

Tratamiento complementario del Onfalocele Gigante con injerto de poliéster texturizado: reporte de 2 casos.

Mario More F., Raúl Achata M. * Miguel Villena **

Resumen

Se presentan 2 casos de Onfalocele Gigante tratados con un silo de Schuster, complementado con la aplicación de un parche de poliéster texturizado, aplicado sobre la aponeurosis después de haber reducido las asas intestinales al interior de la cavidad.

Después de ocho días de aplicado el injerto se observó un tejido de granulación que selló el defecto de la pared abdominal, el cual se epitelizó progresivamente.

El uso de esta técnica en dos casos con resultados favorables permitirían considerarla como una alternativa en casos de defectos amplios de la pared abdominal residuales a la reducción del Onfalocele Gigante, tratados con silo de Schuster.

Palabras Claves: onfalocele, gastrosquisis.

INTRODUCCIÓN

Denominamos Onfalocele Gigante a un defecto de la pared abdominal mayor de 6 cm, con un saco íntegro o roto sobre el que se inserta el cordón umbilical (1,2,3).

El tratamiento quirúrgico del onfalocele ha sufrido variaciones que van desde las pincelaciones del saco con mercurio cromo, cierre primario del defecto, hasta la aplicación de un silo de silastic de acuerdo a SCHUSTER (4,5). Esta técnica consiste en la reducción gradual del onfalocele, pero plantea un problema en el momento del cierre de la cavidad abdominal, cuando después de haber introducido el intestino en ella, se encuentra que el defecto es muy amplio y que cerrar la cavidad produciría un aumento de la presión intrabdominal con un bloqueo en la circulación venosa y colapso circulatorio (4,5).

Frente a este hecho el cirujano se plantea; ¿qué hacer?, interrogante que motiva y a la que trata de responder el presente informe.

En este reporte se describen dos casos de manejo quirúrgico del onfalocele, y en los que se utilizó un parche de poliéster para solucionar este problema.

MATERIALES

Se utiliza una bolsa de recolección de sangre de 500 cc la cual reemplazará al silo de silastic. La que se fija a la aponeurosis del defecto encerrando dentro de la misma al intestino eviscerado (5).

Se emplea un injerto vascular de tubo de poliés-

ter el cual se secciona longitudinalmente. Si el defecto es mucho más ancho, se juntan dos tubos extendidos uniéndolos con un surget con vycril 3/0. La longitud será de acuerdo a la del defecto de la pared.

Procedimiento

Se recibe al recién nacido con onfalocele, previa estabilización, hidratación y antibioticoterapia. Se le lleva a Sala de Operaciones practicándose un lavado prolijo de la cavidad y del intestino eviscerado con Yodopovidona en una dilución 1/10.

Se coloca el intestino dentro de la bolsa de recolección de sangre y ésta se fija a la aponeurosis del defecto con surget de vycril 3/0, previa ampliación del mismo en sentido longitudinal, con la finalidad de que no quede como una estenosis que se oponga a la reducción del intestino (6).

Diariamente, y con técnica aséptica se reduce gradualmente las vísceras intestinales 2 o 3 cm. colocando una hilera de puntos en la bolsa sobre el espacio reducido. Generalmente al décimo segundo día se ha restituido el intestino a la cavidad.

En esta situación el paciente es llevado a la Sala de Operaciones para el cierre de la pared. En caso de que el defecto sea muy amplio se coloca un parche de poliéster texturizado sobre la aponeurosis fijándola con puntos separados de vycril 3/0, decolando la piel para exponer la aponeurosis.

Es necesario que no existan signos de infección para realizar este procedimiento.

* Cirujanos-Pediatras, Asistentes de Cirugía Pediátrica, ISN.

** Cirujano Pediatra

Pacientes

Se trata de dos pacientes en quienes se aplicó este procedimiento:

Caso 1:

Paciente de sexo femenino de 2450 gr. de 12 horas de edad, procedente de Ica. Ingresa por el Servicio de Emergencia, con el diagnóstico de onfalocele gigante. La paciente es llevada a Sala de Operaciones, donde se le coloca un silo con bolsa de recolección de sangre de tipo Schuster.

