

Defectos congénitos de pared abdominal: qué podemos esperar en pacientes con gastrosquisis y onfalocele.

Unidad de Aparato Digestivo Pediátrico. UGC Pediatría.

Unidad de Neonatología. UGC Neonatología.

Hospital Regional Universitario de Málaga.

Harillo Becerra, Lucía; Lendínez Jurado, Alfonso; Espinosa Fernández, María Gracia; Blasco Alonso, Javier; Gómez Robles, Celia.

DECLARACIÓN DE POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERESES

Defectos congénitos de pared abdominal: qué podemos esperar en pacientes con gastrosquisis y onfalocele.

Relativas a esta presentación existen las siguientes relaciones que podrían ser percibidas como potenciales conflictos de intereses:

Harillo Becerra, Lucía; Lendínez Jurado, Alfonso; Espinosa Fernández, María Gracia; Blasco Alonso, Javier; Gómez Robles, Celia.

Relativas a esta presentación no existen conflictos de intereses,

1. INTRODUCCIÓN

DEFECTOS DE PARED ABDOMINAL

GASTROSQUISIS



- **1/4.000 RN vivos**
- Defecto parietal **lateroumbilical** (*++ a la derecha del ombligo*)
 - Tamaño promedio 3 cm
 - **NO** cobertura por saco
- **Inserción** C. Umbilical **normal**

ONFALOCELE



- **1/6.000-9.000 RN vivos**
- Defecto **centroumbilical**
- Tamaño pequeño o grande
 - **Cobertura por saco**
(*peritoneal, gelatina Warton, amnios*)
- **Inserción** C. Umbilical **sobre el saco**

1. INTRODUCCIÓN

DEFECTOS DE PARED ABDOMINAL

	GASTROSQUISIS	ONFALOCELE
<u>Contenido herniado</u>	ID + IG (estómago, vejiga, órganos genitales internos, hígado, vesícula biliar y bazo)	+++ ID (estómago, IG, hígado, bazo, páncreas, genitales internos)
<u>Hígado herniado</u>	Excepcional	Frecuente
<u>Anomalías GI</u>	Frecuentes (malrotación y atresia intestinal)	Raras (malrotación intestinal)
<u>Aspecto intestino herniado</u>	En general edematoso, acartonado, acortado	Normal (a veces acortado)
<u>Anomalías generales</u>	Raras	Frecuentes 50% (+ cardíacas)
<u>Sd asociados</u>	No	Trisomía 13 - 18 - 21 (1/3 de los pacientes) Beckwith - Wiedeman, prune-belly, pentalogía de Cantrell, extrofia de cloaca
<u>Tratamiento</u>	Urgente	No urgente
<u>Pronóstico</u>	Dependiente del estado y de la longitud del intestino al momento del nacimiento	Principalmente dependiente de la presencia o no de anomalías asociadas graves

Cuervo, JL. Defectos de pared abdominal. Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2015;57(258):170-190 / 170

2. MATERIAL Y MÉTODOS

OBJETIVOS

- Describir las características clínicas más frecuentes relacionadas con los defectos de pared abdominal así como la morbimortalidad y el pronóstico

TIPO DE ESTUDIO

- Estudio observacional retrospectivo
- RN con onfalocele o gastrosquisis tratados en nuestro centro entre Enero 2008 y Enero 2022
- La población de referencia estimada fue 214.924 RN vivos

2. MATERIAL Y MÉTODOS

VARIABLES



Prenatales: edad materna, antecedentes obstétricos y familiares, dco prenatal



Perinatales: EG, sexo, tipo de parto, peso, APGAR, malformaciones asociadas



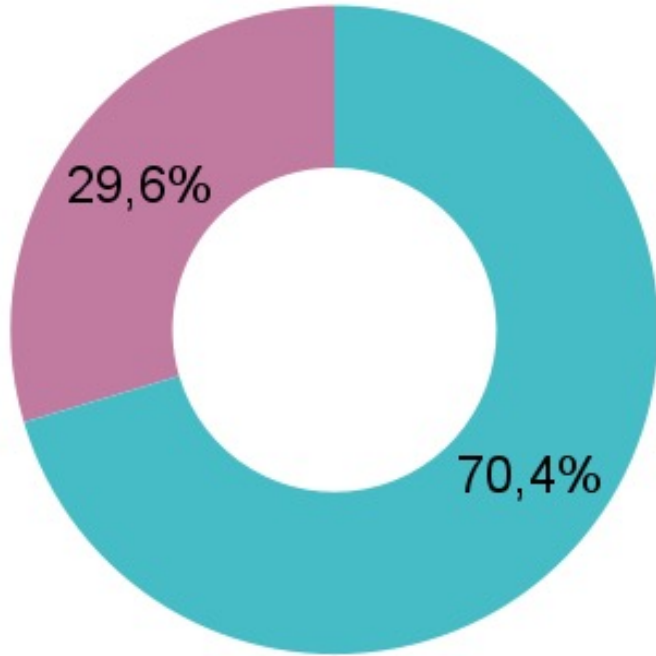
Tratamiento: momento IQ, tiempo de NPT, tiempo y tipo de NE, tiempo de ingreso, complicaciones postqx...



