

CIRUGIA DEL RECIEN NACIDO

Discusión

Dr. RIVAROLA.— Yo diría, para empezar, que existen dos máximas, que podremos referir una para la patología abdominal y otra para la patología respiratoria, que dicen así: Todo niño vomitador debe ser considerado portador de una afección quirúrgica hasta tanto no se demuestre lo contrario y esa demostración la hace la radiología. La radiología es el recurso máximo que tenemos para hacer el diagnóstico en el período del recién nacido. Todo niño con trastornos respiratorios, con disnea o con polipnea tendrían que ser estudiados radiológicamente en busca de una malformación congénita que sea capaz de traer este problema. Es sumamente importante el pre y postoperatorio como lo han dicho varios de los exponentes; yo diría más: los cirujanos a veces tenemos el orgullo de decir: nosotros hemos hecho tal cosa, yo creo que en la cirugía del recién nacido el cirujano tiene el 20 % de importancia, el 30 % lo tienen los residentes y el internista clínico y que el 50 % lo tiene la enfermería; el buen cuidado hace muchísimo más a las estadísticas que todo el resto en conjunto y acordarse siempre que frente a un niño que trae un problema de malformación, que una de las grandes causas de muertes, que la ha señalado el Dr. Añón, es la existencia de malformaciones asociadas. Lo primero que se debe hacer en la cirugía anorrectal antes de hacer las radiografías, examinar el niño cuando un niño que se presenta sin ano, lo primero que hay que hacer es tomar una sonda y colocarla para ver si tiene una atresia de esófago, porque es la malformación más frecuente que se asocia a ella (alrededor del 10 al 15 %). Respecto a lo que el doctor Saeone nos ha dicho, el parto como elemento de traumatismo pélvico es muy importante. Una de las agresiones más graves que recibe un organismo es en el momento de nacer y ese niño además de nacer así tiene que adaptarse a la vida extrauterina, puede presentar toda una patología quirúrgica inmensa, en relación con las patologías congénitas, con los traumatismos y con las infecciones y con los tumores, de manera que debe hacer el diagnóstico exacto y sobre todo también la elección del método quirúrgico. Hay que curar a los enfermos con el método quirúrgico más sencillo, siempre que sea posible; hay excepciones. Por ejemplo, nosotros tenemos en los colon congénitos mala experiencia con la colostomía; en cambio tenemos mejor experiencia en lo que llamo colostomía anal, es decir, un descenso del asa eferente al mega retrorectal sin resección del mega, es simplemente una colostomía anal; esa nos da mejores resultados. En cuanto a lo que el Dr. Mañé Garzón nos expuso también, es muy importante desde el punto de vista exacto de algunas afecciones y es muy importante recalcar que el recién nacido tolera grandes in-

