centígrados.

Los estudios complementarios mostraron hemoglobina, glicemia, coagulograma y gasometría dentro de los valores normales. La radiografía de tórax reveló área cardíaca normal, sin alteraciones pleuro-pulmonares y la expansibilidad torácica estuvo conservada.

IMAGEN 1. Exposición de las asas intestinales



La intervención quirúrgica se realizó trascurrida una hora del nacimiento, en el mismo centro asistencial donde ocurrió el parto, por imposibilidad de traslado.

Se procedió a la inducción anestésica, la entubación oro-traqueal, previa aplicación de medidas de empaquetamiento corporal para prevenir la hipotermia, así como la utilización de mesa térmica neonatal. Para el apoyo circulatorio se administraron soluciones cristaloides intravenosas. Se indicaron la Amikacina y el Metronidazol, como profilaxis antibiótica intravenosa.

En el trasoperatorio el recién nacido presentó hemodinamia estable, la saturación de oxígeno alcanzó cifras del 98 %, sin la ocurrencia de eventos cardio-respiratorios desfavorables. Los detalles de la técnica quirúrgica: se procedió al lavado de las asas intestinales expuestas - colon en su totalidad, estómago e intestino delgado - con solución de CLNA 0,9 % mediante compresas húmedas y estériles. Con manipulación gentil, previa colocación de sonda nasogástrica, se regresaron las asas intestinales a la cavidad y se efectuó el cierre primario del defecto (**imagen 2**).

IMAGEN 2. Cierre quirúrgico del defecto



DISCUSIÓN

Se plantea que la incidencia de la gastrosquisis tiene variabilidad entre 0,4-3,0 por 10 000 nacimientos (4) y España en las últimas dos décadas ha informado reportes superiores predominantes en madres con edades inferiores a los 20 años, (2) coincidente con la edad materna del caso que se presenta.

El área paraumbilical derecha es una zona de riesgo para desarrollar gastrosquisis, debido a que está irrigada por la arteria onfalomesentérica y la vena umbilical, ambas derechas, hasta su involución. Si se altera la cronología de los eventos, pudiera provocarse el defecto de la pared. Además, existen otras teorías que abogan por un defecto en la migración y cierre medial de los pliegues embrionarios. (1-4) Similar área del defecto se constató en el paciente al que se le practicó la cirugía.

La elevación de la α -fetoproteína sérica materna es indicador precoz de la afección. Posteriormente desde la décima semana de gestación en la ecografía se visualizan asas intestinales libres en el líquido amniótico, oligohidramnios, riesgo de crecimiento intrauterino retrasado, parto prematuro y muerte fetal. (2, 3) A pesar de que la madre tuvo acceso a la realización del medio diagnóstico ecográfico prenatal, no se visualizó el defecto.

Se impone el tratamiento quirúrgico, previa estabilización hemodinámica y colocación de sonda naso-gástrica, para permitir la descompresión. Cuando existe detección prenatal temprana es posible planificar un procedimiento quirúrgico electivo y disponer del equipo multidisciplinario que asista al neonato. El parto prematuro programado mediante cesárea tiene defensores y detractores, pero los datos publicados no evidencian ventajas y diferencias significativas sobre los beneficios de este tipo de parto en relación con el parto vaginal. (3-5) El recién nacido de este caso fue producto de parto normal y a término.

Existen reportes del momento preciso en que debe practicarse la cirugía, con edad promedio entre las 3-10 horas del nacimiento. (1, 3) Hay protocolos que regresan las asas intestinales antes del cese de la circulación placentaria y de las primeras respiraciones efectivas, en el intento de impedir la distensión intestinal por la deglución aérea. (4, 5) Otros estudios plantean que induciendo el parto

pretérmino se evita el fenómeno de "peel" o "cáscara" inflamatoria, lo que pudiera favorecer el cierre primario, además de disminuir el riesgo de contaminación. (3-6) El caso que se presenta fue intervenido en la primera hora del nacimiento.

