

11210
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

H.R. "20 DE NOVIEMBRE"

15
2 ej'

I.S.S.S.T.E

ONFALOCELE Y GASTROSQUISIS EXPERIENCIA DEL SERVICIO EN 10 AÑOS

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE POSGRADO EN CIRUGIA PEDIATRICA

P R E S E N T A

DR. CARLOS ALBERTO ZARATE RICAURTE

ASESOR

FALLA DE ORIGEN

DR. JORGE E. GALLEGU GRIJALVA

MEXICO, D.F.

1991



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
HISTORIA	2
EMBRIOLOGIA	3
TRATAMIENTO	4
MATERIAL Y METODOS	6
RESULTADOS	7
CONCLUSIONES	15
COMENTARIO	17
BIBLIOGRAFIA	20

INTRODUCCION

EL ONFALOCELE Y GASTROSQUISIS SON DOS DE LAS FORMAS MÁS COMUNES DE DEFECTO CONGÉNITO DE LA PARED ABDOMINAL. SU FRECUENCIA SE HA CALCULADO EN UNO POR CADA 60.000 RECIEN NACIDOS. PREDOMINA EN EL SEXO MASCULINO CON UNA RELACIÓN DE 3 A 2. (1,2,3).

LA ETIMOLOGÍA DE LA PALABRA ONFALOCELÉ ES DEL GRIEGO OPHÁLOS QUE SIGNIFICA "OMBLIGO" Y DELE CUYO SIGNIFICADO ES TUMOR, - TAMBIÉN A ESTA CONDICIÓN LOS AUTORES INGLESES LA DENOMINAN EXÓFALOS (2). EL TÉRMINO GASTROSQUISIS DERIVA DE GREEK; QUE SIGNIFICA GASTRO, Y DE BELLY; SCHSIS QUE SIGNIFICA SEPARACIÓN --- (2,4).

EL ONFALOCELE SE DEFINE COMO UNA HERNIACIÓN DE LAS VÍSCERAS DENTRO DE LA BASE DEL CORDÓN UMBILICAL, LA CUAL SE ENCUENTRA CUBIERTA POR UN SACO MEMBRANOSO TRANSLÚCIDO AVASCULAR, DE PERITONEO PARIETAL POR DENTRO Y DE MEMBRANA AMNIÓTICA POR FUERA, CUBRIENDO LAS VISCERAS HERNIADAS (4). ES UNA ANORMALIDAD CONGÉNITA EN LA CUAL HAY UNA AMPLIA SEPARACIÓN DE LAS FASCIAS Y MÚSCULOS EN LA PARTE CENTRAL DE LA PARED ABDOMINAL (5); EN ESTA ANORMALIDAD EL CORDÓN UMBILICAL SE ENCUENTRA INSERTADO SOBRE EL SACO, EL CUAL PUEDE ROMPERSE ANTES O DESPUÉS DEL PARTO, PERO EN CASO DE RUPTURA LOS REMANENTES DEL SACO SON DESCUBIERTOS ENTRE LAS VÍSCERAS. EL TAMAÑO DEL ONFALOCELE ES INDEPENDIENTE DEL DIÁMETRO DEL DEFECTO, YA QUE GRANDES ONFALOCELES PUEDEN TENER UN DIÁMETRO DEL DEFECTO ABDOMINAL PEQUEÑO (5,6,7).

LA GASTROQUISIS ES UNA RARA ANORMALIDAD CONGÉNITA CARACTERIZADA POR UN DEFECTO DE LA PARED ANTERIOR DEL ABDOMEN CON INSERCIÓN NORMAL DEL CORDÓN UMBILICAL Y AUSENCIA DE SACO CUBRIENDO LAS VÍSCERAS ABDOMINALES (6); EN ALGUNOS PACIENTES LA DISTINCIÓN ENTRE ONFALOCELE ROTO Y GASTROQUISIS; PARTICULARMENTE EN AQUELLOS CON RUPTURA PRENATAL, ES DIFÍCIL, PERO LOS PRINCIPIOS TERAPÉUTICOS PARA AMBAS MALFORMACIONES SON SIMILARES. --- (4,6,8).

