

Enterocolitis necrotizante: extensión de la lesión y tratamiento quirúrgicoL. Fasoli, R. A. Turi, L. Spitz et al
London, England*J. Pediatr Surg Vol 34 (7) pag 1096-1099, 1999*

No existe una conducta aceptada como la ideal en el tratamiento quirúrgico de la enterocolitis necrotizante (NEC). Las opciones incluyen drenaje peritoneal, ostoma proximal desfuncionalizante, resección con ostomía y resección con anastomosis primaria. El objetivo de este trabajo fue evaluar los resultados de los distintos tipos de tratamiento relacionados con la extensión de la enfermedad y si la resección de la válvula ileocecal empeora el pronóstico. El estudio realizado entre 1986 a 1996 incluyó a 161 pacientes con NEC de los cuales se operaron 99 y se evaluaron 83. El alto índice de operaciones se debe a que es una unidad neonatal quirúrgica. La extensión macroscópica de la enfermedad se clasificó en aislada (un segmento único) 25 pacientes, multifocal (si toma dos o más segmentos) 46 pacientes y panintestinal (si toma casi todo el colon y el intestino delgado) 12 pacientes. Fallecieron 25 pacientes, la mayoría dentro del mes del diagnóstico, siendo el peor pronóstico en las lesiones panintestinales que tuvieron una mortalidad del 66%. Cuarenta y cuatro pacientes fueron tratados con resección y anastomosis primaria (RA) y 39 con enterostomias (EN) con sin resección de intestino. De los 25 con NEC aislada, 18 fueron tratados con RA y 7 con EN en este grupo no hubo diferencias en la sobrevida de ambos grupos 89% (RA) y 86% (EN).

De los 46 con NEC multifocal, 26 fueron tratados con RA y 7 con EN en este grupo la sobrevida con RA fue del 85% contra un 50% con EN. De los 12 con NEC panintestinal todos fueron tratados con EN de los cuales 6 tuvieron además resección intestinal. La mortalidad fue del 66%. Los autores refieren que la resección de la válvula ileocecal no tuvo incidencia en la evolución, ni fue causa de secuelas. Los autores concluyen que el tratamiento de NEC con resección y anastomosis primaria es un método apropiado, seguro y efectivo.

R. Korman

Mecanismo de reflujo gastroesofágico en prematuros con enfermedad pulmonar crónica

O. C. Barnett, A. Sneal, G. Davidson et al.

Adelaide, Australia

J. Pediatric Surg Vol 34 (12) 1795-1798, 1999

Para poder evaluar las características de los eventos motores responsables del reflujo gastroesofágico (RGE) y el clearance ácido esofágico en pretérminos con enfermedad pulmonar crónica (EPC) se realizó en 14 pacientes entre 33 y 39 semanas de edad gestacional con EPC moderada a severa, una pH metría durante 2 a 3 horas postprandiales. Se registraron 26 episodios de RGE ácido, de los cuales 22 (85%) estaban relacionados con relajación transitoria del esfínter esofágico

inferior (EEI). Durante los periodos de acidificación esofágica (pH < 4), la secuencia de ondas peristálticas, relacionadas o no con la deglución limpió el reflujo ácido en forma más efectiva que las ondas de presión no peristálticas. Este patrón de relajación transitoria de EEI en pretérminos con EPC es el mecanismo predominante de GER; siendo los mecanismos de lavado esofágicos similares a los patrones funcionales que se presentan en los prematuros sanos.

R. Korman

Barotrauma pulmonar en hernia diafragmática congénita: correlación clínico-patológica

Y. Sankuraj, K. Azarow, E. Crzw y col.

Toronto, Ontario, Canadá

J. Pediatr. Surg Vol 34 (12) 1813-1817, 1999

Una de las principales estrategias terapéuticas para el tratamiento de la HDC ha sido la hiperventilación para revertir el shunt ductal. Pero esta ha sido cuestionada por la injuria al parénquima pulmonar como consecuencia de la alta presión. Los autores hicieron una revisión de la clínica y las autopsias para investigar dichas lesiones. Se investigó una serie de 223 HDC con 122 sobrevivientes y 68 de los 101 que fallecieron con hipoxemia severa. Durante un periodo de 14 años en las normas del servicio para revertir el shunt ductal se hiperventilaba para mantener un pCO₂ de 35 mmHg y un pH > 7.45. De este periodo se investigaron las autopsias para evaluar secuelas de barotrauma. Las evidencias se evaluaron macro y microscópicamente, en particular buscando membrana hialina, fibrosis intersticial, hemorragia pulmonar, bronconeumonía y neumotórax. El grado de hipoplasia se evaluó por el peso del pulmón en relación al del neonato y su edad gestacional. El 91% de las autopsias mostraron membrana hialina, el 6% tenía fibrosis intersticial, el 65% había tenido neumotórax (13% bilateral), el 50% tenía evidencias de hemorragia del parénquima pulmonar y el 34% tenía evidencias de bronconeumonía. El grado de hipoplasia pulmonar promedio fue de 60% ± 25%. El 10% de los fallecidos tenían cardiopatía. Estos resultados sugieren un alto índice de lesión pulmonar en este protocolo que incluía el uso de hiperventilación que incluía uso de PIP alta (> de 45 cm con H2O). Las lesiones se hacen evidentes luego de 3 días de ARM. El 50% de las hemorragias indican destrucción de la barrera alveolar-capilar. Aunque todos los autores reconocen que la hipoplasia pulmonar es el principal factor en la mortalidad de estos pacientes, en las autopsias realizadas había un 61% de pacientes con un grado no tan significativo de hipoplasia. Aunque este estudio es selectivo ya que se analizan pacientes severamente hipoxémicos con hiperventilación, se pueden mejorar los índices de sobrevida utilizando un nuevo protocolo permitiendo una "hipercapnia permisiva" protectora. Con esta filosofía se elevó la sobrevida del 53% que había entre 1981 a 1994 hasta el 80% entre 1995 a 1998.

R. Korman