ANÁLISIS BIVARIANTE:
- **Mann Whitney**

3. RESULTADOS

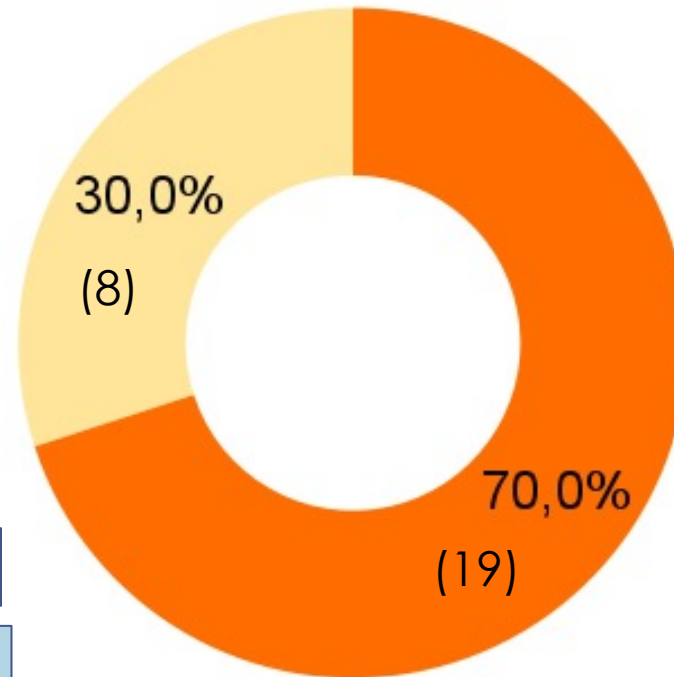
27 pacientes



● Varones ● Mujeres

Edad gestacional: 35,3 SG (RIQ 34-38)

Dx prenatal: 19,7 semanas (RIQ 12-30)



● Gastrosquisis ● Onfalocele

- ✓ Edad media materna: $27,9 \pm 6,3$ años
- ✓ No antecedentes de malformaciones previas ni consumo de tóxicos
- ✓ 74,1% **cesárea electiva**
- ✓ **Todos con adecuado peso para la EG: $2,39 \pm 0,7$ kg**

Malformaciones asociadas:

- Quiste renal 1
- Criptorquidia 1
- Atresia ileo-cólica 1
- Malrotación intestinal 1
- Hipoplasia pulmonar 1
- Cardiopatía congénita 4