HISTORIA.- LA PRIMERA DESCRIPCIÓN DEL ONFALOCELE QUE APARECIÓ EN LA LITERATURA MÉDICA FUÉ LA DE AMBROISE PARE EN 1634. LE SIGUIÓ ESCULTETOS EN 1643. MARY J. EN 1716 EXPUSO LA IMPOSIBILIDAD DE CORRECCIÓN QUIRÚRGICA EN ESE ENTONCES. LOS PRIMEROS REPORTES EN LOS CUALES EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ONFALOCELE TUVO ÉXITO SON LOS QUE HACEN HAMILTON (1806) Y HEY (1830). SCASPA EN 1812 HACE MENCIÓN DE LA ASOCIACIÓN DEL ONFALOCELE CON OTRAS MALFORMACIONES (2,3). EL TÉRMINO GASTROQUISIS FUE UTILIZADO POR LOS TERATOLOGISTAS EN EL SIGLO XIX Y A PRINCIPIOS DE ESTE SIGLO SE DESIGNO CON ESTE NOMBRE, A LA LESIÓN QUE AHORA SE CONOCE COMO ONFALOCELE. UNA DE LAS PRIMERAS SERIES IMPORTANTES FUE LA DESCRITA POR HERBERT B. ECSTEIN, DE 100 CASOS EN LONDRES: DE 1938 A 1961. REALIZÁNDOSE CIERRE PRIMARIO EN 63 CASOS, 11 CON OPERACIÓN EN DOS TIEMPOS, 10 CASOS LOS CUALES SE DEJÓ EL SACO Y LO CUBRIÓ CON PIEL. GROSS EN 1948 RECOMENDO EL CIERRE EN DOS TIEMPOS.

EN LAS ÚLTIMAS DECADAS HA HABIDO GRAN AUGE CON EL DESARROLLO DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL Y LA VENTILACIÓN MÉCANICA, LO QUE HA MEJORADO EL MANEJO Y PRONÓSTICO DE ESTOS PACIENTES DISMINU-

YENDO LA MORTALIDAD, (2,3,6).

EMBRIOLOGÍA.- APROXIMADAMENTE DURANTE LA TERCERA SEMANA DE LA VIDA INTRAUTERINA DEL EMBRIÓN, HASTA ESE MOMENTO DISCO TRILAMINAR, SE CONVIERTE EN CILINDRO. ESTE CAMBIO DE MORFOLOGÍA SE ACOMPAÑA DE 3 INVAGINACIONES QUE SE CONOCEN COMO CEFÁLICA, CAUDAL Y LATERAL. LA FALTA DE TERMINACIÓN DE LA INVAGINACIÓN CEFÁLICA DA POR RESULTADO ONFALOCELE EPIGÁSTRICO O PENTALOGÍA DE CANTRELL (1,3) LA INSUFICIENCIA DE LA INVAGINACIÓN LATERAL DA POR RESULTADO EL ONFALOCELE CLÁSICO. LA INSUFICIENCIA DE LA PLEGADURA O INVAGINACIÓN CAUDAL DA POR RESULTADO -- ONFALOCELE HIPOGÁSTRICO CON EXTROFIA VESICAL.

CON LA DEFICIENCIA DE LA PARED ABDOMINAL PRODUCIDA POR LA INVAGINACIÓN LATERAL INSUFICIENTE, EL INTESTINO ES INCAPAZ DE TERMINAR SU RETORNO HACIA EL ABDOMEN ENTRE LA DÉCIMA Y LA DUODÉCIMA SEMANAS DE VIDA INTRAUTERINA; POR TANTO LA ETIOLOGÍA DEL ONFALOCELE SE RELACIONA CON INSUFICIENCIA VERDADERA DEL DESARROLLO Y EXPLICA LA COEXISTENCIA FRECUENTE DEL ONFALOCELE CON OTROS DEFECTOS, COMO TRISOMÍAS O MALFORMACIONES ASOCIADAS, (8,9).

POR OTRA PARTE, CABE CONSIDERAR QUE LA GASTROSQUISIS ES UN ACCIDENTE QUE OCURRE DURANTE EL DESARROLLO, Y NO MOTIVADA POR INSUFICIENCIA DE LA GÉNESIS NORMAL, FUE SHAW QUIEN PROPUSO EL CRITERIO MODERNO SOBRE LA GASTROSQUISIS; SUGIRIÓ QUE, EN ALGÚN MOMENTO ENTRE LA ESTANCIA DEL INTESTINO EN EL CORDÓN UMBILICAL Y EL FINAL DE LA FIJACIÓN; SE PRODUCE UN DESGARRO AL FINAL DEL CORDÓN QUE PERMITE QUE EXPERIMENTEN HERNIA CANTIDADES VARIABLES DE INTESTINO. (9).

