

Revista Mexicana de Anestesiología

Volumen
Volume **28**

Suplemento
Supplement **1**

2005

Artículo:

Gastrosquisis y exónfalos

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Colegio Mexicano de Anestesiología, AC

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

Gastrosquisis y exónfalos

Dr. Gabriel Mancera-Elías*

* Médico Adscrito y Profesor Titular del Curso de Anestesiología Pediátrica,
Instituto Nacional de Pediatría.
Presidente de la Sociedad Mexicana de Anestesiología Pediátrica, A.C.

Los avances actuales en materia de anestesiología pediátrica y de cuidados intensivos para los pacientes prematuros y recién nacidos han permitido reducir la morbilidad en este grupo de pacientes, de modo tal, que, actualmente padecimientos que anteriormente eran considerados como una urgencia, no todos son cirugías inmediatas.

Onfalocele ocurre por falta de migración del intestino al saco vitelino a la cavidad abdominal durante la gestación; con frecuencia se asocian a prematurow aunque pueden asociarse a malformaciones cardíacas, gastrointestinales, genitourinarias, metabólicas y alteraciones cromosómicas. En casos de onfaloceles epigástricos pueden observarse alteraciones torácicas y cardíacas, mientras que en los hipogástricos pueden observarse anomalías cloacales y extrofia vesical. En general este trastorno presenta una incidencia de 1:6,000 nacimientos.

Gastrosquisis se debe a la oclusión de la arteria onfalomesentérica durante la gestación, incluyendo herniación vísceral a través de un defecto de la pared lateral del abdomen; a diferencia del onfalocele, esta entidad presenta una incidencia baja de asociación con otras anomalías aunque la atresia intestinal tiene mayor frecuencia en el recién nacido con gastrosquisis en comparación con el onfalocele.

Los cuidados perioperatorios de ambos grupos son similares y se encamina primordialmente a la prevención de infecciones, así como evitar las pérdidas hídricas de calor. Por otra parte deben ser atendidas las alteraciones asociadas de manera individual.

Sobre la base anterior la corrección quirúrgica de estas alteraciones son urgentes; sin embargo cabe destacar que actualmente puede el procedimiento quirúrgico ser pospuesto hasta obtener una preparación adecuada del paciente para la anestesia y que en términos generales puede incluir:

1. El paciente con gastrosquisis *per se* y con onfalocele roto pueden sufrir una pérdida considerable de proteínas y alteración en la traslocación de líquidos por lo que requieren de la administración de coloides, puede ocurrir hemoconcentración y acidosis metabólica.
2. Las vísceras herniadas deben cubrirse con gasas empapadas en suero salino estéril y un apósito de plástico para reducir las pérdidas calóricas e hídricas al igual que el evitar infecciones y lesión del intestino.
3. Mantener un ambiente térmico neutro.
4. Colocación de una sonda nasogástrica a fin de evitar regurgitación, y aspiración.
5. Administración precoz de antibióticos sistémicos.

Una vez que las condiciones generales del paciente sean las adecuadas, es de suma importancia el verificar que se tenga el equipo adecuado para el manejo anestésico de los pacientes (monitoreo, máquina de anestesia, vaporizadores, equipo de aspiración, selección adecuada de instrumentación de las vías respiratorias, productos del banco de sangre disponibles, equipo para el mantenimiento de la temperatura etc.) es imprescindible mantener la temperatura de sala de operaciones a temperatura neutra para evitar una pérdida importante de calor y los efectos deletéreos de la hipotermia, las consideraciones transanestésicas incluyen los siguientes puntos:

1. El uso de medicamentos anticolinérgicos como la atropina es deseable al igual que una adecuada preoxigenación.
2. Aspiración de la sonda nasogástrica y realizar inducción de choque.
3. Puede emplearse la anestesia general balanceada con opioides o utilizar una técnica mixta con anestesia regional más anestesia general balanceada.

4. Los cierres de los defectos pequeños y la colocación de silos por lo regular carecen de complicaciones, el cierre de defectos grandes puede traer consecuencias ventilatorias, hemodinámicas renales y/o de perfusión que deben ser observadas cuidadosamente (incrementos en las presiones máximas, desaturación, incrementos abruptos de la PVC con disminución del gasto urinario, compromiso vascular de miembros inferiores hipotensión etc.).
5. Las pérdidas por exposición son elevadas (más de 10 ml/kg/h), el uso de expansores como la albúmina y plasma deben ser previamente entibiados.
6. Aun con una restitución hídrica adecuada la hipotensión puede persistir y el uso de dopamina en infusión es útil en ocasiones con la finalidad de mantener una presión sanguínea y un gasto urinario adecuados.
7. Si existen alteraciones sistémicas persistentes en los cierres es imperativo dar aviso al equipo quirúrgico a fin de desistir en los intentos y emplear un abordaje alternativo (chimenea en silos).
8. El apoyo ventilatorio postoperatorio puede ser requerido en casos severos.

La conducta postoperatoria de estos pacientes puede ser reducida fundamentalmente a dos rubros:

1. La mayoría de estos casos requiere de ventilación mecánica postoperatoria por lo que el estrecho análisis de las presiones de la vía aérea, la oxigenación y el trabajo respiratorio pueden servir de guía para ajustar las necesidades de relajación y sedación de los pacientes dependiendo del caso. La insuficiencia respiratoria de los lactantes con defectos de la pared abdominal puede deberse a alteraciones prenatales de la función pulmonar, tal aseveración parte de la observación que este grupo de pacientes tienen una capacidad residual funcional inferior a la de los lactantes normales.
2. Las alteraciones intestinales secundarias al cierre forzado de la cavidad pueden requerir de apoyo inotrópico.

El ileo postoperatorio prolongado no es raro y puede requerirse alimentación parenteral.

REFERENCIAS

1. Liu LMP, Mei PL. Urgencias quirúrgicas neonatales. Clin Anestesiol Nort Am 2001;2:247-266.
2. Yaster M, Buck JR, Dudgeon DL, et al. Hemodynamic effects of primary closure of gastroschisis/omphalocele in human newborns. Anesthesiology 1988;69:84-88.
3. Coleman A. El paciente operado de urgencia. En: Bell Ch, Kain ZN, Hughes C. Manual de anestesia pediátrica. 2^a Edición. Madrid Harcourt Brace de España: 1998:369-398.
4. Thompson PJ, Greenough A, Dykes E, Nicolaide KH. Impaired respiratory function in infants with anterior abdominal wall defects. J Pediatr Sur 1993;28:664-666.
5. Lönnqvist PA. Management of the neonate: anesthetic considerations and postoperative management. In: Bissonette B, Dalens BJ. Pediatric anesthesia: principles and practice. New York. McGraw-Hill: 2002:995-1030.

