

Tratamiento de quistes ováricos "complejos" en el primer año de vida.

(Management of complex ovarian cyst presenting in the first year of life)

Crotaru DP, Aaron LE, Laberge JM, Nelson IR, Gutman FM. J Pediatr Surg 26(12): 1366-1368, 1991.

El diagnóstico ecográfico pre y postnatal de quistes de ovario es cada vez más frecuente. Los quistes de pared fina y contenido anecoico ("simples") son foliculares y debidos al estímulo estrogénico y la actividad de la GTC placentaria y FSH fetal. La conducta expectante esperando la resolución espontánea es la más aceptada.

En casos de quistes con contenido o pared ecogénica, septados, con apariencia de "coágulo retraído" se los denomina "complejos" según los criterios de Nussbaum y la conducta es quirúrgica. Es probable que se trate de quistes foliculares complicados por torsión o que sean neoplasias ováricas u otras formaciones no-ováricas (duplicaciones intestinales, peritonitis meconial, linfangiomas o quistes mesentéricos, del epiploon mayor, de cólecoco, de uraco, renales, mielomeningocele anterior o hidronefrosis).

Se analizan 9 niñas con quistes "complejos" en quienes se realizó ooforectomía o salpingooforectomía por el aspecto ecográfico (sin tomar en cuenta el tamaño del quiste). Ocho eran quistes foliculares complicados por torsión y un tumor de células de la granulosa con pubertad precoz y ascitis. Se enfatiza la indicación quirúrgica en los llamados quistes "complejos" independientemente de su tamaño.

Se plantea la alternativa de punción en los quistes "simples" de más de 4 cm., pero no puede aún recogerse una experiencia abundante con esta conducta.

F. Heinen

Piloriomiotomía extramucosa laparoscópica

(Extramucosal pylorotomy by laparoscopy)

J.L. Alain, D. Grousseau, G. Terrier.

J. Pediatr Surg 26 (10): 1191-1192, 1991.

Se realizaron 10 piloriomiotomías extramucosas por laparoscopia en pacientes con estenosis hipertrófica de píloro. Para tal fin se utilizaron 3 trocars de 4 mm de diámetro y un telescopio de visión directa (Endovision 533, Storz). Debe evitarse insuflar con CO₂ a una presión menor de 8 cmH₂O y se monitorea la PCO₂ en forma constante durante el Procedimiento. El tiempo quirúrgico promedio fue de 30'. No hubo complicaciones postoperatorias. El tiempo de internación promedio fue de 4,6 días. Se concluye que el Método parece ser de gran utilidad para esta patología y que se requiere mayor casística para mejores conclusiones.

M. Martínez Ferro

Estudio comparativo de varias sondas rectales y medios de contraste en el enema para reducción de la invaginación intestinal

(Comparative examination of various rectal tubes and contrast media for the reduction of intussusception)

Schultz-Rode T, Müller G, Alzen G. (Aachen, Germany) Pediatr Radiol 21:341-345, 1991.

En un modelo animal experimental (conejos) se estudió el comportamiento hidrodinámico de diferentes tamaños de sondas rectales, medios de contraste y diferentes alturas de la columna líquida durante la reducción hidrostática de una invaginación intestinal. El calibre de la sonda usada importa más para la presión y empuje ejercido, que la altura de la columna hidrostática. Es más efectivo usar meglumine diatrizoato (Gastrografin ®) que solución de sulfato de bario que tiene 4 veces más resistencia al flujo.

Con la utilización de gas (CO₂), el llenado colónico es 7 veces más rápido por ser 100 veces menos viscoso. Parece más efectivo que el Meglumine, disminuyendo el tiempo de exposición a los RX, y teniendo menor riesgo ante una perforación y contaminación intraperitoneal. Los autores recomiendan el uso de medio gaseoso y en caso de optar por el método hidrostático, recomiendan sondas gruesas (28FR) y Gastrografin.

F. Heinen.

Son comparables los métodos hidrostático y neumático para la reducción de la invaginación intestinal?

(Are hydrostatic and pneumatic methods of intussusception comparable?)

Sargent MA, Wilson BPM. (Manchester, UK)

Pediatr Radiol 21:346-349, 1991.

Aunque se carece de estudios comparativos entre la reducción hidrostática y neumática en la invaginación intestinal, el método neumático (con aire o con O₂) sería más efectivo, seguro (presión controlada hasta un máximo de 120 mmHg.) y con mayor porcentaje de éxito. La presión necesaria para una colonoscopia en adultos llega a 66 mmHg y a 30 mmHg en un estudio de cón por enema con doble contraste.

Estudios en cerdos y en cadáveres, establecen que a presiones superiores a los 150 mmHg se provoca el estallido colónico, por lo que la presión ejercida debe ser medida.

