

10º CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

MESA REDONDA

CIRUGIA INFANTIL

Viernes 11 de diciembre

TEMA:

ATRESIAS DEL APARATO DIGESTIVO

COORDINADOR:

Dr. RICARDO B. YANNICELLI

PONENCIAS:

"Atresia duodenal congénita": *Dra. M. T. Cabrera Roca.*

PONENTES: *

Dr. Jorge Rodríguez Juanotena.

Dra. Elida Murguía de Roso.

Dr. Jorge Burgel.

Dr. César Arruti.

DISCUSION

* No entregaron sus trabajos a Secretaría para su publicación.

ATRESIA DUODENAL CONGENITA

Dra. MARIA TERESA CABRERA ROCA *

La atresia duodenal, que ocupa hoy un lugar tan destacado entre las malformaciones del aparato digestivo, debe catalogarse entre aquéllas que requieren una sanción quirúrgica lo más *precoz posible*.

No son, como las atresias de esófago, patrimonio de una intervención *ineludible* en las primeras horas de la vida, conducta determinada por la asociación lesional digestivo-respiratoria. El hecho de ser un cuadro digestivo puro, con los caracteres que luego anotaremos, hace que el diagnóstico se haga, a veces, más tardíamente.

Nos dirigimos con especial interés al pediatra especializado en recién nacidos, que es quien puede aportar los casos con mayor precocidad a medida que nos vamos familiarizando con los esquemas diagnósticos claves (esquema I).

•

Esquema I

EMBRIOLOGIA

De 1ª a 5ª semana: Tubo con luz primitiva.

De 5ª a 10ª semana: Luz ocupada por tejido epitelial.

De 10ª a 12ª semana: Reabsorción por vacuolización.

(Defectos de este período: atresias intestinales.)

* Clínica Quirúrgica Infantil, Hospital Pereira Rossell.

Esquema II

ANATOMIA PATOLOGICA

- I) Falta de un segmento sustituido por cordón estrecho fibroso.
- II) Aparente conservación del intestino que no se reanalizó.
- III) Interrupción formada por un diafragma:
 - Por encima: saco ciego.
 - Por debajo: luz mínima por ausencia de funcionalidad.

La parte superior, ciega, por lo general dilatada. La parte inferior debe ser investigada con inyección de suero fisiológico en la luz, para ver hasta dónde es permeable.

Esquema III

ESTUDIO CLINICO

Síndromes funcionales	{	Vómitos	{ Desde el nacimiento.
			{ Biliosos
		Deposiciones	{ Ausencia de meconio.
			{ Cels. de descamación anal.
Síndromes físicos	{	Abdomen	Superior:
			Distendido antes del vómito.
			Plano luego del vómito.
			Inferior:
			{ Plano.

Esquema IV

RADIOLOGIA

(Lipiodol).
Doble bolsa (infradiafragmática).
Desfiladero intermedio.
Falta de gas en intestino inferior.

Esquema V

DIAGNOSTICO POSITIVO

Por clínica	{	Vómitos.
		Ausencia de meconio.
		Signos abdominales.
Por radiología	{	Doble bolsa.
		Ausencia de gas en intestino inferior.

Esquema VI

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Estenosis pilórica	{ Intervalo libre. Vómitos en chorro. Sin bilis.
Estenosis bajas	{ Distensión abdominal.
Compresiones extrínsecas, bridas, malrotaciones.	

Esquema VII

PRONOSTICO

Depende de	{ Malformaciones asociadas. Diagnóstico precoz. Prematurez.
------------------	---

Esquema VIII

TRATAMIENTO QUIRURGICO PRECOZ

Preoperatorio	{ Consulta pediátrica. Intubación gástrica. Venóclisis.
Intervención	{ Duodenoyeyunostomía. Isoperistáltica. Láterolateral.
Postoperatorio	{ Control metabólico (E. C. G.). Vigilancia pediátrica.

En el tratamiento debemos aclarar que, al hablar de control pediátrico, queremos expresar:

Preoperatorio:

- 1) Control metabólico (si no se puede hacer ionograma, ECG seriados: K, Ca, Na).
- 2) Control de proteínas.
- 3) Control de temperatura (gran labilidad).
- 4) Control sanguíneo.

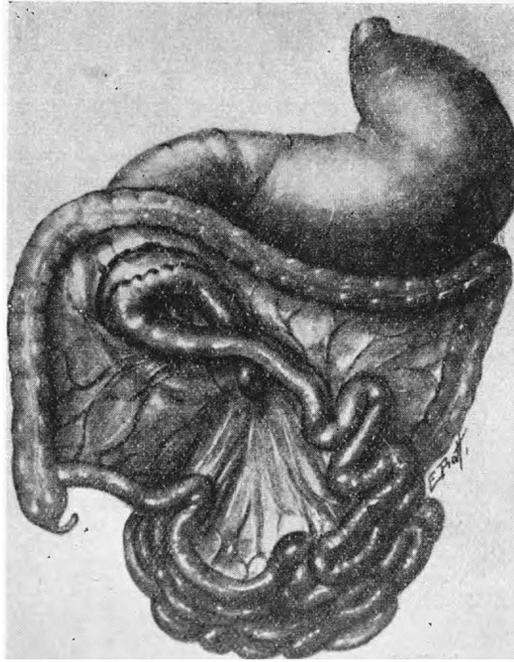


Fig. 1.

