

Acta Médica

Grupo Ángeles

Volumen
Volume **2**

Número
Number **4**

Octubre-Diciembre
October-December **2004**

Artículo:

Onfalocele y gastrosquisis. Más que una
diferencia clínica

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Grupo Ángeles Servicios de Salud

Otras secciones de
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com



Onfalocele y gastosquisis. Más que una diferencia clínica

Vanessa Campos-Lozada,* Guillermina Sánchez Moreno**

Tanto el onfalocele como la gastosquisis son defectos congénitos de la pared abdominal caracterizados por protrusión de vísceras abdominales a través de los mismos. En el caso del onfalocele protruyen a través del cordón umbilical, en el caso de las gastosquisis a través de una apertura lateral al cordón umbilical.¹

INCIDENCIA

Son defectos poco frecuentes, el onfalocele tiene una incidencia de 1:3,000 a 1:10,000 recién nacidos vivos y la gastosquisis de 1:20,000 a 1:30,000 recién nacidos vivos.²⁻⁵

ETIOPATOGENIA

El onfalocele forma parte de un síndrome de malformaciones congénitas múltiples en más del 40% de los casos. Localizado en la porción central de la pared abdominal, su tamaño puede variar de una simple hernia umbilical hasta grandes defectos que afectan incluso la cara anterior del tórax y la pelvis.⁶ Independientemente de su tamaño siempre se encuentran cubiertos por una membrana, aunque excepcionalmente ésta puede romperse. La falla en el cierre de las hojas laterales de la pared abdominal genera alteración en la formación y cierre del cordón umbilical y del anillo umbilical ocasionando las manifestaciones clínicas.⁴

Los defectos relacionados con accidentes evolutivos de la pared corporal y de la base del anillo umbilical forman la gastosquisis.⁵ Se conoce que hay una debilidad abdominal, que produce una hernia al lado del cordón umbilical secundaria a defecto muscular en la integración mesenquimatosa o isquemia.^{1,5} Anatómicamente encontramos el cordón umbilical a la izquierda del defecto de la pared abdominal, con un trozo de piel sana entre ambos, el músculo recto, situado por fuera del defecto es normal, las asas intestinales herniadas no están recubiertas por peritoneo, sino que están engrosadas, adheridas a sí mismas y cubiertas por una espesa cáscara fibrosa con zonas de infarto.^{2,5}

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es evidentemente clínico, (*Figuras 1 y 2*) pero en la actualidad se puede realizar en la etapa prenatal, mediante ultrasonido obstétrico.¹⁻⁵

Las diferencias se enlistan en el cuadro *I*.

TRATAMIENTO

Estabilización preoperatoria

Si el diagnóstico es prenatal, la madre debe acudir a una Unidad de Tercer Nivel de Atención, en donde se cuente con un equipo profesional altamente capacitado para la recepción y manejo de su bebé.¹⁻⁵

Se debe evitar la pérdida de calor colocando al paciente en una cuna de calor radiante.⁵ Mediante técnica estéril se manipula al paciente, en caso de onfalocele es importante tener cuidado de no lesionar el saco. Se deben proteger las asas intestinales con una cubierta plástica estéril para evitar mayor pérdida de calor, evitando bascular las asas, ya que puede producir secuestro hemático y choque neurogénico, lo cual se logra con la colocación de un "Silo" (*Figura 3*).^{4,5}

En la gastosquisis la pérdida de líquido por evaporación, la cavidad peritoneal abierta, el edema de la pared intestinal y la obstrucción de la misma condiciona que rápidamente se presenten problemas graves de hipovole-

* Jefe de la Unidad de Neonato-Pediatría. Hospital Ángeles Clínica Londres.

** Médico adscrito a Pediatría, Hospital Ángeles Clínica Londres.

Correspondencia:

Dra. Vanessa Campos Lozada

Hospital Ángeles Clínica Londres. Cuarto piso. Unidad de Neonato-Pediatría. Durango número 50. Colonia Roma. Distrito Federal CP 06700.

Correo electrónico: vcamposmd@prodigy.net.mx

Aceptado: 23-08-2004.



Figura 1. Onfalocele. Femenino de un día de vida y 35 semanas de gestación, obtenida por cesárea por sufrimiento fetal agudo, al nacimiento se observa defecto de pared abdominal central, a nivel del anillo y cordón umbilical, cubierto por una membrana formada por amnios y peritoneo con gelatina de Wharton entre ellos. Al realizar estudios complementarios se encontró una cardiopatía congénita cianógena.

mia, siendo indispensable evitar el desequilibrio hidroelectrolítico y la acidosis, proporcionando un aporte hídrico adecuado para mantener signos vitales estables y uresis mayor de 1 mL/kg/hora.^{3,5}

También hay que considerar que debido a que el peritoneo se pierde en la zona del defecto se pierden gran cantidad de proteínas, las cuales deberán administrarse en las primeras horas de vida.

