

Datos Clínicos

GASTROSQUISIS: REPORTE DE UN CASO

Dra. Judith Bustillo Alarcón

Ginecóloga-Obstetra Hospital San Pedro Claver

Dra. Sonia Bustillo Alarcón (2)

Médico Pediatra Hospital del Niño Sor Teresa Huarte

Dr. Luis Miguel Guzmán

Residente II año Obstetricia y Ginecología Hospital San Pedro Claver

Palabras Clave: Gastrosquisis, Defecto de Pared Abdominal.

Key Words: Gastroschisis, Abdominal wall defect.

SUMMARY

The gastroschisis is a fault of the abdominal wall that determines the exhibition of the entrails to the amniotic liquid which is very irritating, causing edema and engrosamiento of the intestinal wall and inclusive expansion of the intestine. One presents the case of a newborn child of 37 weeks of gestation, without prenatal diagnosis of gastroschisis, who happens during the birth, is stated gone out on the outside of great part of the small intestine and stomach, is controlled surgically (the abdomen is closed). Nevertheless, it evolves unfavorably and expires some days after the intervention.

RESUMEN

La gastrosquisis es un defecto de la pared abdominal que condiciona la exposición de las vísceras al líquido amniótico el cual es muy irritante, causando edema y engrosamiento de la pared intestinal e inclusive dilatación del intestino.

Se presenta el caso de un recién nacido de 37 semanas de gestación, sin diagnóstico prenatal de gastrosquisis, el cual se verifica durante el nacimiento, se constata salida al exterior de gran parte del intestino delgado y estómago, se interviene quirúrgicamente (se cierra el abdomen). Sin embargo, evoluciona desfavorablemente y fallece días después de la intervención.

INTRODUCCION.-

La gastrosquisis es una malformación cuya incidencia ha aumentado en todo el mundo, se presenta con una frecuencia de 1 por cada 5000 nacidos vivos (1), generalmente se presenta en recién nacidos a término, de peso bajo para la edad gestacional y no rara vez se acompaña de malformaciones incompatibles con la vida (2).

Usualmente, existe una abertura menor de 5 cm. de diámetro en la pared abdominal situada a la derecha del cordón umbilical, que permite la exposición del

estómago, intestino delgado, intestino grueso y otros órganos del abdomen, esto ocurre durante la etapa fetal (3). Durante la cuarta semana de desarrollo, los pliegues laterales del cuerpo se mueven hacia el centro y se fusionan en la línea media para formar la pared abdominal anterior. La fusión incompleta resulta en un defecto que permite que las vísceras abdominales protruyan a través de la pared abdominal. Los intestinos típicamente se hernian a través de los músculos rectos abdominales (4).

Existen informes de gastrosquisis izquierda hasta en un 6% (5,6). Debido a la evisceración in útero, casi siempre existe inflamación y edema del peritoneo visceral y acortamiento real o aparente de la longitud intestinal. Se han descrito diversas complicaciones ante y posnatales como atresia, sepsis, isquemia y perforación intestinal por acodamiento de las arterias nutricias 4, casi siempre de funestas consecuencias. (5)

La gastrosquisis puede detectarse a través de un resultado anormal en el examen sérico de la madre o puede observarse en una ecografía (8) protuberancia en el abdomen e intestino que protruye a través de la pared abdominal cerca del cordón umbilical. El examen físico del recién nacido es suficiente para hacer el diagnóstico de gastrosquisis. Además, la madre pudo haber mostrado signos que indicaran la presencia de líquido amniótico excesivo (polihidramnios) (9).

El recién nacido necesitará cirugía poco después del nacimiento para colocar los órganos abdominales dentro del cuerpo y se le corrija la hernia (8).

CASO CLINICO.-

Paciente de 21 años de edad, procedente del área rural, primigesta, sin controles prenatales, con edad gestacional de 33 semanas por fecha de última menstruación, acude al Hospital San Pedro Claver por presentar contracciones uterinas: 3/10min/40seg.

Examen obstétrico: Altura uterina 30 cm., situación longitudinal, dorso derecho, presentación cefálica, frecuencia cardíaca fetal de 144 latidos por min., presión arterial 110/60 mm Hg.,

Indice de Bishop con puntaje de 8. Se produce parto vaginal, obteniéndose un recién nacido de sexo femenino, con apgar de 7 al minuto y 9 a los 5 minutos, peso 2400 grs., talla 47 cm., con defecto de pared abdominal (Gastrosquisis) por donde emergen asas intestinales y estómago. Por test de Capurro y test de Usher edad gestacional de 37 semanas. FOTO 1, FOTO 2.

