ABDOMEN AGUDO
EN RECIEN NACIDOS Y LACTANTES

Dr. Leopoldo Briceño Iragorry, h. *
M.F.A.V.C.P.. M.A.S.V.C.

INTRODUCCION:

El abdomen agudo en este grupo etario, requiere para su tratamiento, un tiempo razonable de preparación preoperatoria, para llevar al niño a la intervención quirúrgica dentro de las mejores condiciones generales. En este tiempo el niño se hidrata, se corrige el desequilibrio hidroelectrolítico, se mejoran las condiciones respiratorias y urinarias y sobre todo se reduce la distensión abdominal. Este tiempo varía entre 6 horas para la atresia intestinal y 72 horas para los tumores abdominales. En este grupo etario, pocos son los padecimientos que requieren cirugía inmediata, ejemplo de esta conducta sería el onfalocele o exonfalos, defecto en el que se teme por la infección o la ruptura de las membranas que le envuelven; y la hernia diafragmática de Bocchdalek en el recién nacido puede ocasionar hipoxia con acidosis por lo que es necesario la intubación traqueal y el balance de la alteración metabólica. En algunos casos el niño llega al cirujano en condiciones físicas deplorables por retardo en el diagnóstico, aumentando así el pronóstico de morbilidad y mortalidad, que en estas condiciones llega a cifras de 30 y hasta 60%.

Por lo tanto de allí la importancia del conocimiento de estos procesos entre los pediatras. La oportunidad diagnóstica es una responsabilidad que no puede aludirse, ya que es uno de los factores más importantes para el pronóstico.

En recién nacidos y lactantes existen diferencias decisivas respecto a los adultos, en relación a las posibles causas y métodos diagnósticos, de modo que haremos mucho hincapié en las distintas etapas cronológicas.

Los síndromes que se observan con mayor frecuencias:

1.— **Sindrome de oclusión intestinal.** Con los síntomas de vómitos, distensión abdominal, dolor y ausencia de evacuaciones.

2.— **Síndrome de infección peritoneal,** es decir, peritonitis, agregándose fiebre, hipotermia, constipación o diarrea y resistencia o defensa muscular en el abdómen, así como datos importantes que proporciona el laboratorio.

---

* Profesor Asociado Facultad de Medicina U.C.V.
Cátedra Clínica y Terapéutica Quirurgica
Pediátrica. . 1979

3.— **Síndrome traumático,** en el cual predomina el estado de shock.

Sintomatología general:

En el diagnóstico exacto del proceso etiológico es muy importante tomar en consideración la edad del paciente. En el período del recién nacido predominan, sobre otras, las malformaciones congénitas del tracto gastrointestinal, por lo tanto, el síntoma más importante es el de oclusión intestinal. Luego en el lactante predomina la invaginación intestinal, siendo más frecuente alrededor del 6to. mes de vida, más adelante predomina el cuadro infeccioso apareciendo la apendicitis, como causa más usual.

Los síntomas de cada enfermo deben ser analizados con mucho detenimiento: vómitos, dolor, distensión abdominal, estreñimiento, diarrea, etc.

Inspección:

Nos ofrece datos muy valiosos la inspección del abdomen en lo que se refiere al aumento de tamaño generalizado o localizado.

El abdomen sin distensión más bien plano nos habla de ausencia de paso de aire a las asas intestinales; una distensión localizada al abdomen superior indica la probable existencia de una oclusión duodenal o intestinal. En cambio, la distensión completa de todo el abdomen sugiere la presencia de una oclusión intestinal baja o de una peritonitis, neumoperitóneo, debiéndose pensar también en la probable existencia de una fístula tráqueo-esofágica.

Si la distensión es localizada habría que pensar en quistes o tumores; siempre habría que hacer el diagnóstico diferencial en el ileoparalítico cuya frecuencia relativa con respecto a las otras mencionadas es mayor.

