

PRESENTACIONES DE CASOS

Gastrosquisis: a propósito de un caso

Hospital General Docente Iván Portuondo, Artemisa

Haydee Rodríguez Díaz¹, Marilyn Morales Moreno², Taycia Ramírez Pérez³, Sualy Ruiz Morera⁴

¹Máster en Atención Integral al Niño, Especialista de 1er. Grado en Neonatología y Medicina General Integral, Profesor Instructor. ²Máster en Atención Integral al Niño, Especialista de 1er. Grado en Neonatología, Profesor Instructor. ³Licenciada en Enfermería, Especialista en Enfermería Materno Infantil, Máster en Atención Integral al Niño, Profesor Asistente. ⁴Licenciada en Enfermería, Máster en Infectología, Profesor Auxiliar.

RESUMEN

La gastrosquisis es una herniación del contenido abdominal por un defecto lateral al ombligo, que no tiene saco herniario. Su origen puede ser isquémico, aunque la causa no está definida. La gastrosquisis se asocia con madres primerizas precoces. El tratamiento consiste en una cirugía por la cual se reintroducen los intestinos dentro del abdomen. En el presente trabajo se presenta un caso de gastrosquisis nacido en el Hospital Iván Portuondo de San Antonio de los Baños, Artemisa, Cuba, en el año 2011. Por la seriedad de los daños y sus posibles consecuencias, se considera importante la divulgación del caso con el propósito de contribuir a una mayor optimización de los programas de diagnóstico prenatal.

Palabras clave: Gastrosquisis; Recién Nacido; Anomalías Congénitas.

INTRODUCCIÓN

La gastrosquisis es una fisura congénita de la pared abdominal anterior, caracterizada por evisceración del intestino sin involucrar el cordón umbilical, casi siempre a la derecha de este (1-3). Aunque la causa de la lesión se desconoce, algunos autores especulan a favor de un origen vascular, la interrupción intrauterina de la arteria onfalomesentérica y la influencia de diferentes antecedentes maternos como la edad menor de 20 años, deficiencias nutricionales, exposición al cigarrillo o su consumo y el uso de aspirina en el primer trimestre de la gestación (4).

El defecto es producido originalmente por una involución defectuosa del mesénquima embrionario en su unión con el tallo corporal, lo cual resulta en una displasia de la pared abdominal. La gastrosquisis y el onfalocele (cuando las vísceras abdominales ocupan parcialmente el extremo proximal del cordón umbilical) son dos de las malformaciones más frecuentes en recién nacidos (5), aunque la gastrosquisis es tres veces menos frecuente y puede asociarse a ella otras malformaciones de origen gastrointestinal. Es más común en recién nacidos del sexo masculino, pretérminos y bajo peso, y las complicaciones principales asociadas son la enterocolitis necrotizante y la malabsorción intestinal (6, 7).

El tratamiento de la gastrosquisis consiste en una cirugía por la cual se reintroducen los intestinos dentro del abdomen. Si la cavidad abdominal es muy pequeña, se sutura un saco de malla alrededor de las márgenes del daño abdominal y sus bordes. Con el tiempo, el intestino

herniado cae de nuevo dentro la cavidad abdominal y el defecto desaparece (8).

En el presente trabajo se presenta un caso de gastrosquisis nacido en el Hospital Iván Portuondo de San Antonio de los Baños, Artemisa, Cuba, en el año 2011. Teniendo en cuenta la seriedad de los daños y sus posibles consecuencias, se considera importante la divulgación del caso con el propósito de contribuir a una mayor optimización de los programas de diagnóstico prenatal para la toma de decisiones tempranas y oportunas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Recién nacido varón, producto de un embarazo de 37,4 semanas, parto eutócico y tiempo de rotura de membranas de una hora; líquido amniótico claro, cordón breve y fino, placenta normal.

Madre de 23 años, sin antecedentes de malformaciones congénitas en la familia, grupo sanguíneo O, Rh positivo, historia obstétrica de una gestación, sin abortos ni partos anteriores. Serología: no reactiva.

