

## EL PEDIATRA FRENTE A LOS PROBLEMAS QUIRURGICOS DEL RECIEN NACIDO

*Dr. FERNANDO MAÑE-GARZON*

La morbilidad neonatal por su baja incidencia global hace difícil al médico pediatra generalista adquirir una experiencia útil. La tendencia a centralizar los enfermos pediátricos en los hospitales de niños no se extiende a los recién nacidos para los cuales las nurseries son múltiples y, por ende, de bajo número de recién nacidos mensuales. Las más importantes de ellas, debemos agregar, no son en nuestra capital centros docentes. Todo ello lleva a que la incidencia de enfermos esté aún más diluída creando una dificultad insalvable para el mejor conocimiento de los importantes y fascinantes problemas que plantea la patología neonatal.

Dentro de este panorama con una incidencia dentro de dicha patología muy reducida se inscriben las afecciones quirúrgicas del recién nacido. Razón, pues, demás, para advertir a los médicos y cirujanos de centros medicoquirúrgicos alejados de la capital sobre los aspectos más importantes de su diagnóstico clínico precoz de manera a evacuar rápidamente los enfermos a los centros especializados de la capital.

Si bien la tarea fundamental del médico, no sólo del médico pediatra sino de todo aquel que ejerce la medicina, es contribuir a descender la mortalidad infantil en nuestro país, en aumento durante los últimos años en razón del deterioro económico del que todos sufrimos y somos culpables, mediante el estricto control del lactante durante el primer año de vida, evitando la enfermedad por la alimentación insuficiente y mal suministrada, que conducirá a la infección y a la muerte, no debe desconocer aquellas afecciones que incidiendo en el recién nacido, tienen con un diagnóstico correcto y precoz una perfecta curación por terapéutica quirúrgica.

Nada ganaremos salvando a un niño recién nacido de una grave malformación no compatible con la vida mediante sofis-

ticadas y costosas técnicas quirúrgicas, si se nos mueren cantidad de niños que deberían ser sanos si los pudiéramos salvar de la ignorancia y la miseria.

Comprendiendo, pues, la situación del problema, es de importancia saber reconocer las afecciones que con máscara a veces proteiformes configuran síndromes que deben hacer pensar en la patología de sección quirúrgica del recién nacido.

Y es necesario recordar que la cirugía en esta edad de la vida no es como en edades posteriores una cirugía de *involución* o de *exéresis*, sin una cirugía de *evolución*, es decir incide en la evolución, en el desarrollo del niño, por lo cual es una cirugía que correctamente indicada, cubiertos los riesgos que se presenten, la mayoría de ellos generalmente evitables, constituye una cirugía auténticamente preventiva, pues se realiza antes de iniciarse la función.

## SIGNOS CLINICOS DE PRESENTACION

La presentación de la enfermedad quirúrgica del recién nacido es generalmente un solo sintoma o un solo signo. No debemos, pues, despreciarlo. En muchos casos serán el único hilo que nos conduzca a un diagnóstico precoz y correcto. Sin ser demasiado alarmistas, no atribuyamos a causas banales un signo que se reitera, que persiste, que se acentúa. La observación sin premura del pequeño enfermo, su inspección minuciosa, los datos del personal de enfermería deben ser cuidadosamente valorados.

Veamos cuáles pueden ser dichos elementos clínicos de presentación, de orientación diagnóstica.

### 1) *Respiratorios*

Toda la patología aguda neonatal puede manifestarse por alteraciones del ritmo y la eficacia respiratoria. No creemos fácil en muchos casos distinguir las causas *médicas* (daño cerebral, insuficiencia respiratoria idiopática u de otras causas pulmonares, causas cardiocirculatorias, etc.), de aquellas de causa *mecánica* y por ende de sanción quirúrgica. Algunos aspectos clínicos y determinadas exploraciones diagnósticas pueden fácilmente ayudarnos a individualizarlas.

*Cianosis.* La cianosis fácilmente compensada por el oxígeno, que instalada desde el nacimiento, sin gran tiraje intercostal y esternal, sin signos neurológicos, debe hacernos pensar en su posible origen mecánico: por disminución del área de intercam-

bio gaseoso pulmonar por colonización del tórax de las vísceras abdominales (por ejemplo, hernias diafragmáticas tipo Bockdaleck o Morgagni); por displasia bronquial con la instalación de enfisema lobar a tensión, por un neumotórax extenso o a tensión.