La madre sin antecedentes personales, patológicos y familiares de interés.

Inmediatamente se cubren las asas intestinales protuidas y es derivado a la Unidad de Terapia Neonatal. Es sometido a cirugía, se cierra el abdomen colocándose los órganos expuestos en su interior; Evoluciona desfavorablemente y fallece días después de la intervención.

FIGURA N° 1



FIGURA N° 2



FIGURA N° 3



DISCUSION.-

La gastrosquisis es una anomalía congénita con alta mortalidad, con una frecuencia de 1/15.000 nacidos. (10) Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) calculan que todos los años nacen alrededor de 1,871 bebés con gastrosquisis en los Estados Unidos. (8)

La incidencia de presentación es variable y puede ser de 1 en 5,000 hasta 1 en 3,000 nacidos vivos, y el 10% de estos pueden presentar atresia intestinal. (3) La asociación de gastrosquisis y múltiples atresias de intestino, suboclusión duodenal por bandas de Ladd y malrotación intestinal es un evento extraordinariamente raro y de consecuencias casi siempre fatales. (11)

La frecuencia de gastrosquisis se asocia con madres primerizas precoces y/o un bajo número de embarazos. La gastrosquisis se asocia a otras malformaciones aproximadamente en el 10% de los casos, es levemente más frecuente en varones que en mujeres. (12) Se reportan algunos factores que afectan el riesgo de tener un bebé con gastrosquisis, los embarazos de alto riesgo, tales como los complicados con infecciones genitourinarias, madres adolescentes, uso de cigarrillos, abuso de droga, (4) el consumo de ibuprofeno durante el embarazo (13) o cualquier otro factor que contribuya a producir recién nacidos de bajo peso puede incrementar la incidencia de gastrosquisis, ya que esta es más frecuente en recién nacidos pequeños para la edad gestacional. Bien sea que el retraso del crecimiento intrauterino contribuya a incrementar la posibilidad de desarrollar gastrosquisis, o que la presencia de gastrosquisis entorpezca el crecimiento intrauterino, es una distinción que aún no está clara. (4)

La gastrosquisis puede presentarse de forma esporádica (4), aunque en ciertas familias se relaciona a la herencia multifactorial (4,14). Algunos autores han sugerido que puede ser inducida por la acción de un agente ambiental al cual estuvieran expuestos los fetos afectados durante el período de embriogénesis, encontrándose entre estos factores, el consumo de alcohol (14, 15), el hábito de fumar y algunas enfermedades virales (15). El alcohol etílico es el principal componente de las cervezas, vinos y aguardientes, al ser ingerido atraviesa libremente la placenta (4) y debido a su efecto vasodilatador (16) pudiera pro-

vocar posteriormente la gastrosquisis, evento comprobado en monos (15).

Su patogenia no es bien conocida; sin embargo, el mecanismo patogénico más probable se explica actualmente por accidentes vasculares, como la interrupción o disminución del flujo sanguíneo a través de la arteria onfalomesentérica (15, 17), que provoca después de una embriogénesis gastrointestinal normal, infarto y necrosis paraumbilical (14, 18) con cierre incompleto de las paredes abdominales laterales y la subconsecuente salida al exterior del intestino, hecho que según la mayoría de los embriólogos ocurre en la séptima y la décima semanas de gestación (19).

Si se diagnostica gastrosquisis antes del nacimiento, las gestantes necesitan una vigilancia especial para garantizar que el feto permanezca saludable. Se debe hacer planes para realizar un parto cuidadoso y un manejo inmediato del problema después del nacimiento. (9)

Identificada la malformación, es necesario cubrirla, ya que en la medida que pasan las horas la exposición de la serosa peritoneal al medio ambiente predispone a la pérdida de calor y agua por evaporación y eleva en forma importante la posibilidad de infección. (2) No se recomienda colocar compresas húmedas sobre los defectos de la pared abdominal pues una vez se secan se adhieren y por otra parte no previenen la pérdida de líquidos y de calor. Recomendamos introducir el contenido del defecto en una bolsa de viaflex estéril; así se disminuyen la pérdida de líquidos y de calor, se evita la contaminación y las asas pueden ser observadas durante el transporte. Debe colocarse una sonda orogástrica gruesa para descomprimir el intestino. (1)