- 5) Antibióticos.
- 6) Control de aparatos: respiratorio (antibióticos, nebulizaciones); digestivo (colocación sonda de polietileno); urinario (control de diuresis).

Intraoperatorio:

- 1) Venóclisis (plasma, sangre, suero).
- 2) *Anestesia especializada.*
- 3) Control de temperatura.

Postoperatorio:

- 1) Los mismos cuidados preoperatorios.
- 2) Vigilancia de aparición de deposiciones (examen de material obtenido, investigación de bilis).
- 3) Indicación de alimentación (enteral apoyada en parenteral).

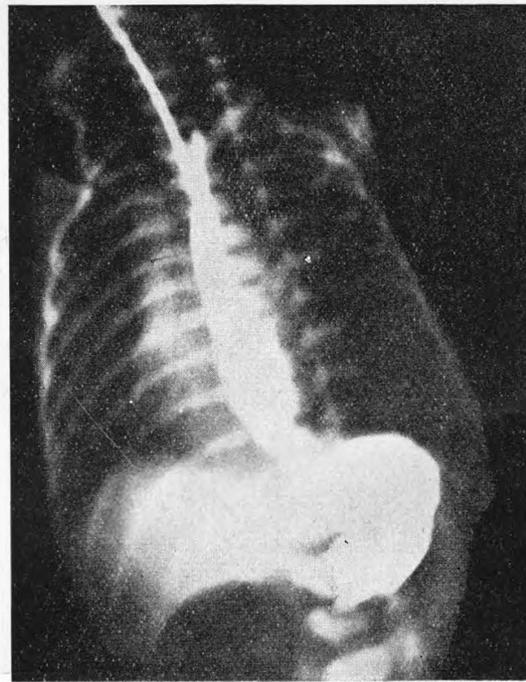


Fig. 2.

Esquema IX

CAUSAS DE MUERTE

- Falla de sutura.
- Malformación asociada.
- Prematurez.
- Oclusión postoperatoria por adherencias.
- Cuadros médicos asociados (respiratorios).

No podemos hablar de estadísticas nacionales cuando los casos operados son muy pocos.

Nosotros operamos uno, realizando una duodenoyeyunostomía.

Se trataba de un prematuro, cuya historia completamente clásica es la del esquema presentado.

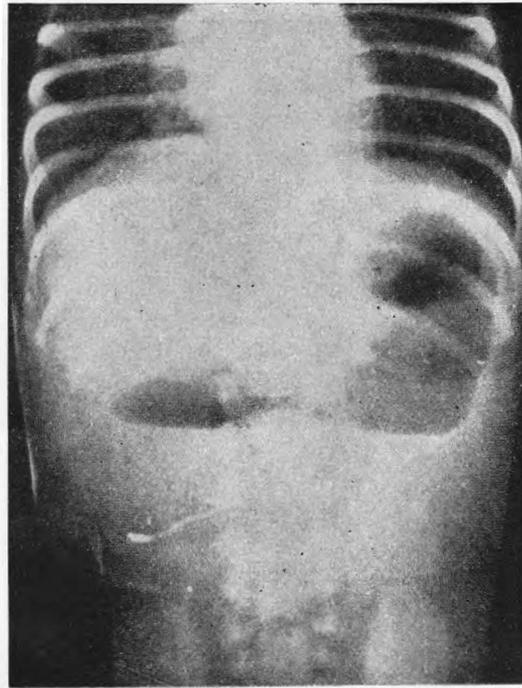


Fig. 3.

- 1º) Se trataba de un prematuro de ocho meses y medio.
- 2º) Fuimos consultados a los cuatro días y medio de vida, presentando un peso de 1 kilo 600 grs.
- 3º) Realizamos una duodenoyeyunostomía con los cuidados pre, intra y postoperatorios antes expresados.
- 4º) Se estableció el tránsito intestinal al tercer día de operado (examen de las materias fecales: Dr. Paseyro).
- 5º) Controles de iones con el electrocardiograma (Dr. Fian-dra).
- 6º) Fallece al sexto día de operado.

Infelizmente no tenemos la certeza de la causa de muerte por no habernos permitido el padre hacer la necropsia. Sabemos, sin embargo, que el abdomen en todo momento fue libre y, aunque no descartamos la dehiscencia de sutura, pensamos que la prematurez con sus problemas propios, así como su cuadro respiratorio, jugaron un papel importante en este desenlace.

Tenemos la impresión de que recién ahora se ha establecido un nexo entre el pediatra especializado en recién nacidos (esto vale, también para el médico del interior y el cirujano). De éste surgirán, a no dudarlo, cada vez más, diagnósticos precoces y, por lo tanto, mayores posibilidades de éxito operatorio.

BIBLIOGRAFIA

- LADD and GROSS.—“Abdominal Surgery of Infancy and Childhood”, 30-31; 1950.
- DUHAMEL, Bernards.—“Chirurgie du nouveau-ne et du Nourison”, 96-97; 1953.
- WANGESTEEN, Owen H.—“Oclusión intestinal”. 1953.
- GROSS.—“Abdominal Surgery of Infancy and Childhood”, 1958.
- GROB, Max. “Patología quirúrgica infantil”, 333-340; 1958.
- KEISEWELTER, W.—“Pre and Post operation care in the pediatric surgical patient”, 1956.
- SALISAALTS, L. Gubern.—Diagnóstico y tratamiento de las malformaciones congénitas en el recién nacido. “Arch. de Ped.”, N^o 41-42. Barcelona, 1957.