Las vísceras fueron reducidas a los 12 días; la paciente fue reintervenida para cierre del defecto, pero como este era muy amplio y no se podía cerrar por la fuerte tensión que imposibilitaba la ventilación del paciente, se optó por colocar un parche de poliéster de 8x10 cm.

Se practicaron colgajos rotatorios de piel para cubrir el parche. En el post-operatorio estos colgajos se retrajeron, quedando expuesto el parche, presentándose secreción purulenta en el transcurso de los días, motivo por el cual fue retirado al 8vo. día. Debajo del parche se había formado un tejido de granulación en todo el defecto, lo que evitaba la evisceración.

La paciente permaneció hospitalizada, con curaciones diarias, hasta que la piel recubrió totalmente el defecto. La paciente fue dada de alta, alimentándose por vía oral, con un incremento en la curva ponderal estatural.

En el seguimiento de esta paciente a lo largo de 2 años, no se observó eventración, ni cuadros de obstrucción intestinal por adherencias.



Figura N° 1. Paciente con onfalocele.

Caso 2:

Paciente de sexo masculino, de 8 horas de edad, con un peso de 2500 gr. procedente de Cañete. Derivado a este Instituto con diagnóstico de onfalocele gigante roto. Al examen se hallaba en buen estado general, sin insuficiencia respiratoria ni deshidratación. El neonato fue llevado a sala de operaciones, donde se halló una evisceración de la vesícula, estómago e intestino. El paciente fue intervenido, practicándose un silo tipo Schuster con bolsa de recolección de sangre. Todo el intestino fue reducido al 12 do. día, sien-

do preparado para cierre de pared total; fue reintervenido, practicándose solo cierre de piel, previa decolación e incisiones de relajación a ambos lados del defecto.

Al tercer día del post-operatorio el paciente presenta evisceración por deslizamiento de las vísceras a través de la incisión en lado derecho. Por este motivo fue reoperado, reintegrando las vísceras a la cavidad, colocando un parche de poliéster de 8x6 cm. con puntos de vycril fijados a la aponeurosis.

Este parche no fue recubierto por piel. El poliéster fue retirado al 8vo. día.

El paciente en el 2do. día de post-operatorio inició su alimentación por vía oral, siendo dado de alta a los 15 días, con la herida en fase de cicatrización.

El seguimiento del paciente hasta los 3 años de edad, no reveló eventración ni signos de obstrucción intestinal por adherencias.



Figura N° 2. Recien nacido con silo de Shuster onfalocele reducido.

DISCUSIÓN

Si bien es cierto que el tratamiento del onfalocele es el cierre primario del mismo, cuyas ventajas son: restablecer la integridad anatómica y funcional al mismo tiempo, y disminuir el riesgo de infección, muchas veces ésto no es posible realizar, debido al distress respiratorio causado por la elevación e inmovilización del diafragma, así como por el colapso circulatorio secundario a la compresión de la cava, por la presión ejercida por las asas intestinales y la tensión de la pared al tratar de cerrar el defecto (4,7,8).

El uso de silo de silastic, ideado por Schuster, y que en nuestro medio ha sido reemplazado por una bolsa de recolección sanguínea, ha solucionado parcialmente el problema, pues al terminar de reducir las asas intestinales dentro de la cavidad, queda un defecto en la pared que no puede cerrarse ni aun con piel, como lo recomienda Gross (3), por los problemas arriba mencionados.

En 1974, Stone (6), reportó el uso de duramadre liofilizada en la reparación permanente del onfalocele y gastrosquisis, técnica considerada como una alternativa válida a la de Gross. En nuestro medio no es posible usarla, no solo porque la liofilización no se practica, sino también por los riesgos de infección por virus de Hepatitis y HIV.

Por otro lado, el uso del teflón se ha relacionado con la producción de adherencias y fístulas (7).

La utilización de un parche de silastic también ha sido probada, pero tiene el inconveniente de ser rechazado al 7mo. día de haber sido aplicado (4).

Por esta razón hemos utilizado en nuestros pacientes las prótesis vasculares de POLIESTER, material que lo conseguimos de los injertos vasculares tubulares para reemplazo de aorta, modificándolos para obtener parches planos que puedan cubrir el defecto músculo aponeurótico.