Si la gastrosquisis es pequeña (solo sobresale del abdomen una parte del intestino), por lo general se trata con cirugía poco después del nacimiento para colocar los órganos en su lugar y cerrar la abertura. Si es grande (muchos órganos afuera del abdomen), la cirugía correc-

tiva se puede hacer más lentamente por etapas. Los órganos expuestos se pueden cubrir con un material especial e introducirse poco a poco en el abdomen. Después de que todos los órganos han sido puestos en su lugar, se cierra la abertura. Los recién nacidos con gastrosquisis a menudo necesitan de otros tratamientos, como alimentación intravenosa, antibióticos para prevenir infecciones y una observación constante de su temperatura corporal. (20,21)

Durante su corrección puede haber compromiso respiratorio³ y de perfusión de órganos, debido al aumento de la presión intraabdominal, y muchas veces es imposible el cierre primario quirúrgico. (10)

Los avances recientes en el cuidado intensivo neonatal así como con las técnicas quirúrgicas modernas han permitido llevar la sobrevivencia de estos pacientes de aproximadamente 60% a 90% en los últimos años. (4)

La morbilidad de esta malformación se relaciona de forma muy cercana a la presencia de otras malformaciones así como a complicaciones de la herida o del propio intestino. Los pacientes frecuentemente requieren más de una cirugía. (4)

BIBLIOGRAFIA.-

1. www.sccp.org.co/plantilas/Libro. Pared abdominal. Onfalocele y Gastrosquisis.
2. ALFONSO CAE, DÁVALOS FEH, GUERRA AT, RODRÍGUEZ IB. Incidencia y factores asociados a mortalidad en recién nacidos con gastrosquisis en el Hospital Universitario Dr. José E. González. Med Universit 2005; 7:71-5.
3. www.pedsurg.com.pe/Gastrosquisis.
4. 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.
5. HERNÁNDEZ MG, MENDOZA ECC, YLLESCAS EM, MACHUCA AV, AGUINAGA MR. Gastrosquisis izquierda: primer reporte mexicano y revisión de la literatura. Perinatol Reproduc Hum 2009; 23:214-8.

6. CANIANO AD, BROKAW B, GINPEACE EM. An individualized approach to the management of gastroschisis. *J Pediatr Surg* 1990; 25:297-300.
7. RYCKMAN J, ASPIRTO A, LABERGE MJ, SHAW K. Intestinal congestion as a complication of elective silo placement for gastroschisis. *Semin Pediatr Surg* 2009; 18:109-12.
8. PARKER SE, MAI CT, CANFIELD MA, RICKARD R, WANG Y, MEYER RE, et al; for the National Birth Defects Prevention Network. Updated national birth prevalence estimates for selected birth defects in the United States, 2004-2006. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2010 Sept 28.
9. www.monografias.com Biología. Gastrosquisis.
10. www.elsevier.es Gastrosquisis inviable neonatal.
11. www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?..Gastrosquisis asociada a múltiples malformaciones intestinales.
12. es.wikipedia.org/wiki/Gastrosquisis
13. BIRD TM, ROBBINS JM, DRUSCHEL C, CLEVES MA, YANG S, HOBBS CA, & the National Birth Defects Prevention Study (2009). Demographic and environmental risk factors for gastroschisis and omphalocele in the National Birth Defects Prevention Study. *J Pediatr Surg*, 44:1546-1551.
14. RL, YANCHAR NL; Canadian Pediatric Surgical Network. Impact of maternal substance abuse and smoking on children with gastroschisis. *J Pediatr Surg*. 2008; 43(5):879-83.
15. WERLER MM, MITCHELL AA, SHAPIRO S. Demographic, reproductive, medical and environmental factors in relation to gastroschisis. *Teratology*. 1992; 45:353-60.
16. VAN ALLEN MI. Structural anomalies resulting from vascular disruption. *Pediatr Clin North Am*. 1992; 39(2): 255-77.
17. MARTIN RW. Screening for fetal abdominal wall defects. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1998; 25(3):517-26.
18. TORTS CP, CURRY C, ROEPER P. Gastroschisis. *J Pediatr*. 1990; 116(1):1-6.
19. ESPINOSA RA. Efecto de la ingesta aguda de alcohol en la función ventricular
20. Parker SE, Mai CT, Canfield MA, Rickard R, Wang Y, Meyer RE, et al; for the National Birth Defects Prevention Network. Updated national birth prevalence estimates for selected birth defects in the United States, 2004-2006. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2010 Sept 28. [Epub ahead of print]
21. WILLIAMS LJ, KUCIK JE, ALVERSON CJ, OLNEY RS, Correa A. Epidemiology of gastroschisis in metropolitan Atlanta, 1968 through 2000. *Birth Defects Res A*. 2005; 73:177-83