La paciente llega al cuerpo de guardia en período expulsivo y sin antecedentes de presentar malformaciones u otras alteraciones. El nacimiento se produce por parto en avalancha. Se observan las asas intestinales expuestas del recién nacido localizadas en la región paraumbilical derecha, edematosas, acartonadas, de coloración oscura (figura 1A), con el cordón umbilical situado a la izquierda (figura 1B). Solo había exposición de las asas intestinales, sin presencia de hígado ni estómago. Se realizaron maniobras de reanimación cardiopulmonar, sin que fuera

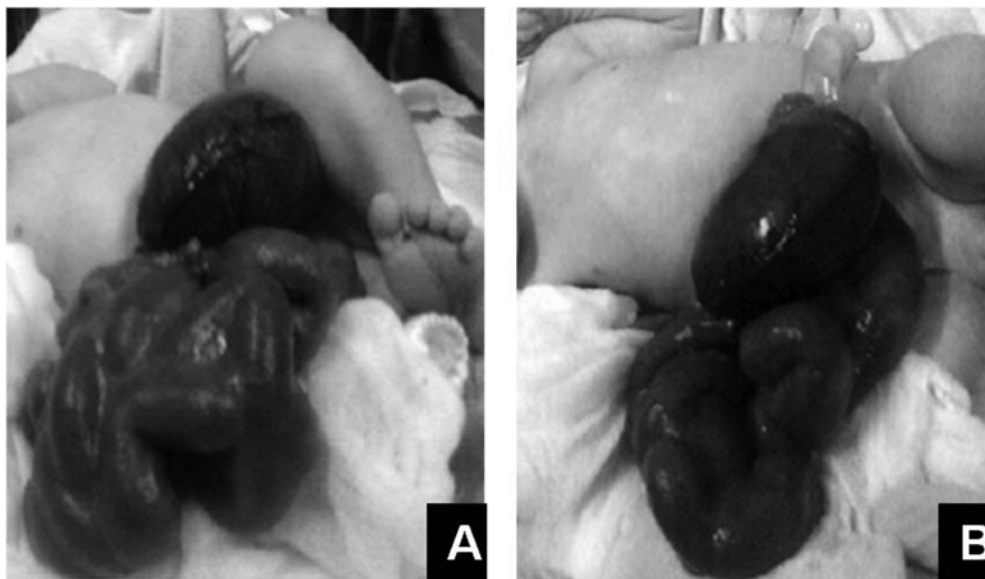


Figura 1 A-B. Obsérvense las asas intestinales del recién nacido, expuestas, localizadas en la región paraumbilical derecha, edematosas, acartonadas, de coloración oscura (1A), con el cordón umbilical situado a la izquierda (1B).

necesario realizar intubación endotraqueal por la pronta recuperación del recién nacido. Índice Apgar: 6/9 y peso 3 600 g. Diagnóstico al nacimiento: recién nacido a término, con peso adecuado para su edad gestacional, depresión ligera al nacer y gastrosquisis.

Las asas intestinales expuestas se protegieron con gasas tibias y húmedas, y el recién nacido fue trasladado a la Unidad de Cuidados Especiales Neonatales. Se colocó en incubadora sin necesidad de administrar oxígeno pues mantuvo coloración de la piel rosada uniforme y temperatura de 36,5 grados centígrados. Los resultados de los estudios complementarios realizados al ingreso fueron normales (hemoglobina, glucemia y gasometría). El Rx de tórax mostró área cardíaca normal, buena expansibilidad torácica, sin alteraciones pleuropulmonares. Teniendo en cuenta que se trataba de una emergencia quirúrgica, y cumpliendo con los criterios de estabilidad para su traslado, se remitió dos horas después del nacimiento al Centro de Cirugía Neonatal del Hospital William Soler. En dicho hospital fue evaluado por el grupo de cirugía realizándose la intervención quirúrgica a las 10 horas de vida. Durante el posoperatorio se mantuvo reportado en estado crítico, bajo los efectos del pavulón, ventilándose bajo presión positiva intermitente. El paciente se mantuvo con coloración rosada, buenas saturaciones y regulando adecuadamente la temperatura. Se le realizó Rx de tórax el cual mostró pulmones ventilados sin otras alteraciones, la gasometría fue normal. Se disminuyeron los parámetros de ventilación a las 48 horas, y se extubó al tercer día de vida introduciéndose la vía oral. La evolución del paciente fue favorable tanto desde el punto de vista quirúrgico como nutricional siendo dado de alta a los 10 días. No fue necesario realizar una reintervención. En

la actualidad, el niño tiene dos años de edad y está totalmente restablecido.

DISCUSIÓN

El caso que se presenta es un recién nacido varón, proveniente de una madre primípara, sin historia de embarazos anteriores, características estas conformes a lo publicado en la literatura (9, 10). La morbilidad de la gastrosquisis se relaciona con la presencia de otras malformaciones, así como a complicaciones de la herida o del propio intestino (2). El manejo de esta enfermedad ha mejorado considerablemente en los últimos años, dada la posibilidad de realizar un diagnóstico precoz mediante ultrasonografía o pruebas de líquido amniótico; en estos casos, la futura madre se deriva a un centro de atención especializada para practicar una cesárea cuando el embarazo está a término o tan cerca del término como sea posible. Ello ha garantizado un aumento aproximado del 90% en la sobrevida de los pacientes (8). Tal y como sucedió con este paciente, otros tampoco han sido diagnosticados de manera precoz (11), quizás por la no realización por la embarazada de los exámenes pertinentes; no obstante, en la historia obstétrica de la madre del presente caso consta la realización de estudios prenatales con resultados normales.

