

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE AVILA

Diagnóstico prenatal de gastrosquisis. Presentación de un caso.
Gastroschisis prenatal diagnosis. A case presentation.

Mirta Susana Pino Muñoz (1), Jacqueline Broughon Ferriol (2), Amalay Luna Águila (3), Mercedes Martínez Martínez (4), Andrés Pina Rodríguez (5), Bárbara Ojeda Pino (6).

RESUMEN

Las malformaciones congénitas del tubo digestivo se presentan con una frecuencia elevada en el periodo neonatal, presentan una alta mortalidad a pesar de aplicar el tratamiento quirúrgico oportuno; es por ello que los sistemas de salud materno-infantil han enfocado su trabajo hacia el diagnóstico prenatal de estas patologías que provocan, además, dificultades para las familias por la larga estadía hospitalaria con las complicaciones inherentes a este tipo de proceso y, en ocasiones, cierto nivel de discapacidad en los infantes con el objetivo de realizar la reparación intrauterina en aquellos servicios de medicina perinatal con un alto desarrollo de estas técnicas, y cuando la patología es operable durante el periodo prenatal o la interrupción del embarazo, cuando la malformación diagnosticada es incompatible con la vida. Se presenta un caso de diagnóstico prenatal de gastrosquisis e interrupción de embarazo.

Palabras clave: GASTROSQUISIS/diagnóstico, DIAGNÓSTICO PRENATAL.

1. Especialista de 2do Grado en Neonatología. Máster en Atención Integral al Niño. Profesor Asistente.
2. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Residente de Neonatología.
3. Especialista de 1er Grado en Neonatología.
4. Especialista de 1er Grado en Neonatología. Máster en Atención Integral al Niño. Profesor Asistente.
5. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Especialista de 1er Grado en Neonatología.
6. Estudiante de Medicina.

INTRODUCCIÓN

Las anomalías congénitas incrementan su frecuencia en los embarazos anormales tales como aquellos asociados a fetos abortados de modo espontáneo y en infantes pretérminos nacidos muertos. Se considera que las malformaciones congénitas tienen un origen multifactorial, donde la herencia juega un papel importante, la cual conjugada con la predisposición genética y ciertos factores ambientales, hacen posible la manifestación de estas fallas (1).

La gastosquisis y el onfalocele son dos de las más comunes malformaciones de la pared abdominal. Ambas son detectadas con frecuencia durante la vida prenatal por los estudios ultrasonográficos de rutina realizados a las madres. El tratamiento quirúrgico de ambas entidades consiste en el cierre del defecto de la pared minimizando el riesgo de injuria a las vísceras abdominales, lo que incrementa la presión intra-abdominal, por lo que los mejores resultados se obtienen cuando el proceder es realizado ante parto (2-3).

La Gastosquisis es una malformación de la pared abdominal anterior consistente en un defecto paraumbilical derecho por el que las asas intestinales se hallan en contacto con el líquido amniótico (4-6).

La incidencia de esta malformación en la población China es de 2,5 por cada 10 000 nacimientos, incluidos los nacidos muertos (7).

En Cuba la incidencia reportada es de 1 por cada 3000 nacimientos aproximadamente, sin tener en cuenta los nacidos muertos.

Se señala como causa la interrupción temprana del flujo vascular embrionario secundario al hábito de fumar en las madres, el uso de drogas antiinflamatorias no esteroideas, y vasodilatadores (8).

El riesgo de muerte fetal con diagnóstico de gastosquisis puede tener un rango del 6% al 12%, y se hace por la presencia de distención gástrica fetal asociada a disminución de los movimientos fetales y falta de respuesta al stress (9).

La estadía hospitalaria media en los neonatos de término es de aproximadamente 35 días, la mayoría de los cuales se mantienen en la unidad de cuidados intensivos, durante los cuales se pueden presentar múltiples complicaciones, dentro de las cuales es la sepsis la más importante porque puede comprometer la vida del neonato (8-9).

La mortalidad postquirúrgica en el medio es del 99,6%.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente blanca femenina de 27 años de edad, con embarazo de 20 semanas por fecha de última menstruación. Gestaciones 7, partos 1, aborto 5. Todos los abortos provocados. Grupo O positivo. Antecedentes patológicos familiares y personales de salud. No malformaciones congénitas anteriores en la familia. Exámenes de VDRL y VIH negativos. Vacunación según esquema. Hb: - 113 g/l. No se registran hábitos tóxicos.

Durante la realización de ultrasonografía de programa se constata la presencia de distención gástrica e imágenes sugestivas de defecto de cierre de la pared abdominal. Se informa a los familiares de la presencia de Gastosquisis y los mismos deciden interrumpir el embarazo teniendo en cuenta las posibilidades escasas de llegar a término del mismo y las posibles complicaciones y poca supervivencia de los neonatos con este tipo de malformación a pesar de la corrección quirúrgica del mismo.

Se realiza la interrupción de embarazo de 21 semanas y se obtiene un mortinato con edad gestacional por examen físico que se corresponde con fecha de última menstruación, el cual presentaba defecto de la pared abdominal, localizado en región paraumbilical derecha, con intestino expuesto (Fig. 1).