tervenciones, pero hay una cosa que no tolera es la infección. La infección es la causa tal vez de mayor mortalidad que tenemos los cirujanos de niños en este caso y también recalco una cosa que tendría que extenderse muchísimo que es sobre la enseñanza de la cirugía pediátrica: acá nos llevan una ventaja porque acá enseñan al alumno cirugía pediátrica, en nuestro país todavía en las Universidades estatales no se les enseña, y el médico sale con su diploma debajo del brazo, y nadie le ha hablado de estos problemas que nos han mostrado ahora, y va a ejercer a la campaña y no puede hacer el diagnóstico porque son cosas que desconoce por completo. El Dr. Soto nos ha mostrado una vez más su magnífica colección y además la cantidad de cosas que ha hecho en favor del diagnóstico de las afecciones del recién nacido y nos ha mostrado la atresia de esófago. Yo creo que tenemos que estar en este momento alertas y difundir la necesidad de no utilizar para las atresias de esófago elemento de contraste alguno y solamente la sonda opaca porque como nos dijo el Dr. Scasso, muchos de ellos van con las vías aéreas superiores invadidas, inundadas, la sonda opaca es suficiente. Pero yo le tengo más miedo en la atresia de esófago al reflujo gastroesofágico en las que tienen fístulas y a todo lo que sea aspiración por vía alta, porque ese sí que nos trae una neumonitis química y ahí es donde está la gran mortalidad de los recién operados por atresia de esófago, en las neumonitis químicas producidas por reflujo gastroesofágico o por el vómito, el niño vomita en sus pulmones. Hay una cosa importante que al Dr. Soto le faltó tiempo para exponer; sé que lo conoce también, es el diagnóstico diferencial que se puede hacer en el abdomen agudo, en las grandes distensiones o en los grandes íleos para diferenciar el mecánico del paralítico. La enema opaca con elementos hidrosolubles nos puede mostrar las imágenes de aire y contraste, en las que son dinámicas, en cambio cuando hay problemas de oclusión estas imágenes hidroaéreas que hemos visto no se ven así mezcladas con el contraste. Respecto a la hernia diafragmática es importante también reconocer el papel que tiene el bazo en la patogenia de la misma. Todos sabemos que el diafragma se forma antes de la reintroducción de las vísceras en la cavidad abdominal; cuando existe un orificio lateroposterior permeable, las vísceras al reintroducirse se van ubicando espontáneamente ellas solas, pero en ciertos casos el bazo puede ser una especie de barrera, y entonces las vísceras al reintegrarse en la cavidad, se ubican en la forma normal que lo hacen como si estuviera el diafragma completo y he aquí entonces que puede tener cabida a las formas sobreagudas que mueren en el momento de nacer porque es en ese momento que bruscamente pasan las vísceras al tórax o la forma tardía, hemos visto hernias diafragmáticas posterolaterales embrionarias sin saco, establecerse en forma brusca a la edad de 16 meses. Respecto a lo que el Dr. Scasso nos ha mostrado y también nos ha mostrado el Dr. Fonseca sobre la insuficiencia respiratoria del recién nacido, quiero llamar la atención que la respiración máscara-oxígeno-boca debe hacerse siempre que sea posible con intubación traqueal, hecha así la intubación traqueal tiene un grave peligro en dos afecciones importantes; el enfisema lobar congénito y en la hernia diafragmática. En el enfisema lobar congénito es una especie, diría yo, inflar más la cámara de una pelota de fútbol

y en la hernia posterolateral también el aire pasa al esófago pasa a las vías superiores, distiende las asas intestinales y agrava el proceso. Hay que tener mucho cuidado con eso y se puede hacer el diagnóstico clínico perfectamente bien, en la hernia diafragmática, observando el abdomen, el abdomen está excavado y encontramos clínicamente un niño que tiene dificultad respiratoria, en el enfisema lobar no existe el abdomen excavado, pero tiene un hemitórax timpánico en el cual entra poco aire, y uno puede orientarse y no recurrir a este procedimiento. Respecto al control bacteriológico o de infección, es muy difícil que un recién nacido sea aséptico, nosotros tenemos la costumbre en ese momento, de recoger de la bolsa superior de la atresia de esófago, el contenido (aunque el niño llegue a las pocas horas de nacer) para hacer cultivo. Casi siempre tiene gérmenes, debemos aislar ese germen para poder combatirlo. Por último para cerrar este comentario, sobre hidratación parenteral hay un procedimiento que estamos utilizando y que es muy útil, en aquellos que tenemos hacer una alimentación parenteral prolongada, es el introducir la cánula por la yugular hasta cerca de la aurícula, a nivel de la yugular se saca por contraabertura a nivel del cuello cabelludo, pero permite utilizar soluciones de mayor concentración, del 10 al 15 % glucosado hasta el 20 y agregados de aminoácidos y agregados de todos los factores, magnesio, etc. Ese gotico se ha podido mantener hasta 20 días, sobre todo en aquellas operaciones que necesitamos un reposo absoluto del abdomen, como grandes resecciones de intestino. Por último me ha interesado muchísimo como han presentado una estadística tan importante y tan bien estudiada que es un poco obra probablemente del sistema que tienen ustedes que es superior al nuestro de poder controlar las estadísticas, en una ciudad. Nosotros podemos solamente traer estadísticas de un hospital, pero todos ustedes pueden traer de una ciudad entera. Respecto a las radiografías directas en el recién nacido, que yo aprendí hace muchos años aunque al Dr. Yannicelli no le gusta. Hace más de 30 años, en un trabajo del Dr. Yannicelli, que explicaba perfectamente; ahí aprendí y de ahí me interesé por todos los problemas del estudio del recién nacido, guiado por la disposición de las imágenes aéreas del contenido abdominal.