POSTERIORMENTE LA BRECHA ENTRE CORDÓN Y DESGARRO SE LLENA CON PIEL, LO QUE DA EL ASPECTO CARACTERÍSTICO DE LA GASTROSQUI SIS, COMO DEFECTO DE LA PARED ABDOMINAL HACIA LA DERECHA DEL CORDÓN UMBILICAL Y A TRAVÉS DEL MÚSCULO RECTO. LA BASE ESTRECHA DE ESTE DEFECTO PERMITE QUE SE TUERZA EL INTESTINO EN ALGUNOS CASOS, LO QUE DA POR RESULTADO ZONAS DE ATRESIA O ESTENOSIS O, INCLUSO, TORSIÓN DEL INTESTINO MEDIO. MÁS AÚN LA FALTA DE MEMBRANAS SOBRE EL INTESTINO PROVOCA SU ENGROSAMIENTO. ALGUNOS SUGIEREN QUE LOS PACIENTES EN QUE OCURRIÓ HERNIA AL PRINCIPIO DE LA GESTACIÓN EXPERIMENTARON CAMBIOS MÁS GRAVES DEL INTESTINO, EN COMPARACIÓN CON LOS QUE SUFRIERON LA HERNIA MÁS TARDE. ESTO PROPICIÓ EL INTERÉS POR EL NACIMIENTO TEMPRANO DE ESTOS MEDIANTE CESÁREA, LA SERIE PUBLICADA POR BOND Y COLABORADORES SUGIERE QUE ESTA ACTITUD CARECE DE UTILIDAD, Y QUE QUIZA QUEPA UNA EXPLICACIÓN DISTINTA A LOS CAMBIOS DEL INTESTINO (10,11 y 12).

EXISTEN MALFORMACIONES MAYORES ASOCIADAS SOBRE TODO EN ONFALOCELE HASTA EN UN 50% QUE INFLUYEN EN LA SOBREVIDA. (12,14).

OTROS FACTORES QUE SE HAN ESTUDIADO CON DIFERENTES RESULTADOS QUE AFECTAN LA SOBREVIDA Y EL PRONÓSTICO SON: PESO AL NACIMIENTO, TAMAÑO DEL DEFECTO, VÍSCERA HERNIADA O EXPUESTA Y TIPO DE TRATAMIENTO. (3,6,15,16).

TRATAMIENTO.- EL TRATAMIENTO IDEAL DE ONFALOCELE Y GASTROSQUI SIS ES EL CIERRE PRIMARIO DEL DEFECTO. (6,19,20) AUNQUE HAY AUTORES QUE PREFIEREN EL TRATAMIENTO MÉDICO CUANDO SE TRATA DE ONFALOCELE INTEGRO (19,20).

EL CIERRE PRIMARIO SE LOGRA HASTA EN 60 A 75% DE LOS CASOS (6,

20) Y ES EL TIPO DE TRATAMIENTO CON MENOS COMPLICACIONES Y MEJOR SOBREVIVENCIA (14,15,16).

SE HAN UTILIZADO MATERIALES SINTÉTICOS COMO SILO Y MALLA DE GORTEX CUANDO EL DEFECTO ES MUY GRANDE O CUANDO EL CIERRE CAUSA REPERCUSIÓN HEMODINÁMICA ESTE TIPO DE MATERIALES TIENEN MAYOR ÍNDICE DE COMPLICACIONES (12,15,16). OTRO TIPO DE TRATAMIENTO ES EL CIERRE DE PIEL CUANDO ES POSIBLE AFRONTAR LA PIEL, SU INCONVENIENTES ES QUE OCASIONA GRANDES HERNIAS VENTRALES (17,18).

LA MEDICIÓN DE PRESIONES INTRAGÁSTRICAS ES UN PARÁMETRO CONFIABLE DE PREDICCIÓN PARA SABER SI ESTÁ INDICADA LA REPARACIÓN PRIMARIA O EN ETAPAS (4,6).

LOS OBJETIVOS DEL PRESENTE ESTUDIO FUERÓN:

EVALUAR LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA REPARACIÓN DE ONFALOCELE Y GASTROQUISIS Y COMPARARLOS CON LOS DE OTROS CENTROS HOSPITALARIOS.

DETECTAR LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN UN MANEJO ADECUADO; TENER UN CONCEPTO DEFINIDO DEL TRATAMIENTO QUE DEBE ELEGIRSE PARA CADA CASO.

MATERIAL Y METODOS

EL ESTUDIO SE HIZO DE TIPO OBSERVACIONAL, DESCRIPTIVO Y ABIERTO EN QUE SE ANALIZARON 36 EXPEDIENTES: DE ENERO DE 1980 A SEPTIEMBRE DE 1990, SE ENCONTRARON 22 CASOS CON ONFALOCELE Y 14 - CON GASTROQUISIS, A CADA CASO SE LE INVESTIGARON LOS SIGUIENTES DATOS:

- A).- EDAD GESTACIONAL
- B).- TIPO DE PARTO
- C).- NÚMERO DE GESTAS
- D).- APGAR
- E).- SEXO
- F).- PESO
- G).- MALFORMACIONES ASOCIADAS
- H).- EDAD AL MOMENTO DE LA CIRUGÍA
- I).- HOSPITAL DE NACIMIENTO
- J).- TAMAÑO DEL DEFECTO
- K).- CONTENIDO DEL DEFECTO
- L).- TRATAMIENTO REALIZADO
- M).- INICIO DE LA VÍA ORAL
- N).- DURACIÓN DE ESANCIA HOSPITALARIA
- Ñ).- COMPLICACIONES.