DISCUSIÓN Y COMENTARIO

En casos descritos en la literatura médica se han asociado como factores relacionados a la presencia de la gastosquisis la corta cohabitación, embarazos no planificados de madres relativamente jóvenes, cambio de pareja reciente, ingesta de alcohol, déficits nutricionales importantes, tabaquismo activo/pasivo, así como algunas drogas (4).

Sin embargo en este caso al hacer el interrogatorio a la familia ninguno de estos antecedentes se recoge, lo que refuerza la etiología multifactorial de esta patología, muchas veces quedando en el terreno de lo desconocido.

En este hospital ocurren alrededor de 3000 nacimientos cada año y nace un bebé o se interrumpe al menos un embarazo con el diagnóstico de Gastosquisis. Su incidencia sería mayor si tenemos en cuenta los abortos espontáneos pues se reconoce que esta es una de las causas frecuentes de aborto en el primer trimestre del embarazo. La mortalidad se mantiene por encima del 99% en los nacidos vivos.

CONCLUSIONES

La gastosquisis, junto al onfalocele, es una de las malformaciones congénitas más comunes que se presentan en la pared abdominal. Su tratamiento es quirúrgico, pero los resultados del mismo son mejores cuando se aplican ante parto, por lo que en muchas ocasiones se recurre a la interrupción del embarazo.

RECOMENDACIONES

- Mantener un seguimiento estricto de la embarazada para hacer el diagnóstico oportuno de las malformaciones congénitas.
- Continuar el estudio de estas patologías con el objetivo de ampliar conocimientos acerca de las mismas.

ABSTRACT

Congenital malformations of the gastrointestinal tract are often elevated in the neonatal period, they have high mortality despite timely surgical treatment ,that is why mother and child health systems have focused their work towards prenatal diagnosis of these diseases, that cause difficulties for families by the long hospital stay with the inherent complications to this process and sometimes some level of disability in infants in order to perform the intrauterine repair in those services of perinatal medicine with a high development of these techniques and when the condition is operable during the prenatal period or the termination of pregnancy, when the malformation diagnosed is incompatible with life. A case of prenatal diagnosis of gastroschisis and pregnancy interruption is presented.

Key words: GASTROSCHISIS, PRENATAL DIAGNOSIS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boyd PA, Tonks AM, Rankin J, Rounding C, Wellesley D, Draper ES. Monitoring the prenatal detection of structural fetal congenital anomalies in England and Wales: register-based study. The BINOCAR working group [Internet]. 2011 [citado 10 may 2011] [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://preview.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21536809>
2. Christison-Lagay ER, Kelleher CM, Langer JC. Neonatal abdominal wall defects [Internet]. 2011 [citado 29 may 2011] [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://preview.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21474399>
3. Snyder CW, Biggio JR, Bartle DT, Georgeson KE, Muensterer OJ. Early severe hypoalbuminemia is an independent risk factor for intestinal failure in gastroschisis. *Pediatr Surg Int* [Internet]. 2011 [citado 30 may 2011] [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://preview.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21598041>
4. Payne NR, Pfleghaar K, Assel B, Johnson A, Rich H. Predicting the outcome of newborns with gastroschisis. *J Pediatr Surg* [Internet]. 2010 [citado 10 may 2011]; 44(5): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2703663/?tool=pmcentrez>
5. Xu LL, Yuan XQ, Zhu J, Li XH, Wang YP, Zhou GX, Miao L, Yang Y. Incidence and its trends on gastroschisis in some parts of China, 1996-2007. [Internet]. 2011 [citado 10 may 2011]; 32(3): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://preview.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21457663>
6. Werler MM, Mitchell AA, Honein MA. Is there epidemiologic evidence to support vascular disruption as a pathogenesis of gastroschisis? *Am J Med Genet* [Internet]. 2010 [citado 10 may 2011] [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2739090/?tool=pmcentrez>
7. Guzman ER. Early prenatal diagnosis of gastroschisis with transvaginal ultrasonography. St. Vincent's medical cent. Richmond, dep. obstetrics gynecology, Staten Island NY [Internet]. 2010 [citado 6 may 2011]; [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=19317895>
8. Lao OB, Larison C, Garrison MM, Waldhausen JHT, Goldin, AB. Outcomes in Neonates with Gastroschisis in U.S. Children's Hospitals. *Am J Perinatol* [Internet]. 2010 [citado 10 may 2011]; 27(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2854024/?tool=pmcentrez>
9. Schmidt AF, Gonçalves A, Bustorff-Silva JM, Gonçalves Oliveira Filho A, Tadeu Marba S, Sbragia L. Does staged closure have a worse prognosis in gastroschisis? *Clin Sao Paulo* [Internet]. 2011 [citado 10 may 2011]; 66(4): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3093785/?tool=pmcentrez>

ANEXOS

Fig. 1. Mortinato de 21 semanas con defecto paraumbilical derecho e intestino expuesto.