MANEJO OPERATORIO

Una vez estabilizado el paciente se programa para cierre del defecto siendo el objetivo principal el cierre primario de todas las capas de la pared abdominal, sin embargo esto no siempre es posible debido a que la cavidad abdominal es pequeña, siendo necesario un cierre en etapas.^{1,3-5}

En el caso de onfaloceles gigantes se emplea la técnica de Schuster en donde se crea un saco con malla de silástic, adherida a la pared abdominal y que alberga el contenido intestinal haciéndose un cierre posterior.⁴

Para las gastrosquisis también sería ideal realizar un cierre primario pero hay que tener cuidado con no incrementar en forma brusca la presión intra-abdominal ya que condiciona-



Figura 2. Gastrosquisis. Femenino de 5 horas de nacida, sin antecedentes de importancia obtenida a las 37 semanas de gestación por cesárea por falta de progresión de trabajo de parto, observando defecto lateral al cordón umbilical (a la derecha) de aproximadamente 4 cm por donde protruyen las asas intestinales despulidas y con fibrina.



Figura 3. En la unidad de cuidados intensivos neonatales se coloca cubierta plástica estéril para evitar la pérdida de líquidos, proteínas y calor. Posteriormente se realiza un vendaje para la colocación de un "silo" que sirve para evitar que las asas se basculen, lo cual se logra colocando un hilo en la parte superior del silo, el cual se fija en la cuna.



Cuadro I. Características diferenciales.^{1-3,6,7}

	Onfalocele	Gastosquisis
Sitio del defecto	Central (umbilical)	Paraumbilical frecuentemente a la derecha
Tamaño del defecto	Mayor de 4 cm	Menor de 4 cm
Vísceras involucradas	Hígado, estómago, intestino	Intestino, estómago, vesícula y vejiga
Malformaciones intestinales	Malrotación, peritonitis leve, atresia intestinal	Atresia intestinal con necrosis, intestino corto, malrotación, peritonitis plástica
Malformaciones asociadas	Cardiacas 25-40%, diafragmáticas, vesicales, anorrectales, de columna, trisomía 13, 18 y 21, síndrome de Beckwith Wiedemann	Atresia intestinal 15%
Retardo del crecimiento intrauterino	Frecuente 38-67%	Poco frecuente
Mortalidad	30% secundaria a malformaciones asociadas	4-27% asociada a complicaciones intestinales

ría problemas importantes de perfusión tanto para el intestino, como para el riñón y las extremidades inferiores.^{3,5}

A partir de este momento el manejo se individualiza según las condiciones y evolución de cada paciente.³⁻⁵

REFERENCIAS

1. Cuellar GO, Franco GM, González LD, Sandoval AM. Defectos de pared abdominal. Onfalocele y gastosquisis. En: Jasso Gutiérrez Luis. *Temas de Pediatría*. Asociación Mexicana de Pediatría A.C. Neonatología. México: Interamericana McGraw-Hill, Inc; 1996: 179-189.
2. Tucci M, Bard H. The associated anomalies that determine prognosis in congenital omphalocele. *J Obstet Gynecol* 1990; 163: 1646-1649.
3. García H, Chávez A, Villegas S, Franco G, Alamilla X. Morbilidad y mortalidad en recién nacidos con defectos de pared abdominal anterior (onfalocele y gastosquisis). *Cac Méd Méx* 2002; 138: 519-526.
4. Nakayama DK. Omphalocele. In: Nakayama DK, Bose CL, Chescheir NC, Valley RD. *Critical Care of the surgical newborn*. NY USA: Futura publishing Company Inc; 1997: 277-288.
5. Nakayama DK. Gastrostomía. In: Nakayama DK, Bose CL, Chescheir NC, Valley RD. *Critical Care of the surgical newborn*. NY USA: Futura publishing Company Inc; 1997: 261-276.
6. Fisher R, Attah A, Partington A, Dykes E. Impact of antenatal diagnosis on incidence and prognosis in abdominal wall defects. *J Pediatr Surg* 1996; 31: 538-541.
7. Malformaciones congénitas. Celostomía media u onfalocele. Gastosquisis. En: Jasso Luis. *Neonatología Práctica*. 5^a edición. México D.F.: Manual Moderno; 2002: 472-474.