*Polipnea.* Un ritmo respiratorio acelerado, sin causa general evidente, debe también hacer pensar en las eventualidades ya reseñadas en sus etapas iniciales o aparentemente compensadas.

*Asimetría torácica.* Es otro signo de valor que nos habla del sufrimiento mecánico de mecanismo tensorial de un hemitórax, con la posibilidad de desplazamiento mediastinal.

*Tirajes.* Los tirajes intercostales, expresión de obstrucción respiratoria puede ser otro signo de orientación, aunque su mayor intensidad se ve en afecciones médicas (membrana hialina).

La semiología física torácica del recién nacido puede en algunas circunstancias conducirnos a un diagnóstico (timpanismo, síndrome en menos, etc.), pero una radiografía de tórax nos conducirá rápidamente al diagnóstico.

## 2) Digestivos

Los signos de la esfera digestiva constituyen los más frecuentes de observar, sin por ellos dejar de admitir la frecuencia de estos síntomas, de origen banal. Sin embargo, como ya lo hemos indicado, una correcta observación clínica permitirá una orientación acertada y justa.

*Vómitos.* Signo príncipes de la patología quirúrgica del recién nacido. Antes que nada debemos tener presente el vómito reiterado del recién nacido por falta de continencia funcional cardioesofágica. Es un signo muy frecuente, tanto más frecuente cuanto más inmaduro es el niño; es característico de aquellos con bajo peso al nacer, en particular los prematuros, sin por ello llegar a dejarse de observar en recién nacidos de término. El niño se alimenta bien, con avidez mismo; pero momentos después, en general al ser puestos nuevamente en su cuna, vomitan prácticamente todo lo ingerido, sin arcadas, sin esfuerzo, lentamente. El peso se detiene, incluso baja, los antispasmódicos no surgen efecto, se corrige la aerofagia, sin por ello suprimir el síntoma espoliador. Sin embargo, el tratamiento es sumamente simple: estos niños deben de "vivir" sentados, colgados preferentemente en una hamaca. Con ello inmediatamente desaparecen los vómitos, que en realidad no son tales, pues es la falla del esfínter cardioesofágico lo que produce la pérdida del alimento. Si se estudia radiológicamente a estos enfermos mediante la posición de Trendelenburg, se visualizará el reflujo gastroesofágico. Demás está decir que estos casos

de prolongarse, cosa poco frecuente, pues es generalmente una inmadurez funcional rápidamente restablecida, deben vigilarse estrictamente por la posibilidad de la instalación de un reflejo permanente con el riesgo de esofagitis retráctil, eventualidad que debe evitarse con un diagnóstico y tratamiento quirúrgico precoz.

Pero los vómitos pueden ser reales y de tipos cuyas características orientaran con seguridad al clínico.

Una distinción especial debe hacerse frente al recién nacido que al intentar alimentarse por primera vez, ya sea al pecho o con mamadera, expulsa inmediatamente lo ingerido. Muchas veces el alimento expulsado tiene un carácter muy particular: es espumoso. Pero existe un signo más general: frente a un recién nacido que respira mal, con la nariz y la boca llenas de secreciones, tiene una atresia de esófago hasta prueba de lo contrario (Potts). Estos signos, que más que el médico debe conocer bien la enfermera o la nurse encargada de la nursery, hacen plantear inmediatamente el diagnóstico de atresia del esófago, con fístula bronquial. El pasaje de una sonda al estómago se hace imposible, aunque pueda a veces esta maniobra inducir a error, pues pueden ocurrir tres eventualidades: la sonda se ve impedida en descender y confirma la sospecha diagnóstica; o la sonda parece pasar al estómago, pero lo que hace es arrollarse en el cabo proximal del esófago ciego e induce al error de creer que estamos en el estómago (puede aspirarse y ver si hay líquido de secreción gástrica de reacción ácida o no); y una tercera posibilidad, más rara aún, es que la sonda luego de llegar al fondo esofágico ciego se introduce por la fístula bronquial. Frente, pues, a la dificultad de ingestión, con expulsión inmediata del alimento, espumoso el vómito o no, debemos de ir al estudio radiológico simple primero que nos puede mostrar el fondo de saco esofágico o contrastado, pero no con *barita* (causa de complicaciones atelectásicas pulmonares graves), sino con productos hidrosolubles.