RESULTADOS

LA SOBREVIDA GLOBAL FUÉ DE 51.8%, SIENDO EN ONFALOCELE 59% Y GASTROQUISIS DE 43%.

	ONFALOCELE	GASTROQUISIS	TOTAL
SOBREVIDA	9 13	8	17
MORTALIDAD	13 9	6	19
TOTAL:	22	14	36

$$\chi^2 = 0.37$$

$$P > 0.54$$

GESTA: EDAD GESTACIONAL Y TIPO DE PARTO.
47% FUERON PRIMIGESTAS Y 53% MULTIPARAS. EL PROMEDIO DE EDAD GESTACIONAL FUÉ DE 37.2 SEMANAS. SE OBTUVIERON POR PARTO EUTOSICO 66% Y 33% POR CESÁREA.
NO SE ENCONTRÓ CORRELACIÓN ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA DE - ESTAS TRES VARIABLES CON LA MORTALIDAD.

	ONFALOCELE	GASTROQUISIS	TOTAL
PRIMIGESTA	9	8	17
MULTIPARA	13	6	19
TOTAL:	22	14	36

$\chi^2: 0.37$

$P > 0.5$

TABLA 3

	ONFALOCELE	GASTROSQUISIS	TOTAL
CESÁREA	7	5	12
EUTOSICO	15	9	24
TOTAL:	22	14	36

$\chi^2: 0.014$

$P > 0.9$

APGAR:

TODOS LOS PACIENTES CON APGAR MENOR DE 6/7 FALLECIERON, 50% DE LOS APGAR 6/8 Y EL 36% DE LOS DE APGAR 7/8

SEXO:

LA RELACION DE MASCULINO A FEMENINO EN ONFALOCELE Y GASTROSQUISIS FUÉ DE 11-7 , EN ONFALOCELE PREDOMINO EL SEXO MASCULINO Y EN GASTROSQUISIS EL FEMENINO,

	ONFALOCELE	GASTROSQUISIS	TOTAL
MASCULINO	16	6	22
FEMENINO	6	8	14
TOTAL:	22	14	36

PESO:

EL PROMEDIO DEL PESO FUÉ DE 2,480 KG., (1,500-3,200). NO SE ENCONTRÓ CORRELACIÓN ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA EN LA MORTALIDAD.

	MORTALIDAD	SOBREVIDA	TOTAL
MEJOR DE 2 K.	4	2	6
DE 2 A 2.5 K.	5	4	9
DE 2.5 A 3 K.	6	7	13
MÁS DE 3 K.	2	6	8
TOTAL:	17	19	36

$$\chi^2 3,53$$

$$P > 0,31$$

LUGAR DE NACIMIENTO:

DE 20 PACIENTES QUE NACIERON EXTRAHOSPITALARIAMENTE 14 QUE CORRESPONDEN AL 70% FALLECIERON. CONTRASTANDO CON SÓLO 3 DE LOS 16 CASOS QUE NACIERON EN EL HOSPITAL REGIONAL " 20 DE NOVIEMBRE", EXISTIENDO UNA CORRELACIÓN ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA.

$$\chi^2: 7,42$$

$$P < 0,07$$

	SOBREVIDA	MORTALIDAD	TOTAL
HOSPITAL	13	3	16
EXTRAHOSPITAL	14	6	20
TOTAL:	27	9	36

MALFORMACIONES ASOCIADAS:

7 DE LOS 22 CASOS CON ONFALOCELE Y UNO CON GASTROSQUISIS PRESENTARON MALFORMACIONES MAYORES. LA MORTALIDAD EN ESTOS PACIENTES FUÉ DE 75%; COMPARADO CON 21% EN PACIENTES SIN MALFORMACIONES, ES ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO.

CASO	DIAGNOSTICO	MALFORMACIONES ASOCIADAS	MORTALIDAD
1	ONFALOCELE	EXTROFIA VESICAL SÍNDROME BECHT WIDEMAN	SÍ
2	ONFALOCELE	PERSISTENCIA DE CONDUCTO ARTERIOSO (P.C.A.)	SÍ
3	ONFALOCELE	POLIOTÍA IZQUIERDA P.C.A.	SÍ
4	ONFALOCELE	MALROTACIÓN INTESTINAL	No
5	ONFALOCELE	MALROTACIÓN INTESTINAL	No
6	ONFALOCELE	HERNIA DIAFRAGMÁTICA MALROTACIÓN INTESTINAL	SÍ
7	ONFALOCELE	SÍNDROME DOWN CARDIOPATÍA CONGÉNITA	SÍ
8	GASTROSQUISIS	ATRESIA INTESTINAL MALROTACIÓN INTESTINAL	SÍ

EDAD A LA CIRUGIA:

LOS QUE SE INTERVINIERON ANTES DE LAS 12.00 HRS., TUVIERON --
60% DE SOBREVIDA Y 25% LOS QUE TENIAN MÁS DE 12.00 HRS., DE --
VIDA.

