

Sr. COORDINADOR. Tiene la palabra la Dra. María Teresa Cabrera Roca.

POSIBILIDADES QUIRURGICAS EN LOS PREMATUROS

Dra. María Teresa Cabrera Roca.

El prematuro, por su misma inmadurez, presenta un problema con fisiología y fisiopatología propias. La detención del desarrollo en algunos órganos o aparatos integrando el cuadro de los malformados congénitos, presentan en algunas de sus modalidades, posibilidades de que la cirugía pueda reparar o mejorar su déficit.

A ello se agregan cuadros de la patología inflamatoria, tumoral o traumática, que no diferirán de las de un recién nacido a término, más que por el terreno en que ellos se asientan. Este, es capaz de dar características particulares, cuyo conocimiento dará la clave del éxito y cuyo desconocimiento se paga indefectiblemente con el fracaso.

El prematuro ha sido exhaustivamente estudiado en nuestro medio por el Prof. Euclides Peluffo y el Dr. Obes Polleri, este último autor en su monografía comprende el trabajo de investigación seguido con sus colaboradores en la "Casa del Niño". Su idea de aplicar al prematuro las mismas normas que al lactante y al niño mayor en el campo de la cirugía, nos ha permitido este modesto comienzo de entreabrir la puerta a tan vasto y promisorio campo. Con anterioridad el Prof. Agdo. Curbelo Urroz, era llamado cuando se presentaba un problema quirúrgico notorio. Nosotros concurrendo regularmente, hemos podido seleccionar el material quirúrgico de cuadros que no por no tener una urgencia manifiesta, dejan de constituir un problema y evitar con intervenciones precoces y correctamente indicadas, complicaciones ulteriores. Estamos al comienzo del camino. Pensamos que en el futuro, podremos encontrar en esas malformaciones que dejan un intervalo libre sin manifestaciones, una solución quirúrgica adecuada. Ya hemos hecho diagnósticos en ese sentido y esperamos que la búsqueda sistemática, ha de darnos mayor material.

El problema quirúrgico del recién nacido, prematuro o no, como ha dicho el Dr. Curbelo en el relato, deben encararse de

acuerdo al cuadro clínico, que lo haga objeto de una sanción quirúrgica inmediata o diferida pero siempre precoz. En el gran capítulo de las malformaciones del prematuro, debemos tener en cuenta que algunas de estas pueden estar ligadas a las propias noxas que le dieron origen y otras a la falta de total desarrollo en el momento de su nacimiento, lo que estaría de acuerdo con el alto porcentaje de hernias inguinales y umbilicales, muchas de ellas de gran volumen.

Los pié bots, sobre todo varus equino, son frecuentes; precozmente tratados obedecen bien a la terapéutica ortopédica, lo que nos hace pensar que no debe ser ajeno a ello su inmadurez.

Otro capítulo lo constituye las infecciones, onfalitis, celulitis difusas y sobre todo peritonitis del prematuro. Con los antibióticos de amplio espectro como la cloromicetina y aureomicina; el soporte parenteral (plasma, soluciones salino-potásicas) sondas en el tracto digestivo, depletivas, permiten combatir tanto la infección como el ílio paralítico. Tenemos dos casos tratados con los Dres. Magno y Salgado Lanza, con éxito.

Aunque, aún no disponemos de un Servicio Radiológico bien montado lo que dificulta nuestra labor, y debemos operar los niños en la Clínica Quirúrgica Infantil del Hospital Pereira Russell, hemos podido catalogar una serie de afecciones:

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. hernias inguinales | 10. osteomielitis |
| 2. umbilicales | 11. úlcera duodenal |
| 3. peritonitis | 12. malformaciones pulmonares |
| 4. onfalitis | |
| 5. quemados | 13. malformaciones digestivas (estómago bilocular) |
| 6. celulitis difusas | 14. eventración diafragmática derecha. |
| 7. pié bots | |
| 8. hidroceles | |
| 9. cardiopatías congénitas | |

(Dr. Faral)

El objeto de nuestra exposición no es hacer una lista de afecciones posibles, ya que la clasificación ha sido brillantemente hecha por el Prof. Ag. Curbelo Urroz; en trabajos posteriores nos ocuparemos de cada caso en particular.

La fisiología y la fisiopatología del recién nacido prematuro y aún del lactante prematuro, es la que impondrá la realidad bio-

lógica del terreno sobre el cuál tendremos que desarrollar nuestra labor.

Gross de Boston, en su artículo en *Surgery Gynecology and Obstetric.*, 1952 y en su libro en 1953, trata por primera vez en la literatura mundial, la cirugía del prematuro.

Refiriéndose a la fisiología y siguiendo a Smith estudia:

1. **Su labilidad térmica.**

2) Su tipo de respiración diafragmática y sin reservas quedan como consecuencia su **fácil anoxia.**

3) Su pulso más rápido, Presión arterial baja, nivel de eritrocitos y hemoglobina descendido, inciden sobre el corazón y reducen sus reservas cardiacas lo que unido a un mal control vasomotor periférico, hacen del prematuro doblemente expuesto a las disminuciones de sangre por pérdida, shock, o deshidratación.

