

Abdomen agudo de niños en base de las malformaciones congénitas

Por el Dr. MUDR. VACLAV TOSOVSKY

En la cirugía infantil hay mayor atracción por ciertas especialidades como por ejemplo la neurocirugía, cirugía de tórax y especialmente la cardiocirugía.

Por el contrario el abdomen agudo no es corrientemente de gran interés en el mundo de la cirugía, en especial para el joven cirujano: estas enfermedades a menudo son poco atractivas pero se presentan diariamente.

El tema que traigo a la consideración de Vds. no es muy agradable, pero yo lo expongo para su atracción. Primero porque tengo especial interés en él —pertenece a mis jóvenes amores—y “on retour toujours aux vieux amours”—. Segundo porque este tema ha sido estudiado cuidadosamente en mi país, como lo demuestra por ejemplo la monografía de nuestro gran cirujano Kukula y Jirásek y también mis modestas publicaciones traducidas al idioma ruso /Ostryje processy v brjusnoj polosti pri vrozdonných anomalijach u detej/ y alemán/Das akute Abdomen auf Grund der kongenitalen Anomalien im Kindesalter”/.

El abdomen agudo es un síndrome que se inicia bruscamente y puede dividirse en dos grupos generales. Un grupo del tipo inflamatorio y otro de carácter *mecánico*. Pero también pertenece al abdomen agudo un tipo de carác-

ter *congénito*. Es posible que algunos de Vds. consideren esta división incompleta. Por ejemplo no tenemos aquí el grupo de abdomen agudo por causas traumáticas; pero podemos decir que en este grupo traumático los síntomas son aproximados a los del grupo inflamatorio porque la sangre o contenido de las vísceras abdominales producen el efecto de irritación o infección del peritoneo.

Nosotros conocemos por ejemplo muy bien la excelente clasificación del cirujano pediatra mejicano Jesus Lozoya Solis y Felipe Cacho de la Fuente. Pero consideramos que nuestra clasificación es suficiente por su simplicidad.

Antes de describir estas enfermedades en detalle, desco decir algunas nociones generales para diagnóstico. Primero, el estado del niño puede al comienzo parecer muy bueno, aunque se encuentra afectado de una enfermedad tan seria como la oclusión intestinal. El niño en etapa intrauterina tiene una fuerza biológica muy grande para poder efectuar un viaje desde el útero materno a este mundo—como dice el cirujano pediatra B. Duhamel de París. El niño posee reservas muy grandes. Esas reservas le permiten vivir algunos días después de su nacimiento. También en los primeros días después del parto podemos apreciar su gran resis-

tencia hasta consolidar su adaptación a las condiciones externas.

Así, en el comienzo de la enfermedad, el niño puede parecer como en estado de salud, después de vómitos continuos o después de la necrosis o perforación intestinal el estado del niño cambia bruscamente y del estado de aparente salud súbitamente pasa a un cuadro grave sin síntomas premonitorios. Por este motivo un cirujano con poca experiencia puede hacer un mal diagnóstico o demorar en su reconocimiento.

A continuación deseo decir algo respecto a las causas del diagnóstico tardío. En los casos de íleo corrientemente buscamos y observamos el meteorismo abdominal, pero en el recién nacido este meteorismo no se puede evidenciar. Este meteorismo puede presentarse desde el segundo o tercer día, especialmente cuando el niño no ingiere nada por os y continuamente vomita y evacúa el contenido gastrointestinal. En estos casos el meteorismo no ocurre.

Es muy frecuente en estos casos que el abdomen esté excavado y también no es posible ver la dilatación de las asas intestinales. Esta es otra causa del retardo en el diagnóstico.

Finalmente es necesario mencionar el vómito. El vómito en el recién nacido no es muy raro. Pero si el vómito es continuado y de gran intensidad, no es posible achcarlo a otras causas, si en el vómito hay contenido biliar o de materias del tracto intestinal inferior, debemos sospechar un abdomen agudo.

Esta sospecha aumenta cuando el niño es alimentado solo por vía parenteral. Si el abdomen está meteorizado y timpánico, la matidez hepática desaparece, si la piel del abdomen está tensa, clara y lúcida, apareciendo nítidamente

los vasos venosos subcutáneos, el diagnóstico es evidente, pero es tardío: desgraciadamente en este estado no hay solo el íleo mecánico congénito sino también una peritonitis con íleo paralítico. El diagnóstico es evidente, pero infortunadamente tardío y la esperanza de salvar la vida del niño es muy pequeña. Si queremos hacer un diagnóstico oportuno, debemos siempre recordar que de todos los síntomas del íleo agudo el más importante es el vómito, y en algunas circunstancias este único síntoma puede ser la indicación para una laparotomía porque todos los otros síntomas pueden no presentarse.

La explotación radiológica y de laboratorio es muy importante. No hablaré sobre estos exámenes, solo deseo decir: Para el diagnóstico es muy importante la anamnesis y el examen clínico. El examen radiológico y de laboratorio es también necesario como complemento del diagnóstico preciso, especialmente en los casos dudosos. Para el diagnóstico es muy importante la anamnesis y el estado clínico general.