	ONFALOCELE		GASTROSQUISIS	
	MENOR DE 12 HRS.	MAS DE 12 HRS.	MENOR DE 12 Hs.	MAS 12HS
SOBREVIDA	11	2	5	1
MORTALIDAD	4	5	3	5
TOTALES	15	7	8	6

VISCERA HERNIADA O EXPUESTA.

EL HIGADO SE ENCONTRABA HERNIADO EN EL 47%, EL INTESTINO DELGADO EN EL 54% Y EL COLON EN EL 30%. NO SE ENCONTRO CORELACIÓN ENTRE EL TIPO DE VISCERA EXPUESTA Y LA MORTALIDAD,

TAMAÑO DEL DEFECTO.

EL PROMEDIO PARA EL ONFALOCELE FUE DE 5.6 CMS. (3-10CMS) Y PARA LA GASTROSQUISIS 6.5. CMS. (5-8). NO SE ENCONTRO CORELACIÓN ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA ENTRE EL TAMAÑO DEL DEFECTO Y LA MORTALIDAD.

TRATAMIENTO CIERRE PRIMARIO:

SE LE REALIZÓ A 13 DE LOS 22 PACIENTES CON ONFALOCELE. EL PROMEDIO DEL TAMAÑO DEL DEFECTO FUE DE 5.9 CMS. (3-7). LA MORTALIDAD FUE DE 44%; EXCLUYENDO A LOS 3 PACIENTES QUE FALLECIERON POR MALFORMACIONES ASOCIADAS TAN SOLO ES DEL 10%.

OCHO DE LOS 14 PACIENTES CON GASTROSQUISIS SE LES REALIZÓ ESTE PROCEDIMIENTO. EL PROMEDIO DEL TAMAÑO DEL DEFECTO FUE DE 5.9 CMS. (4-8 CMS.). LA MORTALIDAD FUE DEL 66% EXCLUYENDO AL PACIENTE QUE TENIA MALFORMACIONES ASOCIADAS SE REDUCE LA MORTALIDAD AL 50%.

SOBREVIDA EN RELACION AL TIPO DE TRATAMIENTO.

TRATAMIENTO	NI PTS	ONFALOCELE		GASTROSQUISIS	
		VIVOS	FALLEC.	VIVOS	FALLEC.
C. PRIMARIO	21	9	4	3	5
C. DE SILO	7	1	2	2	2
MALLA DE GORTEX 2		-	-	1	1
C. DE PIEL	3	1	2	-	-
TX. MEDICO	3	2	1	-	-
TOTALES	36	13	9	6	8

COLOCACION DE SILO:

A SIETE PACIENTES SE LES COLOCO 19,4%, TRES DE LOS CUALES TENIAN ONFALOCELE Y CUATRO GASTROSQUISIS.

DE LOS PACIENTES CON ONFALOCELE FALLECIERON 2 ASOCIADOS A MALFORMACIONES ASOCIADOS. LA MORTALIDAD FUE DEL 66% Y SIN TOMAR EN CUENTA LOS DE MALFORMACIONES ES DE 0%. EL PROMEDIO DE TAMAÑO DEL DEFECTO FUE DE 8,6 CMS. (6-10 CMS.).

MALLA DE GORTEX

SE LE COLOCO A 2 PACIENTES CON GASTROSQUISIS; LOS DEFECTOS MEDIAN 6 Y 7 CMS. FALLECIO UNO.

CIERRE DE PIEL

A TRES PACIENTES CON ONFALOCELE SE LES REALIZÓ ESTE PROCEDIMIENTO. FALLECIERON 2; UNO CON APGAR AL NACIMIENTO DE 1/5, EL TAMAÑO DEL DEFECTO ERA DE :6,5,6 CMS. RESPECTIVAMENTE.

TRATAMIENTO MEDICO.

SE MANEJO CON MERCURIO UN PACIENTE CON ONFALOCELE QUE NACIÓ CON APGAR DE 2/6; EL CUAL FALLECIO. DOS CASOS DE ONFALOCELE INTEGROSE TRATARON CON SILBADENE SOBREVIVIERON LOS DOS.