Cuando se imposibilita el regreso de las vísceras en un primer procedimiento quirúrgico, es posible suturar una bolsa de malla alrededor de la fisura abdominal que representa el defecto y, adoptando posiciones preferentemente en decúbito supino, el intestino con el transcurso del tiempo ingresa a la cavidad y deja de ser perceptible el defecto. (1, 6, 7)

La supervivencia de los pacientes con gastrosquisis sobrepasa el 90 % en los centros especializados y la mortalidad debe su causa a factores de prematuridad, bajo peso al nacer y otras malformaciones que acompañan el cuadro clínico. (4, 8)

Alrededor del 10 % de los pacientes con gastrosquisis tiene estenosis o atresia del intestino. Cuando la gastrosquisis se acompaña de estas anomalías, vólvulo o perforación, se denomina "gastrosquisis compleja" o complicada, (9) empleándose el término "gastrosquisis simple" para el resto de los casos, similar al que se presentó en la investigación.

La evolución postoperatoria media se ubica entre las cuatro y seis semanas en las que pueden presentarse complicaciones sépticas. (4, 8, 10)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Klein MD. Congenital abdominal wall defects. En: Ashcraft KW, Holcomb GW, Patrick MJ. Pediatric Surgery. 5ta ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2010. P. 659-69.
2. Valdéz López JA, Cóyotl Castro DM, Vega Venegas CA. Nuevas hipótesis embriológicas, genéticas y epidemiológicas de la gastrosquisis. Boletín Médico del Hospital Infantil de México [revista en internet]. 2011 [citado 15 de Julio 2015]; 68(3): 245-252. Disponible en: http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=f5877c3c-0b3a-4c65-87f5-f6f98225c1c4%40_sessionmgr4005&hid=4201.
3. Kassa A, Lilja H. Predictors of postnatal outcome in neonates with gastroschisis. Journal Of Pediatric Surgery [revista en internet]. 2011, Nov [citado 15 de Julio 2015]; 46(11): 2108-2114. Disponible en: MEDLINE Complete.
4. Trinchet Soler RM, Hidalgo Marrero Y, Cuesta Peraza D, Chapman Torres V, Sartorio Ricardo JA, Quintán Víctor A. Tratamiento intraparto para la gastrosquisis. Rev Cubana Pediatr [revista en internet]. 2015, Mar [citado 15 de julio 2015]; 87(1): 109-116. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000100013&lng=es.
5. Pachajoa H, Saldarriaga W, Isaza C. Gastrosquisis en un hospital de tercer nivel de la ciudad de Cali, Colombia durante el período marzo 2004 a febrero 2006. Colomb. Med [revista en internet]. 2008, Jun [citado 15 de Julio 2015]; 39(Suppl2): 35-40. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342008000600006&lng=en.
6. Fernández Ibieta M, Aranda García MJ, Cabrejos Perotti C, Reyes Ríos P, Martínez Castaño I, Sánchez Morote JM, et al. Resultados iniciales de un protocolo de manejo terapéutico de la gastrosquisis. Cir Pediatr [revista en internet]. 2013 [citado 15 de Julio 2015]; 26(1): 30-36. Disponible en: http://www.secipe.org/coldata/upload/revista/2013_26-1_30-36.pdf.
7. Del Ángel Cruz AE, Luna López G, Estrella Garza MC. Gastrosquisis, manejo médico-quirúrgico: abordaje multidisciplinario. Rev Mex Pediatr [revista en internet]. 2012 [citado 15 de Julio 2015]; 79(5): 232-235. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediatr/sp-2012/sp125d.pdf>.

8. Rodríguez-Díaz H, Morales-Moreno M, Ramírez-Pérez T, Ruiz-Morera S. Gastrosquisis: a propósito de un caso. *Panorama Cuba y Salud* [revista en internet]. 2014 [citado 15 de julio 2015]; 8(3). Disponible en: <http://www.revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/19>
9. Sadler TW. The embryologic origin of ventral body wall defects. *Semin Pediatr Surg* [revista en internet]. 2010 [citado 15 de Julio 2015]; 19(3): 209-14. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20610194>.
10. Meizoso Valdes AI, Portela Rodríguez O, Alvarado Bermúdez KB, Carrasco Fonte L, Ortega Sardón M. Gastrosquisis. Presentación de un caso. *MEDICIEGO* [revista en internet]. 2010 [citado 15 de Julio 2015]; 16(2). Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol160210/pdf/t14.pdf>.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional](#), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras, ni se realice modificación de sus contenidos.