La evolución y estadía hospitalaria media de los neonatos a término, con diagnóstico de gastrosquisis, es aproximadamente de 35 días, periodo en el cual se pueden presentar múltiples complicaciones, dentro de ellas la sepsis como la más importante (12, 13). Se destaca en este paciente la evolución clínica favorable que mantuvo durante todo el proceso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fillingham A, Rankin J. Prevalence, prenatal diagnosis and survival of gastroschisis. *Prenat Diagn.* 2008;28:1232.
2. Meizoso Valdés AI, Portela Rodríguez O, Alvarado Bermúdez KB, Carrasco Fonte L, Ortega Sardón M. Gastrosquisis. Presentación de un caso. *MEDICIEGO.* [Internet] 2010 [citado febrero 25 de 2010];16(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_02_10/pdf/t14.pdf

3. Medline Plus Enciclopedia. Gastrosquisis. Biblioteca Nacional de Medicina EE UU. Actualizado 29 de marzo de 2013 [citado febrero 25 de 2010]. Disponible en: <http://m.medlineplus.gov/spanish/ency/presentations/100033.htm>
4. Weinsheimer RL, Yanchar NL. Impact of maternal substance abuse and smoking on children with gastroschisis. *J Pediatr Surg.* 2008;43(5):879-83.
5. Kohl M, Wiesel A, Schier F. Familial recurrence of gastroschisis: literature review and data from the population-based birth registry Mainz Model. *J Pediatr Surg.* 2010;45(9):1907-12.
6. Gastroschisis a congenital malformation. On line pediatric surgery Handbook. May 2. [citado febrero 25 de 2010]. Disponible en: home.coqui.net/titolugo/handbook.htm
7. Peña A, Alonso RM, Balleste I. Defectos de la pared abdominal. *Rev Cubana Pediatr.* [Internet] 2004;76(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312004000100003>
8. Sola A. Cuidados Neonatales: Descubriendo la vida de un recién nacido enfermo. Edimed. 2011; Tomo. II, p:130.
9. Garriga Cortés M, Joa Mesa T, Dager Haber A, Rubal Wong A. Caracterización de recién nacidos operados a causa de malformaciones digestivas. *MEDISAN.* [Internet] 2011 [citado mayo 25 de 2013];15(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_artt_ext&pid=S1029-30192011000200011
10. Chávez Viamontes JA, Quiñones Hernández J, Paulino Basulto R. Defectos congénitos en menores de un año. *AMC.* [Internet] 2010 [citado mayo 25 de 2013];14(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552010000100012>
11. González García R, Maza Blanes M A, Oliva López Y. La genética comunitaria en los programas de diagnóstico prenatal en el municipio Minas de Matahambre. *Rev Ciencias Médicas de Pinar del Río.* 2012;16(6). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v16n6/rpr02612.pdf>
12. Lao OB, Larison C, Garrison MM, Waldhausen JHT, Goldin, AB. Outcomes in neonates with gastroschisis in US Children 's Hospital. *AM J Perinatol.* [Internet] 2010 [citado mayo 10 de 2011];27(1). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2854024/?tool=pmcentrez>
13. Schmidt AF, Gonçalves A, Bustorff-Silva JM, Gonçalves Oliveira FA, Tadeu Marba S, Sbragia L. Does staged closure have a worse prognosis in gastroschisis? *Clin Sao Paulo.* [Internet] 2011 [citado mayo 10 de 2011];66(4). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3093785/?tool=pmcentrez>

Gastroschisis: about a case

SUMMARY

The gastroschisis is a herniation of the abdominal content due to a defect lateral to the umbilicus, which has no hernial sac. It may have an ischemic origin, although the cause is not defined- The gastroschisis is related to precocious first-childbirth mothers. The treatment consists of a surgery by means of which the intestines are reintroduced into the abdomen. In the current study a case of gastroschisis born at Iván Portuondo Hospital of San Antonio de los Baños, Artemisa, Cuba, in the year 2011, is presented. Because of the serious damages and their possible consequences, revealing the case is considered to be important for the purpose of contributing to a greater improvement of the prenatal diagnosis programs.

Key words: Gastroschisis; Newborn; Congenital Abnormalities.

Dirección para la correspondencia: Dra. Haydee Rodríguez Díaz. Calle 190 No. 20122 e/n 201 y 203, Quiebra Hacha, Mariel, Artemisa. Cuba.
Dirección electrónica: haydeer@infomed.sld.cu