Los vómitos proyectados, en chorro son característicos de una característica afección del recién nacido: la hipertrofia congénita del píloro, signo que unido a la palpación de la "oliva pilórica" sellan el diagnóstico de dicha enfermedad. Los vómitos biliosos, abundantes son típicos de síndromes oclusivos infra-vaterianos: atresia de duodeno o de intestino delgado, cuyas características radiológicas son bien conocidas y permiten una rápida identificación.

*Distensión abdominal.* Este síntoma debe jerarquizarse con énfasis. Frente a cualquier recién nacido que presenta distensión abdominal debe orientarse el diagnóstico a la posible afección quirúrgica, con las características de síndrome oclusivo alto si se acompaña de vómitos, baja cuando no presenta esta

signología. Aunque puede verse en afecciones médicas variadas, a veces difícil de establecerse su patogenia, la distensión abdominal debe ser siempre valorada como signo de posible afección quirúrgica, ya sea como expresión de afección malformativa: atresia, malrotaciones, vólvulos, ya como expresión de patología neonatal adquirida (siempre excepcional): peritonitis, perforaciones, etc.

*Falta de expulsión de meconio.* En el interrogatorio rutinario del médico que examina al recién nacido, la pregunta de si expulsó meconio es de rigor. La falta de expulsión después de las 48 horas de vida debe llevar inmediatamente a pensar en el diagnóstico de una perforación anorrectal y explorarse por medio de una sonda el orificio anal y el recto y realizar eventualmente estudios radiológicos.

*Materias no coloreadas.* Excepcional de presentarse en los primeros días, motivo de discusión sobre el problema del meconio no coloreado; pero las materias no coloreadas obligan a pensar en las ictericias malformativas o pseudomalformativas. Las trataremos al considerar las alteraciones de coloración del recién nacido.

### 3) *Malformaciones tumorales externas*

Sus tipos y características patológicas son muy variadas y llevarían a tratar muchas afecciones de muy diversa índole. Creemos, sin embargo, oportuno considerar algunas de ellas, cuyo diagnóstico debe considerarse urgente con relación a su tratamiento.

a) *Tumores respiratorios previos*, que dificultan la normal ventilación; el tumor epignato, es decir tumor que tomando origen en el paladar hace saliencia al exterior impidiendo la respiración y que una extirpación inmediata por el obstetra salva la vida del recién nacido. Hemos observado un caso necrótico en el que lamentablemente el no conocimiento de las características del origen topográfico del tumor no permitió la extirpación a los técnicos actuantes.

b) *Teratoma sacrococcígeo*. Dichos tumores, presentes ya algunas veces al nacimiento, de evolución maligna en muchos casos, deben llevar a su extirpación inmediata.

c) *Onfaloceles*, cuyo conocimiento es de primordial importancia para una conducta quirúrgica adecuada.

d) *Meningoencefaloceles*, cuyo conocimiento es importante de manera a no incurrir en improvisaciones, pues debe dejarse su tratamiento a una cirugía altamente especializada.

e) *Angiomas*. Muy especial cuidado debe tenerse frente a dichas malformaciones vasculares. Los angiomas comunes,

no deben *nunca* operarse, pues tienen una historia natural muy precisa: crecen hasta el año de edad, de esta fecha hasta el segundo año quedan detenidos y luego van desapareciendo lenta y completamente. Aquellos angiomas situados en los labios mayores de la vulva pueden tener indicación quirúrgica, pues están expuestos a ser ulcerados por el amoníaco originado de la orina. Sin embargo con una higiene adecuada de la región perineoglútea se logra llevarlos a su involución natural.

#### 4) Coloración

Dos cambios de coloración son de primordial importancia a considerar: la anemia clínica y la ictericia.

La *anemia clínica* en un recién nacido que no ha presentado hemorragia externa (por el cordón mal ligado, enterorragia) debe conducir a pensar en la rotura de víscera: hígado o bazo. Su diagnóstico precoz es imprescindible, pues lleva rápidamente a la muerte. Mucho más frecuente la rotura de hígado, pero puede verse la rotura de bazo, que plantea el problema de la esplectomía a esta edad de la vida, causa de infección mortal fulminante en algunos casos, como pudimos observar en un caso publicado por nosotros (Portillo et al., 1960).