Muchas gracias.

PREGUNTA.—¿Cuáles son los riesgos de la descubierta de la safena interna?

Dr. SACCONI.— Podemos decir que es una de las descubiertas más usadas y más toleradas por el niño pequeño, por el recién nacido, los riesgos son los de todas las descubiertas, es decir, de las flebitis, las infecciones locales, etc., y una complicación alejada que ha sido descripta, que nosotros no hemos visto, pero que es necesario tenerla presente que estos niños en algunas observaciones han aparecido meses después con una insuficiencia cardíaca aguda, muchas veces mortal, y eso era debido a que se había establecido a nivel de la zona donde se había hecho la descubierta una fístula arteriovenosa que había llegado a

una descompensación cardíaca, esa es una de las complicaciones graves que deben de tenerse presente y que debe controlarse auscultando la región inguinal de los recién nacidos a los cuales se les ha hecho una descubierta en el cayado de la safena.

PREGUNTA.— Frente a la atresia de vías biliares luego de agotados los estudios bioquímicos, radiológicos e isotópicos, pero que aún no se puede diferenciar una atresia de una hepatitis neonatal, ¿qué actitud debe tomarse? La intervención exploradora pese a los riesgos, si se trata de hepatitis. ¿O esperar la evolución del síndrome obstructivo?

Dr. SACCONI. En la pregunta efectuada está evidentemente explícita la angustia que presenta tomar una resolución frente a una ictericia del recién nacido prolongada. Es evidente que puede haber como sucede a menudo que los estudios bioquímicos, radiológicos y otros que pueden hacerse no lleguen a ninguna conclusión satisfactoria en cuanto al diagnóstico diferencial entre ictericia obstructiva y una ictericia por hepatitis, pero lo fundamental en el criterio nuestro es que cuando se llega a un punto muerto y el proceso ha evolucionado suficiente y suficiente nosotros nos referimos en cuanto al tiempo que cada vez lo acortamos más, creemos que exploración quirúrgica de ninguna manera como premisa fundamental puede provocar un mal en un enfermo que tenga una hepatitis y puede llegar a la posibilidad de solucionar el problema cuando se trata de una ictericia obstructiva.

PREGUNTA.— ¿Debe considerarse un tumor abdominal del recién nacido una indicación urgente de intervención?

Dr. SACCONI.— Considerando que los tumores abdominales del recién nacido tienen un enorme porcentaje de ser catalogados histológicamente tumores malignos, entra dentro de la directiva de las terapéuticas oncológicas la premura de la intervención, esto es sobre todo fundamental en referencia a los tumores que vemos más o se pueden ver más habitualmente en el recién nacido, nos referimos al neuroblastoma, a los nefroblastomas, pero cobra una gran importancia en las posibilidades de tumores más difíciles de encontrar, más raros de hallar, pero como el caso del corioepitelioma de hígado que donde la urgencia de la intervención y la dilucidación del tratamiento no solamente lleva a un beneficio en la vida y en el pronóstico del paciente, sino que se prolonga también a la de la madre, que puede ser necesario incluso tratar la causa de ese corioepitelioma, es decir, poder tratar a la madre que es afecta de la misma enfermedad.

Dr. FOLCO ROSA.— Se suspende la Mesa debido al homenaje al Dr. Domingo Prat.