Comenzaremos por describir el páncreas anular. Casi todas las anomalías congénitas gastrointestinales se hacen presentes/en los primeros días de la vida, pero hay algunas excepciones. Una de éstas corresponde al páncreas anular. Hablaré sólo del páncreas anular neonatal. Nosotros hemos operado dos casos. Uno de los niños murió en el postoperatorio, pero presentaba además otras malformaciones congénitas como atresia del tracto anorectal y malformación congénita del corazón. En todos los casos recomendamos una anastomosis gastrointestinal o mejor duodenointestinal en vez de practicar una intervención directa sobre el páncreas, por ser ésta muy peligrosa.

Deseo presentarles un caso de estran-

gulación del píloro con una vena aberrante. Después de la resección y la ligadura de esa vena, el íleo desapareció. Pero por desgracia el niño falleció. La causa de la muerte fue hemorragia del *ulcus pepticum*, nueve días después de la intervención.

A continuación presentaré noventa y siete casos de atresia intestinal congénita. Hasta el año cincuenta y cuatro nosotros practicábamos la anastomosis láterolateral, sin resección del asa intestinal dilatada sobre la atresia. Nuestra morbilidad era de un sesenta y cinco por ciento (65%). Desde el año sesenta y cuatro iniciamos la anastomosis término-terminal y la resección del asa dilatada sobre la atresia. El éxito de la intervención mejoró apreciablemente. La mortalidad se redujo a un cuarenta y siete por ciento. Infortunadamente en los años últimos la mortalidad aumentó su porcentaje a un sesenta por ciento.

Quiero mencionar ahora las malformaciones. Primero el onfaloquele. Nosotros operamos cuarenta y dos casos de onfaloquele con una mortalidad de veinte y un niños. En ninguno de estos casos habríamos tenido éxito con el tratamiento conservador como recomiendan, por ejemplo, Grobb y Soave.

Vólvulo congénito. El tratamiento es naturalmente quirúrgico. Sin duda es necesario practicar la detorsión y en los casos de diagnóstico tardío la resección y anastomosis intestinal. Queda una pregunta: ¿cómo prevenir las recidivas de estos vólvulos? Es nuestra opinión sólo hay una operación según técnica de William E. Ladd de Boston. Nosotros operamos veinte casos de vólvulo congénito. Trece de éstos viven y siete fallecieron.

Compresión duodenal por el ciego o por bridas del ciego. Hemos operado

nueve casos de este síndrome con una mortalidad de dos niños.

En seguida mostraré el *síndrome de Ladd*. Este síndrome es una combinación del vólvulo congénito del intestino medio y de la compresión del duodeno por el ciego. Operamos en total diecisiete casos de los cuales trece están vivos y cuatro muertos.

Les presentaré la *hiperfijación duodenal*. Personalmente pienso que existen dos estados diferentes de esta enfermedad: la hiperfijación real y la pseudohiperfijación duodenal.

La hiperfijación real: En la región duodenoyunal pueden existir algunas *bridas* patológicas que comprimen el duodeno y pueden ocasionar una oclusión duodenal. El tratamiento quirúrgico es muy sencillo: la sección de estas bridas. Un problema completamente diferente es la pseudohiperfijación duodenal. Personalmente lo explico de este modo: En los casos de la rotación y fijación intestinal *incompleta* la normal fijación del duodeno parece como una hiperfijación. Pero en realidad no es una hiperfijación del duodeno sino la fijación incompleta del resto del intestino la cual es la causa verdadera de las molestias del paciente. El tratamiento no es en este caso la resección de las bridas sino la operación según Ladd.

Tengo una experiencia desfavorable con el *íleo meconial*. Operamos veinte y dos casos de íleo meconial y todos fallecieron. Tuvimos éxito en el tratamiento del íleo meconial, pero todos los casos presentaron complicaciones supurativas broncopulmonares, siendo ello la causa de la muerte.

El megacolon congénito puede ser la causa de un íleo agudo. La mortalidad puede ser alta si el diagnóstico no se

hace a tiempo. Hemos intervenido veinte y ocho casos en recién nacidos. Practicamos la colostomía y salvamos veinte. En estos casos practicamos en un segundo tiempo la operación según Duhamel o Swenson.

Constituye un gran problema para el cirujano pediatra las *malformaciones anorectales*. En el setenta y cinco por ciento de los casos observamos una oclusión o suboclusión intestinal. Es interesante notar que los muchachos tienen con mayor frecuencia esta oclusión intestinal. De los veinte casos die-

ciocho corresponden al sexo masculino. En las niñas por la fístula rectovaginal, en muchos casos, puede eliminarse con facilidad el meconio o las heces.

Si se presentan los síntomas del ileo es necesario la intervención inmediatamente. En los tipos primero y segundo de Ladd practicamos la intervención por vía perineal. En los tipos tercero y cuarto de Ladd practicamos la intervención abdominoperineal o colostomía. De veinte casos operados con ileo agudo, seis fallecieron.