INICIO DE LA VIA ORAL:

DE LOS 19 SOBREVIVIENTES EL PROMEDIO DE INICIO FUE DE 11.9 -
DÍAS EN LOS PACIENTES CON ONFALOCELE Y 18 EN GASTROSQUISIS. -
SE ENCONTRO DIFERENCIA ESTADÍSTICA SIGNIFICATIVA.

	PROMEDIO	EE	N	S	RANGO
GASTROSQUISIS	18.67	3	2	11.15	5-33
ONFALOCELE	11.92	2.2	13	5.6	4-18

F=3.18
P<0.09

ANOVA (ANÁLISIS DE VONANZA DE UN FACTOR).

ESTANCIA HOSPITALARIA

EL PROMEDIO FUE DE 19 DÍAS PARA LOS PACIENTES CON ONFALOCELE Y -
30 DÍAS EN LOS GASTROSQUISIS. SE ENCONTRO DIFERENCIA ESTADÍSTICA
MENTE SIGNIFICATIVA.

	PROMEDIO	EE	N	S	RANGO
GASTROSQUISIS	30	4.36	6	17.85	13-69
ONFALOCELE	18.2	2.96	13	5.49	8-28

F=4,94
P<0.04

ANOVA.

COMPLICACIONES: INFECCIÓN DE LA HERIDA EN 52%. PATOLOGÍA PULMO-
NAR 38% DEHISCENCIA DE LA HERIDA Y EVISCERACIÓN 6%. OCLUSIÓN IN-
TESTINAL ENTEROCOLITIS NECROZANTE Y HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR
2.7%.

C O N C L U S I O N E S

EL ONFALOCELE FUE EL DIAGNÓSTICO MÁS FRECUENTE 61%. EN EL ONFALOCELE PREDOMINO EL SEXO MASCULINO Y EN GASTROSQUISIS EL FEMENINO. EN NUESTRA POBLACIÓN REVISADA LA MAYOR PARTE DE - LOS PRODUCTOS ERAN DE TÉRMINO POR LO QUE PROBABLEMENTE NO AFECTARON EN LA MORTALIDAD LA EDAD GESTACIONAL, EL TIPO DE PARTO Y EL PESO AL NACIMIENTO.

EL LUGAR DE NACIMIENTO Y/O LA EDAD A QUE SE OPERARON SE ASOCIARON SIGNIFICATIVAMENTE A LA MORTALIDAD Y COMPLICACIONES.

LAS MALFORMACIONES MAYORES ASOCIADAS TAMBIÉN INFLUYERON SIGNIFICATIVAMENTE EN LA MORTALIDAD. AUNQUE LA INCIDENCIA DE LAS MISMAS ES BAJA COMPARADA CON LAS DE OTRAS SERIES. (8)

EL APGAR AL NACIMIENTO FUE OTRO FACTOR PRONÓSTICO.

EL TIPO DE TRATAMIENTO; A LOS PACIENTES CON ONFALOCELE CON DEFECTOS MEDIANOS EL MEJOR TRATAMIENTO ES EL CIERRE PRIMARIO YA - QUE SE DEMOSTRÓ UNA BAJA MORTALIDAD Y MENORES COMPLICACIONES, - ASÍ COMO TAMBIÉN MAYOR RÁPIEDEZ EN EL INICIO DE LA VIA ORAL Y - MENOS DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN. CUANDO SON DEFECTOS GRANDES (MAYORES DE 6 CMS.) ES MEJOR UTILIZAR COLOCACIÓN DE SILO. EL CIERRE DE PIEL NO DIO BUENOS RESULTADOS, PUES HUBO MAYORES COMPLICACIONES Y MORTALIDAD AUMENTADA. A LOS ONFALOCELES QUE NO TIENEN MALFORMACIONES ASOCIADAS Y QUE ESTAN INTEGROS, SE PUEDE INTENTAR EL TRATAMIENTO MÉDICO CON SILBADENE ESTE PRODUCTO ESTIMULÓ LA LA GRANULACIÓN Y PROTEGE EN PARTE CONTRA LA INFECCIÓN LOCAL.

PARA LOS PACIENTES CON GASTROSQUISIS EL MEJOR MANEJO FUÉ LA COLOCACIÓN DE SILO YA QUE HUBO MENOR MORTALIDAD EN ESTE GRUPO AUN QUE CON MAYOR NÚMERO DE COMPLICACIONES. NO SE PUDO RELACIONAR A ALGÚN FACTOR EN ESPECIAL LA MORTALIDAD DEL GRUPO DE CIERRE PRIMARIO ESTO CONTRASTA CON LA LITERATURA INTERNACIONAL. SE UTILIZÓ TAMBIÉN MALLA DE GORTEX CON RESULTADOS SIMILARES A EL USO DE SILO.