*Ictericia.* Descartadas las ictericias de causa médica, de gran importancia como por incompatibilidad sanguínea Rh, de grupo ABO u otros, así como expresión de infección sistémica neonatal, dos eventualidades clínicas tienen importancia en la cirugía del recién nacido. Una es la ictericia acompañando a la hipertrofia pilórica y que nosotros hemos descrito por primera vez asociada a malrotación intestinal (Mañé-Garzón y Lattaro, 1961). Es una ictericia por bilirrubina indirecta, cuya patogenia es compleja y difícil. La otra ictericia obstructiva tipo malformativa y seudomalformativa. En muchos casos, el estudio clínico y paraclínico permite diferenciar estas dos eventualidades y adecuar perfectamente la conducta terapéutica quirúrgica en el caso de ser verdaderamente malformativa, médica en el caso de ser seudomalformativa. Pero en un porcentaje variable de casos que puede llegar hasta el 20 %, es imposible por los medios paraclínicos disponibles diferenciar entre una obstrucción malformativa (atresia biliar) o una obstrucción seudomalformativa (hepatitis neonatal).

En estos casos proponemos, siguiendo a Thales y Gellis (1968), la siguiente orientación tentativa:

- I) Biopsia hepática. Marcada proliferación biliar y fibrosis periportal con poco disturbio parenquimatoso: atresia biliar.
- Desorganización parenquimatoso: hepatitis neonatal.

Permite diagnosticar eventualidades raras: enfermedad por inclusiones citomegálicas, herpes sistémico, enfermedades por depósito anormal (glucogenosis, lipoidosis, etc.), cirrosis neonatal, atresia biliar intrahepática.

II) Excreción fecal del rosa de bengala I<sup>31</sup>. Debe hacerse en todo niño con bilirrubina mayor de 4 mgr. %.

Si la excreción es menor del 10 %, esperar tres a cuatro semanas y hacer nuevo test: en la hepatitis neonatal aumentará la excreción. Este método permite identificar el 80 % de las hepatitis neonatales.

III) Si no se dispone del método del rosa de bengala I<sup>31</sup>. Hacer estudios seriados de bilirrubina durante los dos primeros meses de la aparición de la ictericia.

Si la bilirrubina conjugada es menor de 4 mgr. %, significa que hay drenaje biliar y hace muy excepcional el diagnóstico de atresia de vías biliares.

Entre el segundo y el tercer mes de inicio de la ictericia la bilirrubina y las fosfatasas alcalinas comienzan a descender en las hepatitis neonatales.

Magnesemia: hipomagnesemia: atresia biliar. Magnesemia normal: hepatitis neonatal.

Esta conducta expectante está permitida, pues el desarrollo de la cirrosis en la atresia biliar no está en función del tiempo durante los primeros cuatro meses de vida y, de ser levantado el obstáculo al drenaje biliar, la cirrosis es reversible.

#### *Signos presuntivos de malformación*

A los elementos enunciados creemos importante tener presente que existen algunos signos que hacen presumir la existencia de malformaciones congénitas, por lo cual al examinar un recién nacido deben tenerse presentes:

- a) enfermedad materna durante el primer trimestre del embarazo;
- b) prematuridad;
- c) hidramnios. Sabemos la relación, en especial con las atresias digestivas;
- d) falta de una arteria en el cordón umbilical.

Estos elementos cuidadosamente valorados permitirán adelantarse en algunos casos a la exteriorización evidente de una malformación.

### *Signos presuntivos de traumatismo obstétrico*

Tienen valor en cuanto a condicionar afecciones quirúrgicas adquiridas en el momento del parto (rotura de vísceras parenquimatosas, como hígado o bazo; perforación de estómago):

- partos prolongados;
- fetos grandes;
- postmaduros.

Sinopsis de la patología quirúrgica más frecuente del recién nacido.