Este material ha demostrado ser inerte y muy tolerado por los pacientes, habiéndose demostrado su persistencia hasta por 15 años después de haberlo instalado (9).

Sin embargo, hemos observado que es rechazado debajo de la piel después de los 8 días.

En nuestro primer caso se retiró el parche de poliéster a los 8 días, porque empezaron a retraerse los colgajos de piel, observándose un tejido de granulación por debajo del mismo, que evitaba la evisceración sin producir adherencias, como se describe con otros materiales (2,7).

La paciente fue dada de alta cuando la piel cubrió el defecto por segunda intención, sin que necesitara una nueva intervención por presencia de una eventración posterior. Esto ha sido observado en pacientes en quienes se utilizó un parche de Silastic (4).

El uso de un parche de material protésico, como en los dos pacientes, se justifica porque evita que la piel se ponga en contacto con las asas intestinales, las cuales producen adherencias firmes, muy difíciles de liberar en la corrección definitiva a posteriori y porque amplía la cavidad abdominal para bloquear el efecto compresivo antes mencionado (8), y al mismo tiempo evita una nueva intervención en los pacientes, así como disminuye el tiempo de hospitalización de los mis-



Figura N° 3. Paciente con defecto en fase de epitelización

mos, y sobre todo porque este tratamiento contribuyó a salvar la vida de los pacientes, cuya mortalidad por onfalocele es muy alta en nuestro medio.

Por los resultados parciales obtenidos en estos dos pacientes, consideramos que el uso de la bolsa de transfusión sanguínea reemplazaría perfectamente al silo de Silastic recomendado por Schuster, y que la complementación de esta técnica con un parche de poliéster, en los casos que no se puede cerrar el defecto por amplitud del mismo, podría ser considerado como una alternativa al problema, ya que estimula la formación de un tejido de granulación que sella el defecto.

La literatura refiere de que estos niños podrían presentar en el futuro cuadros de obstrucción intestinal por adherencias como cualquier otro paciente que ha padecido problemas o intervenciones intraabdominales (11).

En conclusión, el uso del parche de poliéster contribuyó en estos casos a solucionar el problema del defecto de la pared abdominal después de la reducción del onfalocele, fue una buena alternativa al uso de otros materiales como el propiltetrafluoroetileno y el propileno, los cuales son muy costosos y porque permitió sellar el defecto con un tejido de granulación que impidió la eventración, redujo el tiempo de hospitalización y evitó reintervenciones.

REFERENCIAS

1. De Gracia E., Accierno C., Gurriero G. Orientamenti attuali trattamento della gastroschisis. *Minerva Pediatrica* 1988, 40 (12): 701-704.
2. Gierup Olsen, Lundkvist K. Aspects on the treatment of omphalocele and gastroschisis. Twenty year's clinical experience. *Kinderchirurg* 1982, 35: 3-6.
3. Gross G. R. *Cirugía Infantil. Principios y técnicas.* Salvat Editores. Barcelona 1956: 428-444.
4. Michalevicz D, Chaimoff Ch. Use of a Silastic Sheet for widening the abdominal cavity in the Surgical Treatment of Diaphragmatic hernia. *J. Ped. Sug.* 1989, 24, 3: 265-266.
5. Montalvo Marin A, Martínez F. L. Una alternativa al Silastico en la reparación de la gastroschisis. *Pediatría Quirúrgica Panamericana.* 1987; 1 (1,4).
6. Sttone H. H. Immediate permanent fascial prothesis for gastroschisis and massive omphalocele. *Gyn. Obst. Surg.* 1981, 152: 222.
7. Towne B, George P, Chang J. The problem of Giant Omphalocele. *J. Ped. Surg.* 1890, 15 (4): 543-547.
8. Billmire D. F, William H, Weintromb J. Abdominal Wall abnormalities in Current practice of Pediatric Surgery. *Churchill Livingstong* 1993; 5, 11.
9. Noon G. P, De Bakey E. M. De Bakey Dacron Prothesis and filamentous Velour Graft in vascular Grafts. *Appleton Grafts:* 178-184.
10. Losty P. D. *Pediatric Surgery.* British Medical Journal 1999, 318: 1672-1679.
11. Davies Brian, Shiers M. *Gastrochisis Survivors Archives of diseases in Childhood.* 1997, 7:158.