HUBO UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE LOS PACIENTES DE ONFALOCELE Y GASTROSQUISIS CUANDO SE LES COMPARO EL INICIO DE LA VÍA ORAL Y EL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN; SIENDO MAYOR EL TIEMPO PARA LOS PACIENTES CON GASTROSQUISIS.

LAS COMPLICACIONES Y LAS FRECUENCIAS DE LAS HISMAS CONCUERDAN CON LAS MENCIONADAS EN OTRAS REVISIONES.

C O M E N T A R I O S

DE ACUERDO A LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL ESTUDIO Y COMPARÁNDOLOS CON OTROS CENTROS. EL MANEJO QUE SE PROPONE PARA -- ONFALOCELE Y GASTROSQUISIS ES EL SIGUIENTE:

ULTRASONIDO EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE DEL EMBARAZO CON EL FIN - DE DETECTAR ESTAS PATOLOGIAS QUE AUNQUE RARAS EN LA POBLACIÓN GENERAL AMERITAN UN MANEJO DE TERCER NIVEL YA QUE EL TIEMPO - ES UN FACTOR DETERMINANTE EN LA SOBREVIVENCIA Y RESULTADOS. POR OTRA PARTE SE PUEDEN DETECTAR TANTO EL DAÑO DEL INTESTINO COMO EL TIPO DE DEFECTO Y OTRAS MALFORMACIONES ASOCIADAS ().

AL NACIMIENTO CLASIFICAR EL TIPO DE DEFECTO, SI HAY SACO PREVENIR SU RUPTURA, CUBRIENDOLO CON COMPRESAS HUMEDAS CON SOLUCIÓN FISIOLÓGICA ADEMÁS DE CUBRIR AL RECIEN NACIDO CON PLÁSTICO ESTERIL.

EFFECTUAR UNA EXPLORACIÓN PARA DETECTAR MALFORMACIONES ASOCIADAS YA ESTAS AFECTAN EN FORMA IMPORTANTE EL PRONÓSTICO, SE DEBE TAMBIÉN DE MEDIR EL DEFECTO Y SI ES POSIBLE EL CONTENIDO - DEL MISMO.

SE DEBE COLOCAR UNA SONTA NASOGÁSTRICA PARA DESCOMPRESIÓN Y - DESCARTAR TAMBIÉN MALFORMACIONES DE ESOFAGO.

SE DEBE TOMAR DESTROSTIX YA QUE SE ASOCIA EL ONFALOCELE CON -- SINDROME DE BECWT WIDEMAN.

COLOCAR CATETER CENTRAL PARA REPOSICIÓN HIDROELECTROLITICA, SI HAY ONFALOCELE O GASTROQUISIS CONSIDERAR EL USO DE ALBUMINA.

CONTROL ESTRICTO DE TEMPERATURA CENTRAL Y PERIFERICA, USO DE CUNA TERMICA.

ADMINISTRAR ANTIBIOTICOS EN FORMA PROFILACTICA.

REALIZAR LA CIRUGÍA EN CUENTO SE ESTABILICE PUES EL TEMPO ES UN FACTOR DETERMINANTE EN LOS RESULTADOS.

SE UTILIZA MANEJO MÉDICO CUANDO EL ONFALOCELE ESTA INTEGRO, -- EL PACIENTE ESTÁ EN MALAS CONDICIONES GENERALES, O SI TIENE -- UNA MALFORMACIÓN QUE PONE EN PELIGRO LA VIDA.

SE DEBE INTENTAR EL CIERRE PRIMARIO VERIFICAR QUE NO HAYA COMPROMISO VASCULAR O HEMODINAMICO QUE CONTRAINDICAN ESTE TIPO DE TRATAMIENTO EN DEFECTOS MUY GRANDES MAYORES DE 7 CMS, EL MÉTODO DE ELECCIÓN ES LA COLOCACIÓN DE SILO, SOBRE TODO EL GASTROQUISIS.

EL CIERRE DE PIEL AUNQUE EN NUESTRO SERVICIO NO HA DADO BUENOS RESULTADOS MENCIONAN OTROS AUTORES SU USO.

SE DEBE DE BUSCAR INTENCIONALMENTE OTRAS MALFORMACIONES A NIVEL ABDOMINAL DURANTE EL TRANSOPERATORIO Y CORREGIRLAS.

EL MANEJO POSTOPERATORIO DEBE INCLUIR:

VENTILACIÓN MECÁNICA MÍNIMO POR 3 DÍAS, ALIMENTACIÓN PARENTERAL, ANTIBIÓTICOS. VIGILAR LA PRESENTACIÓN DE COMPLICACIONES COMO LA INFECCIÓN DE LA HERIDA, PROBLEMAS PULMONARES, ENTEROCOLITIS NECROZANTE.