#### A) *Afecciones respiratorias.*

##### 1. Extratorácicas:

- Fisuras labiopalatinas. Con todas las discusiones que ha dado y sigue dando lugar, preferimos el cierre urgente de las figuras externas por razones estéticas, a fin de hacer "aceptable" al recién nacido.
- Síndrome del primer arco branquial. Tratamiento preferentemente postural (Jantana et al., 1967).
- Atresia de coanas. Es diagnóstico el bloqueo al pasaje de sonda nasal.
- Obstrucciones laríngeas, que pueden requerir traqueotomías de urgencia.

##### 2. Intratorácicas:

- Enfisema lobar hipertensivo (Peña y Arruti, 1967).
- Otras malformaciones broncoalveolares.
- Neumotórax.
- Neumotodiastino.

#### B) *Afecciones digestivas.*

- Atresia del esófago.
- Atresia de duodeno e intestino delgado (Rosa, 1968).
- Malrotación.  
Malrotación e ictericia (Mañé-Garzón y Lattaro, 1961).
- Atresia anorrectal.
- Ileo meconial.
- Atresia de vías biliares.
- Onfalocele.
- Hipertrofia pilórica (Arruti y Peña, 1968).



### C) *Afecciones urogenitales.*

Si bien no configuran una cirugía de sección u obligatoria en el período de recién nacido, su diagnóstico debe realizarse correctamente desde el primer momento. Las dividiremos en mayores y menores, por su dispar importancia.

a) Mayores: agenesia de pene, micropene; estas dos malformaciones implican una conducta muy ajustada, pues pueden llevar a un cambio de sexo que, de ser posible, debe realizarse cuanto antes. Recordar que suelen asociarse estas malformaciones, ya sean mayores como menores, con otras malformaciones del aparato urinario.

b) Menores: pene oculto por sínfisis penoescrotal, inserción anterior del ligamento suspensor del pene, fimosis. Muchas veces es producido por la asociación de las tres eventualidades: hipospadias; testículos no descendidos (disdromia testicular)

En las niñas las malformaciones consisten en coalescencias de pequeños labios, falta de perforación himeneal, malformaciones del clítoris y todos los trastornos ligados a la intersexualidad.

### D) *Afecciones neurológicas.*

Sólo las mencionaremos por integrar una cirugía de estricta especialización. Sin embargo debe interesar su conocimiento tanto al médico de niños como al cirujano general, de manera a la precoz conducción de los enfermos para su correcto tratamiento.

Hidrocefalias: debe tenerse un concepto claro del crecimiento craneano del recién nacido, de la dismorfia craneofacial, debe sospecharse frente a cualquier fontanela anterior grande.

—Defectos del cierre del tubo neural: sinus pilonidal.

—Meningoencefalocelos.

—Espina bífida.

### E) *Afecciones cardiovasculares.*

El diagnóstico y tratamiento quirúrgico de las malformaciones cardiovasculares del recién nacido, constituyen un aspecto en pleno desarrollo y cuya experiencia en nuestro país aún no existe, por ser muy raros los casos que requieren tratamiento en esta edad de la vida.

### F) *Afecciones osteoarticulares.*

—Luxación congénita de cadera. Muy especial énfasis debe ponerse en la detección de esta afección en el recién nacido, debido a la importancia de su diagnóstico precoz para la resti-

tución completa a la normalidad de la articulación. La exploración de la función de la articulación de la cadera constituye quizá la maniobra más importante que se debe hacer a un recién nacido. Limitación de la adducción es sinónimo de tratamiento.

—Cefalohematoma, lesión tan frecuente, no requiere nunca tratamiento por sí mismo. Lo hemos visto provocar cuando es grande y bilateral, anemia aguda e ictericia con niveles peligrosos de bilirrubina indirecta.

—Fracturas obstétricas.

—Parálisis obstétricas.

—Osteomielitis. Debe tenerse presente frente a tumefacción yuxtaarticular o pseudoparálisis de un miembro. Recordar que la lesión radiológica aparece tardíamente y que frente a la sospecha clínica de osteomielitis (dolor-tumor), a veces sin fiebre, se debe tratar como una osteomielitis, hasta la desaparición de los síntomas.

## PATOLOGIA ADQUIRIDA DEL RECIEN NACIDO

Ya hemos hecho referencia a algunas eventualidades; conviene recordarlas todas:

—Onfalitis, puerta de entrada de sepsis. Dejada evolucionar puede ser el origen de una hipertensión portal del lactante de apariencia primitiva.

—Hernia estrangulada, eventualidad excepcional.