Habrían falta estudios colaborativos. Sin embargo la tendencia de los radiólogos pediatras occidentales es preferir la utilización de reducción neumática cada vez más.

F. Heinen

Dilatación endoscópica con balones en pacientes con estenosis hipertrófica de píloro (Endoscopy-guided balloon dilatation for infantile hypertrophic pyloric stenosis)

P.K.H. Tam, H. Carty.

Pediatr Surg Int 6:306-308, 1991.

En 12 pacientes con estenosis hipertrófica de píloro se realizó dilatación endoscópica del píloro con balones inflables. Se utilizaron un endoscopio Olympus PQ 20 GIF y balones Rigiflex TTS Microvasive de 10 a 15mm de diámetro con guía metálica. Todos los pacientes recibieron anestesia general. Sobre un total de 12 pacientes, 11 recibieron dilatación con balón como primer tratamiento y sólo 4 respondieron en forma completa sin otro tratamiento. 7 pacientes no respondieron, o la respuesta fue parcial (3 se reinternaron 5 a 21 días después con vómitos) y requirieron cirugía. A 1 paciente se le realizó dilatación con balón luego de una piloromiotomía incompleta con buen resultado. Se concluye que la dilatación endoscópica con balones es útil en los pacientes con estenosis hipertróficas de píloro pero que hasta el momento, el método no es recomendado como procedimiento de elección.

M. Martínez Ferro

Reparación satisfactoria en útero de una hernia diafragmática después de remover vísceras herniadas en el hemitórax izquierdo

(Successful repair in utero of a fetal diaphragmatic hernia after removal of herniated viscera from the left thorax)

Harrison, M.R.; Adzick, N.S.; Longaker, M.T.; et al. (Fetal Treatment Program, UCSA, San Francisco, CA, USA): *N Engl J Med* 322: 1582-1584, 1990.

Los autores reportan la primera corrección satisfactoria intrauterina de una hernia esplénica. La operación fue realizada durante la 25ª semana de gestación. El amplio defecto en el diafragma izquierdo fue cerrado con una prótesis de Gore-Tex. La cesárea fue realizada 7 semanas después, cuando se inició el trabajo de parto que no pudo ser inhibido. El recién nacido pesó 1920 gr. y requirió respiración artificial por 4 semanas. Tiene ahora 8 meses y ha presentado un desarrollo normal.

J.L. Portales

Valoración del dolor y la analgesia con emulsión de lidocaina-prilocaina en lactantes y niños durante la venopuntura.

(Assessing pain and analgesia with a lidocaine-prilocaine emulsion in infants and toddlers during venipuncture)

Robitex I, Kuanar R et al (Hospital for Sick Children, Toronto, Canada)

The Journal of Pediatrics 118(6): 171-973, 1991.

No hay evidencias científicas que afirmen que el niño tenga mayor tolerancia al dolor que el adulto. Las venopunturas son dolorosas y muy atemorizantes en los niños. Se reporta el estudio randomizado y a doble ciego sobre 41 niños (edad 3m-36m) en quienes se valoró la utilidad analgésica de una crema (1g = 25 mg Lidocaina y 25 mg Prilocaina). Dos gramos de crema fueron colocados en el sitio de punción 45 minutos antes y cubierto con un plástico. La reacción a la venopuntura fue valorada a) con una escala de comportamiento al dolor (Children Hospital Eastem Ontario Pain Scale), b) on una escala 0-100 subjetiva con variaciones, c) valoración de 0 a 4 de la dificultad en contrada con la venopuntura, d) y f) dosaje de metahemoglobinemia.

La crema resultó objetivamente útil, sin reacciones locales adversas ni aparición de metahemoglobinemia. Los niños tratados mostraron menor respuesta al dolor comparados con el grupo placebo ($p < 0.01$).

Los resultados son sin embargo menos categóricos que en adultos, quizá por ser niños con múltiples venopunturas previas.

Los autores recomiendan el uso aún en niños de 3 meses en adelante, cuando el riesgo de metahemoglobinemia es insignificante.

F. Heinen

PHmetría esofágica para detectar reflujo gastroesofágico en niños con atresia de esófago

(Esophageal PH monitoring for detecting gastroesophageal reflux in children with repaired esophageal atresia)

M. Montgomery, B. Frenckner.

Pediatr Surg Int 6:304-305, 1991.

Se analiza a un grupo de 12 pacientes operados por atresia de esófago con anastomosis primaria a los que se les realizó PHmetría esofágica de 24 hs. a la edad de 1, 3, 6 y 12 meses. En 5 pacientes el índice de reflujo fue mayor a 5%. De estos, 4 persistieron con índices elevados en los estudios posteriores y presentaron síntomas de RGE. Se concluye que la PHmetría al mes de vida en pacientes operados por atresia de esófago puede identificar precozmente a los pacientes con riesgo de presentar RGE sintomático.

M. Martínez Ferro