REALIZAR UN SEGUIMIENTO PARA TRATAR LAS SECUELAS COMO HERNIAS VENTRALES Y PROBLEMAS ESTÉTICOS.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- 20 -
B I B L I O G R A F I A

1. VRIES P.A KIESEWTTER B.W.; THE PATHOGENESIS OF GASTROSCHISIS AND OMPHALOCELE. J. PEDIATR. SUR 1975; 14:605-608,
2. IRVING M. I. RICKMAN P. UMBILICAL ABNORMALITIES. ARCH. DIS - CHILDG. 1963; 38:142-149.
3. MABOGUIJE O. A. MAHOVE G.H; OMPHALOCELE^H AND GASTROSCHISIS: --
TRENDS IN SURVIVAL ACROSS TWO DECADES. AM J. SURG. 1984; 148;
679-676. ✓
4. MELLE L. J., REYES H. M, LOEF D.S: GASTROSCHISIS AND OMPHALOCELE CLINIC. OF PERINATHOLOGY; 1989; 125-135.
5. YAZBECK S. NDOYE M. KHEN A. H; OMPHALOCELE: A 25 YEAR EXPERIENCE J. PEDIATR. SURG. 1986; 21: 761-763. ✓
6. SCHUSTER S.R. IN WELCH. K.I. RANDOLPH J.G. RAVITCH. PEDIATRIC SURGERY. FOURTH EDITION YEAR BOOK MEDICAL PUBLISHERS, INC. CHICAGO. 1986: 740-764. ✓
7. MARTIN L.W., TORRES M.A.: OMPHALOCELE AND GASTROSCHISIS CLIN. SURG. OF NORT. 1985; 5: 1273-1282. ✓
8. DILORENZO M, YAZBECK S, DUCHARMEJ: GASTROSCHISIS. J. PEDIATR. SURG. 1987; 22: 710-712. ✓
*A 15-Year
Experience*
9. STRINGEL G. FILLER RM; PROGNOSTIC FACTORS IN OMPHALOCELE AND GASTROSCHISIS. J. PEDIATR. SURG. 1979; 14: 515-519 ✓

B I B L I O G R A F I A

- 10.- ^aCONY T.G. COLLINS D.F.: PRIMARY FASCIAL DOSOR IN INFANTS ^{closure} WITH GASTROSCHISIS AND OMPHALOCELE: A SUPERIOR APPROACH J. PEDIATR. SURG. 1983; 18 707-712. ✓
- 11.- ^fKI^aOK E. WHA R.M.: OBSTETRIC MANGEMENT OF THE FETUS WITH OMPHALOCELE OR GASTROSCHISIS: A REVIEW ^w AND REPORT OF ONE HUNDRED TWELVE CASES. Am. J. OBSTETEGYNECOL 1983; 146; - 512-518. ✓
- 12.- NAKAYAMA D.K. HARRISON M.R.: MAGNAMENT OF THA FETUS WIT ON ABDOMINAL WALL DEFEC. J. PEDIATR. SURG: 1984; 19: 408 413. ✓
- 13.- YASTER M.R. BUCK J.R.; HEMODYNAMIC EFFECTS OF PRIMARY CLO^F SURE OF OMPHALOCELE/GASTROSCHISIS IN HUMAN NEWBORNS, ANES^S THESIOLOGY 1988: 69; 84-88. ✓
- 14.- ALLEN R.G., WRENN E.: SILON AS A SAC IN THE TREATMENT OF OMPHALOCELE AND GASTROSCHISIS. J. PED. SURG. 1983;18: -- 902-908. ✓
- 15.- KLEIN M.D. KOSLOSKE A.M. HEATZLER: CONGENITAL DEFECTS OF THE ABDOMINAL WALL. JAMA 1981; 245: 1643-1646.
- 16.- CARPENTER Mw, CURCI MR: PERINATAL MANAGEMENT OF VENTRAL WALL DEFECTS. OBSTET GYNECOL 1984; 64:646-651. ✓
- 17.- SHELDON J.B. HARRISON M.R. FILLY R.O.: SEVERITY OF INTES- TINAL DAMAGE IN GASTROSCHISIS: CORRELATION WITH PRENATAL SONOGRAPHIC FINDINGS. J.PEDIATR. SURG, 1988; 23:520-525. ✓

- 18.- MOORE T.C., ISAMAN R.: GASTROSCHISIS AND OMPHALOCELE: CLINICAL DIFERENCES. SURGERY 1980; 85: 561-568.
- 19.- TIBBOEL D., RAINE P. MCNEE M: DEVELOPMENTAL ASPECTS OF GASTROSCHISIS. J. PED. SURG-1986; 21-865-869.
- 20.- WESSON D.E, VAESL J.J.: REPARIR OF GASTROSCHISIS WITH RESEVATION OF THA UMBILICUS J. PEDIATR. SURG. 1986; - 21:764-765.