—Apendicitis aguda; se manifiesta como una oclusión.

—Invaginación; generalmente originada en una malformación intestinal congénita.

—Tétanos, aun se ven excepcionalmente, por contaminación de la herida umbilical.

—Osteomielitis, a la que ya hemos hecho referencia.

*Patología traumática.* Ya hemos hecho referencia a algunas eventualidades importantes (rotura de hígado o de bazo por traumatismo obstétrico).

Conviene recordar la perforación de estómago por maniobras de reanimación que insuflan el estómago, o "espontáneas" por defecto muscular localizado.

Heridas penetrantes transparietouterinas. Hemos observado un caso en 1968, en el cual un recién nacido presentó al nacer, en la región lumbar, un vidrio penetrando profundamente a través de la piel hacia las estructuras musculares. La madre había recibido sobre su vientre los trozos de un sifón de soda que explotó a su lado. Explorada quirúrgicamente se le suturaron varias heridas y se le exploró el útero, no advirtiéndose ninguna lesión. Sin embargo, un trozo de vidrio había perfo-

rado la pared anterior del abdomen y el músculo uterino, para alojarse afortunadamente en la región lumbar sin haber lesionado la placenta ni la cavidad abdominal del feto.

*Patología neoplásica.* La patología neoplásica del recién nacido se reduce principalmente a tumores de topografía abdominal y más frecuentemente aun a tumores localizados en el retroperitoneo.

Entre los tumores abdominales se describen los tumores primitivos del parenquismo hepático (hepatomas) o de sus estructuras vasculares (hemangioendotelioma tipo tumor de l'Espérance). De este último tipo hemos podido observar y estudiar un caso con los Dres. J. Iriondo y P. Maman. Como tumor secundario de hígado debe mencionarse un tipo de tumor muy particular del recién nacido, el corioepitelioma.

## BIBLIOGRAFIA

- ARRUTI, C. H. y PEÑA, J. L.—Estenosis hipertrófica del píloro. En Portillo, J. M.: "Enfermedades del niño", 2ª Serie: pp. 401-412; Delta edit., Montevideo, 1968.
- GUBERN-SALISACHS, L.—Cómo y cuándo debe operarse un recién nacido. "Relato Oficial IX Congr. Español Pediat.". Atheneum edit., Barcelona, 1954. 99 p.
- IRIONDO, J. L.; MAMAN, P. y MAÑE-GARZON, F.—Hemangioendotelioma de hígado en un recién nacido. "Arch. Ped. Urug.", 41. (En prensa.)
- MAÑE-GARZON, F. y LATTARO, D.—Vólvulo total de intestino delgado con ictericia no obstructiva. "Arch. Ped. Urug.", 32: 708; 1961.
- MAÑE-GARZON, F. y GARCIA LORIENTE, J. M.—Sinus pilonidal. "Arch. Ped. Urug.", 39: 340; 1968.
- PEÑA, J. L. y ARRUTI, C.—Enfisema lobar hipertensivo. En Portillo, J. M.: "Enfermedades del niño", 1ª Serie; pp. 235-255; Delta edit., Montevideo, 1967.
- PORTILLO, J. M.; MAÑE-GARZON, F. y CURBELO-URROZ, J.—Rotura de bazo en un recién nacido. "Arch. Ped. Urug.", 30: 172; 1960.
- ROSA, F.—Atresias y estenosis del yeyuno e íleon. En Portillo, J. M.: "Enfermedades del niño", 2ª Serie: pp. 413-420; Delta edit., Montevideo.
- SANTANA ALFONSO, R.; MAÑE-GARZON, F. y MAGGI, R.—Síndrome de Pierre Robin. Síndrome del primer arco branquial. "Arch. Ped. Urug.", 38: 677; 1967.
- THALES, M. M. and GELLIS, S. S.—Studies in neonatal hepatitis and biliary atresia. I. Long term prognosis of neonatal hepatitis. "Am. J. Dis. Child.", 116: 257. II. The effect of diagnostic laparotomy on long term prognosis of neonatal hepatitis. "Am. J. Dis. Child.", 116: 262. III. Progression and regression of cirrhosis in biliary atresia. "Am. J. Dis. Child.", 116: 271. IV. Diagnosis. "Am. J. Dis. Child.", 116: 280; 1968.