**No diferencias estadísticamente significativas entre onfalocele y gastrosquisis*

3. RESULTADOS

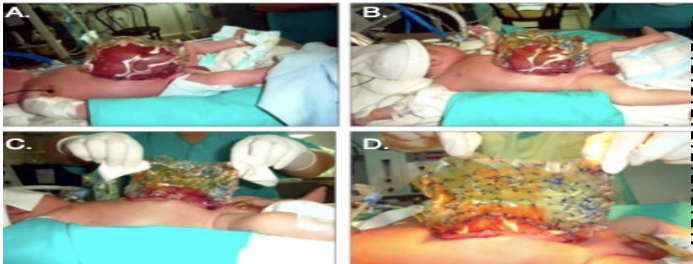
***CIRUGÍA EN 1 TIEMPO:** 18 casos



61% gastroschisis
39% onfalocele

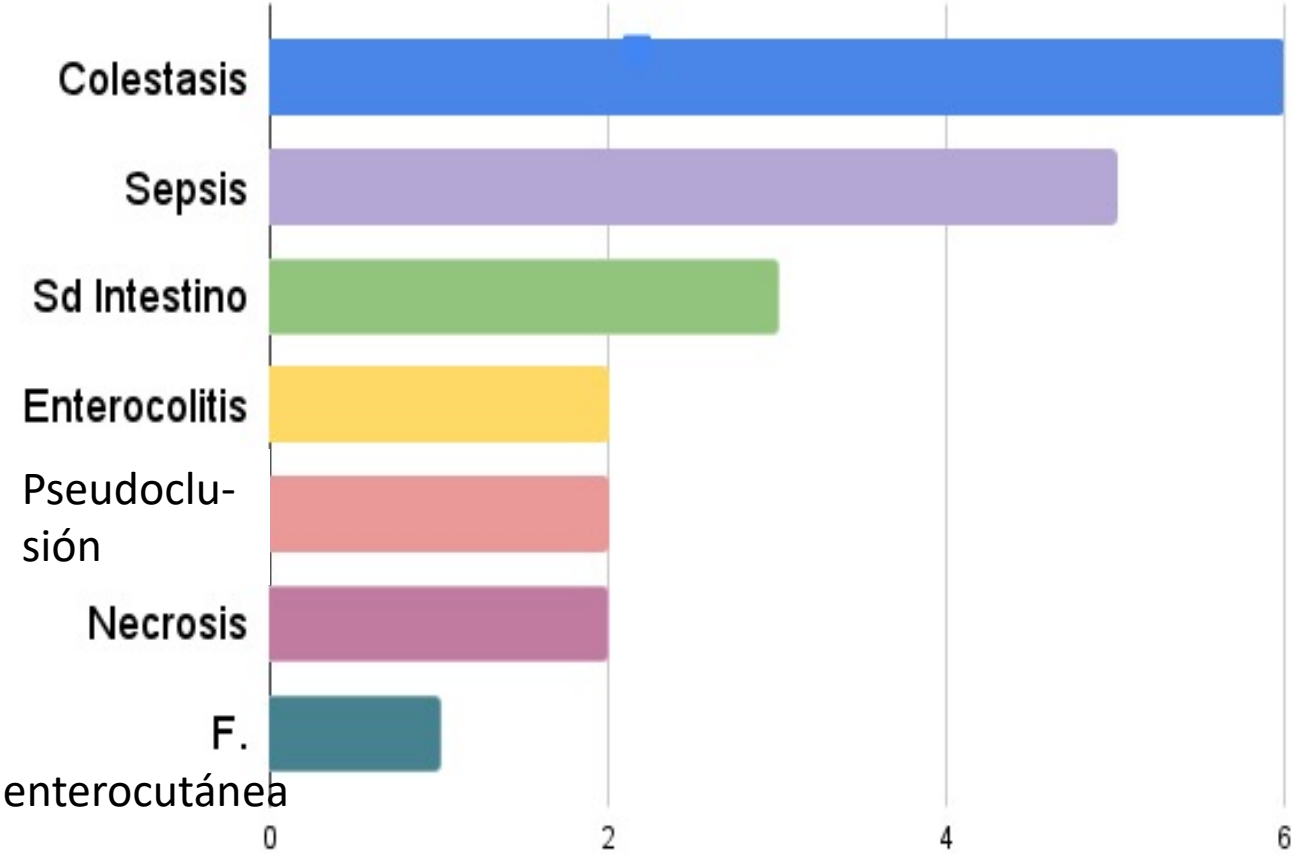
***CIRUGÍA EN VARIOS TIEMPOS:**

- 4 Colocación de malla y reducción total posterior
- 5 Enterostomía con cierre diferido



36% gastroschisis
Vs 25% onfalocele
precisaron Cx en
varios tiempos

Sólo en gastroschisis hubo complicaciones:



**Imágenes: Cuervo, JL. Defectos de pared abdominal. Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2015;57(258):170-190 / 170*

3. RESULTADOS

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en:

Tiempo Nut. Enteral (NE):	Mediana	GASTROSQUISIS	ONFALOCELE	p
Inicio NE (días)	11 días (RIQ 5,25-17,5)	15,7±11,2	3,6±1,7	<0,0001
NE completa (días)	25 días (RIQ 14-48)	36,4±26,4	8,7±4,7	0,001

52% lactancia materna
32% fórmula elemental
16% fórmula adaptada

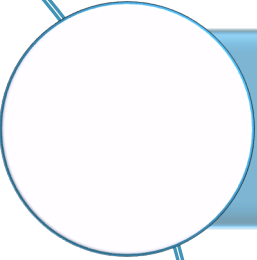
	Mediana	GASTROSQUISIS	ONFALOCELE	p
NTP	24 días (RIQ 12,5 - 46)	35,3±26,5	12,8±16,3	0,009

Tiempo ingreso	Mediana	GASTROSQUISIS	ONFALOCELE	p
UNCE	27 días (RIQ 7-32)	38,4±5,6 días	5,6± 3,5 días	0,001

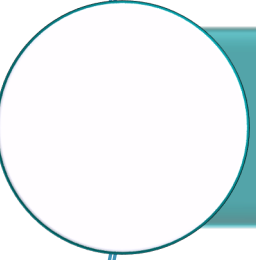
*Tiempo ingreso total nenatología 45 días (RIQ 20-57)

Fallecieron 3 (100% gastrosquisis)

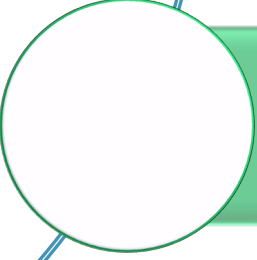
4. CONCLUSIONES



Acorde con la literatura, en nuestra serie se describe mayor incidencia de gastrosquisis



La comorbilidad y la estancia en cuidados intensivos resulta menor en el onfalocele, con destete más precoz de la nutrición parenteral



Las gastrosquisis requirieron con más frecuencia intervenciones quirúrgicas de mayor complejidad, presentando mayor morbimortalidad