

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

Gastrosquisis. Presentación de un caso

Gastroschisis. A case report

Oscar Portela Rodríguez (1), Bárbara Ojeda Pino (2), Mirta Susana Pino Muñoz (3), Iranaka Avello Benedico (4), Libbys Carrera Espinosa (5).

RESUMEN

La gastrosquisis y el onfalocele son malformaciones de la pared abdominal que, a pesar de sus grandes diferencias, tienen en común el hecho de ser enfermedades graves caracterizadas por la herniación de las vísceras intrabdominales a través de un defecto de la pared abdominal. Los niños con estas enfermedades se presentan como emergencias quirúrgicas que plantean un reto difícil para el cirujano tratante. Tienen una tasa de mortalidad que oscila entre 20-40%, aun con el tratamiento apropiado y se asocian a un amplio rango de malformaciones, principalmente en los niños con onfalocele. Se presenta un caso de recién nacido con diagnóstico postnatal de gastrosquisis.

Palabras clave: RECIÉN NACIDO, GASTROSQUISIS/diagnóstico.

1. Especialista de 1er Grado en Neonatología. Máster en Atención Integral al Niño.
2. Residente de 1er año de Medicina General Integral.
3. Especialista de 2do Grado en Neonatología. Máster en Atención Integral al Niño.
4. Especialista de 1er Grado en Neonatología. Máster en Atención Integral al Niño.
5. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Residente de 1er Año de Neonatología.

INTRODUCCIÓN

La gastrosquisis constituye un defecto congénito de la pared abdominal que ha sufrido un incremento en su incidencia en los últimos años, se desconoce con certeza las causas del mismo, se relaciona con varios factores aún no demostrados (1).

Durante la vida intrauterina las vísceras se encuentran en contacto directo con el líquido amniótico (LA) éste es altamente irritativo, produce una intensa serositis con edema, fibrina y adherencias interosas, se identifica esto en la última etapa del embarazo (1-10).

En cuanto al origen de esta patología, se acepta en general que se trata de un accidente vascular durante el desarrollo, con obstrucción de la arteria onfalomesentérica derecha. El consumo de ibuprofeno, aspirina, seudoefedrina y drogas como la cocaína, aumentarían el riesgo (3).

Debido a la importante pérdida de calor y de fluidos que condiciona esta patología, sumado al aumento del edema que sufren las vísceras expuestas, es que se impone el cierre inmediato del defecto (5-6).

El impacto del diagnóstico prenatal constituye otro pilar de gran importancia que consiste en la derivación materna a un centro que cuente con cirugía y neonatología de alta complejidad (3).

PRESENTACIÓN DEL CASO

En la ciudad de Filadelfia, departamento Pando, Bolivia a las 13.40 horas del día 16 de julio de 2011 se produce un parto en el que se obtiene un recién nacido masculino con peso de 3580 gramos, a la edad gestacional de 42 semanas. Los antecedentes refieren madre mestiza de 34 años de edad, gesta 10, tuvo 8 partos y 2 abortos espontáneos. Grupo A positivo. Antecedentes patológicos familiares y personales de salud: No malformaciones congénitas anteriores en la familia; exámenes de VDRL y VIH negativos; vacunación no se recoge. Hb: -14,3g/l. No se

registran hábitos tóxicos aunque se conoce que utiliza la hoja de coca por la idiosincrasia del país. No control prenatal.

Al examen físico del neonato se constata un defecto de la pared abdominal en región paraumbilical derecha, con salidas de asas intestinales y estómago (Fig. No. 1 y No. 2), este último con múltiples perforaciones, por lo que es necesario tomar las medidas inmediatas para su compensación hemodinámica y posterior intervención quirúrgica. Se informa a los familiares acerca de la malformación existente para obtener el consentimiento informado de los mismos.

El recién nacido recibe tratamiento intensivo con hidratación parenteral, se cubren con paños estériles y húmedos las vísceras expuestas para evitar la pérdida de fluidos corporales y calor, antibióticoterapia, y apoyo ventilatorio en espera de poder realizar la intervención quirúrgica, única solución posible, pero el neonato fallece a los 14 días con un cuadro de peritonitis aguda.

DISCUSIÓN Y COMENTARIO

En casos descritos en la literatura médica se han asociado como factores relacionados a la presencia de la gastrosquisis 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 (11).

Es importante no olvidar que se trata de una madre campesina de una zona cocalera donde la ingestión de hojas de coca es una práctica habitual, aunque no está descrito en la literatura este particular. Además tiene el antecedente de dos abortos espontáneos, donde las malformaciones congénitas graves son una de las causas fundamentales de abortos.

Se menciona en la literatura, además, ciertas costumbres socioculturales, como las que promueven el matrimonio entre los miembros de la misma comunidad, lo que aumenta la endogamia y la consanguinidad, y conlleva el consiguiente incremento de genes recesivos comunes que van a aumentar la morbimortalidad infantil en esos colectivos (6-9).

CONCLUSIONES

La gastrosquisis es un defecto de la pared abdominal y constituye una malformación congénita poco frecuente, sin embargo se plantea que su incidencia podría ser mayor que lo registrado porque causa abortos espontáneos. La misma tiene una alta mortalidad y su tratamiento es quirúrgico, pero no tiene buenos resultados cuando se aplica después del nacimiento.

RECOMENDACIONES

Continuar el desarrollo de los programas para el diagnóstico prenatal de las malformaciones congénitas.

ABSTRACT

Gastroschisis and omphalocele are congenital abnormalities of the abdominal wall that in spite of their big differences, have in common the fact of being serious illnesses characterized by herniation of the abdominal viscera through an abdominal wall defects. Children with this disease are presented as surgical emergency that suggest a difficult challenge for the surgeon. The mortality rate vary between 20- 40% even with the appropriate treatment and It associates to a spacious rank of malformations, mainly in the boys with omphalocele. A newborn case is presented with postnatal gastroschisis diagnosis.

Key words: INFANT, NEWBORN; GASTROSCHISIS/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. [Internet]. Staten Island: St. Vincent's Medical Center; 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, TadeuMarba 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>
10. Martínez Ferro M. Defectos de la pared abdominal. En: *Neonatología quirúrgica*. Buenos Aires: Grupo Guía; 2004. p. 363-398.
11. 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>

ANEXOS

Fig. No.1. Neonato de 42 semanas con vísceras abdominales expuestas a través de defecto de la pared abdominal.



Fig. No.2. Perforaciones y hemorragia a nivel de las vísceras expuestas.