4) Los bajos niveles de proteínas conducen fácilmente al edema y todo unido a los bajos niveles de globulinas y leucocitos lo hacen muy sensible a la infección.

5) Tiempo de coagulación normal, aunque a veces puede estar descendido (déficit de vitamina K) peligro de hemorragia.

6) **Aparato digestivo.**— Debido al incompleto desarrollo de su musculatura, la distensión y aun la rotura, son posibles por mínimas causas. La alta concentración de ácido clorhídrico en un corto periodo del recién nacido, da una posible explicación a las úlceras gástricas y duodenales. Las enzimas están en cantidades normales y habría según Levine Gordon y Marple, incorrecta asimilación de los aminoácidos.

Hay que tener en cuenta, que una prolongada ictericia del recién nacido en ausencia de otra causa, pueden deberse a un déficit de la funcionalidad hepática.

7) **Aparato urinario.**— Débil poder de concentración que propicia la acidosis. Esta reseña fisiológica tiene por objeto llevarnos al concepto de que el organismo del prematuro debe precisar cuidados especiales, para llevar a cabo una intervención con éxito.

Habría dos tipos, o mejor dicho, el tiempo marcaría dos tipos de prematuros: el recién nacido prematuro, donde hay que extremar los cuidados, y el prematuro evolucionado a quien un pediatra especializado ha llevado a condiciones muy parecidas al lactante normal.

Teniendo en cuenta lo dicho en fisiología en el preoperatorio corregimos:

a) Su labilidad térmica: la incubadora permite regular la temperatura. Este problema está en plena revisión, donde se tiende a encarar en ciertos casos, el enfriamiento, que coincidiría con las necesidades del acto operatorio.

b) Oxígeno. Para corregir su anoxia.

c) Plasma. Que previene el shock y equilibria las proteínas. Hidratación a base de soluciones salinas de potasio, que tiene su gran indicación en el postoperatorio (Obes Polleri).

d) Vitamina K. Previene hemorragias.

e) Sonda gástrica que descomprime, permite lavar el estómago y alimentar en algunos casos en el postoperatorio.

Una hora que se pierde en equilibrar el niño, puede ser todo en el éxito de la intervención.

En el **acto operatorio** se requiere:

a) Material adecuado y personal competente para que el acto operatorio se realice en el tiempo previsto.

b) Mesa de operaciones con dispositivos de refrigeración.

c) Anestésista avezado. Oxigenoterapia. Este capítulo ya fue tratado por el Dr. Fernández Oria, con su reconocido conocimiento de la materia.

d) Plasma o sangre, según las necesidades, capítulo ya revisado por el Dr. Amoroso.

e) Tonificación periférica si las circunstancias lo requieren.

Post-operatorio.

Postoperatorio.— El niño es transportado a una incubadora con:

a) Oxígeno;

b) control de temperatura, con dispositivo de refrigeración;

c) vigilancia de las vías respiratorias: aspiración y si hay secreciones, broncoaspiración;

d) aspirar por la sonda gástrica si el caso lo requiere;

e) antibióticos: capítulo importante por la susceptibilidad del prematuro. : Antibióticos de amplio espectro según la técnica de la "Casa del Niño". Donde se han usado cloromicetina y aureomicina por vía intravenosa.

Existe un segundo grupo de niños que constituyen la mayoría de los que transportamos a operar en el Hospital Pereira Rossell, que presentan en su mayor parte, hernias inguinales. La conducta para con esos niños, es si no hay accidentes de atascamiento, estrangulación que indiquen una terapéutica urgente, esperar unos meses que permanecen en la "Casa del Niño" debidamente cuidados y vigilados por pediatras especializados. Luego, tomando como base un criterio evolutivo y en función del desarrollo, que generalmente ha alcanzado su óptimo al cuarto mes, los operamos como si se tratara de un lactante común, y la evolución es buena en todos los casos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— **Duhamel.**— Chirugie du nouveau né et dur nurrisson. 1953. Masson y Cie.
 - 2.— **Gross, R. E.** Ferguson Surgery in Premature Babies Surg fin and Obstetric. Nov. 1952. 95.
 - Gross, R. E.**— The Surgery of Infancy and Childhood. 5. 56. 1953.
 - 3.— **Irene, S. Z.; Gordon, H. H. and Mirple, B. A.**— Defect in the metabolism of Tyrosin and Phenilalanine in premature Infant. II Spontaneous ocurence and eradication by Vitamin C. J Clinic Investigation 20. 209. 1941.
 - 4.— **Morrison, J. E.** Foetal and Neonatal Patologic. London, Butterworth. 1952
 - 5.— **Obes Polleri.**— El prematuro. Garcia Morales Mercant, 1953. Montevideo
 - Obes Polleri y colaboradores.** . Problemas del prematuro. Garcia Morales Mercant, 1953. Montevideo.
 - 6.— **Peluffo, E.**— Lecciones de patologia y clinica del recién nacido. Edit. A. E. M.. Montevideo, 1945.
 - 7.— **Smith, C. A.**— The Physiologie of the Newborn Infant. Edition Charles J. Thomas. Springfield J. Hinois, 1954.
- n—snñ ñ:P:º ashrlshrl d shrdl emwyf emwfyfcmfwyphfwchmfwfycm