También la inspección de otras regiones, como son: la boca en busca de una salivación abundante típico de la atresia esofágica o también la región anal para no pasar por alto una imperforación anal, así como la región vulvar, pudiendo ser un hidrometrocolpos la causa del proceso, que nos ataque al recién nacido.

La observación de las ondas peristálticas, nos indica lucha intestinal existiendo con mucha frecuencia una obstrucción intestinal.

Auscultación:

Tiene como finalidad determinar el grado de lucha debido a una obstrucción o el silencio en el íleo-paralítico.

Palpación:

Medio importante para el diagnóstico diferencial en el niño una vez vencido el miedo propio de este grupo etario.

La palpación de la oliva en la estenosis pilórica siempre es posible en el lado derecho superior del abdomen. Una hernia atascada se diagnosticará solamente si palpamos la región inguinal.

Una tumoración semidura, en forma de salchica, típica de la invaginación intestinal se encontrará a nivel de hipocondrio derecho epigastrio. Así como también diagnosticamos la apendicitis buscando la serie de puntos dolorosos importantes en la región abdominal.

Inspección Rectal:

El tacto rectal, así como la inspección debe ser rutina en el examen de todo niño con sospecha de abdomen agudo.

Desde la ausencia de ano en la agenesia anal, hasta la expulsión de sangre en los pólipos rectales o la invaginación intestinal, pasando por la ocupación de espacio en los tumores intrapélvicos o procesos inflamatorios como la apendicitis aguda.

Exploración radiológica:

Es importante la radiografía simple del abdomen, sobre todo ante la sospecha de un íleo, malformación ano-rectal (posición invertida), etc., evitando así una sobrecarga radiológica importante como las exploraciones con medio de contraste, ya que en muchos casos permite establecer un diagnóstico provisional bastante seguro o incluso definitivo.

La presencia de datos, como son: neumoperitoneo, malrotaciones, ileoparalítico o mecánico, estenosis o atresias, calcificaciones, cuerpos extraños, condensaciones homogéneas de tumores, etc., son datos que podemos recoger con los estudios radiológicos.

Exámenes de Laboratorio:

Exámenes de orina, sangre y heces son importantes. El hemograma en los procesos infecciosos agudos para control leucocitario y de neutrófilos, así como el ionograma, eliminación de ciertos metabolitos del metabolismo de las catecolaminas (ácido vinil-mandélico) en los neuroblastomas o feocromocitomas.

PADECIMIENTOS MAS FRECUENTES

1. Recién nacido:
   - A. Síndrome oclusivo:
     - Malrotación intestinal
     - Atresia intestinal
     - Estenosis pilórica
     - Malrotación intestinal
     - Megacolon congénito
     - Páncreas anular
     - Ileomeconial
   - B. Síndrome infeccioso
     - Peritonitis
     - Exónfalos
   - C. Síndrome traumático (traumas del parto)
2. Lactantes:
   - A. Síndrome oclusivo
     - Investigación intestinal
     - Hernia encarcelada
   - B. Síndrome infeccioso
     - Perforación intestinal
     - Apendicitis aguda
   - C. Síndrome traumático

MANEJO DEL NIÑO (1)

Uno de los factores más importantes que han determinado el aumento de la supervivencia en la cirugía neonatal, es el mejor conocimiento de la fisiologia del niño y su respuesta metabólica ante la agresión quirúrgica y por ende la creación de centros de cirugía neonatal en donde el manejo pre y postoperatorio. anestesia y manejo de las complicaciones cardio respiratorias, se llevan a cabo por personal con conocimiento y experiencia en estos objetivos.

Es indudable el beneficio que las Unidades de Terapia han proporcionado en el manejo del niño en estado crítico. El sistema está basado en la vigilancia continua para poder aplicar un tratamiento racional e inmediato, lo cual se obtiene mediante un sistema que proporcione datos fisiológicos a intervalos específicos. esto se lleva a cabo mediante el monitoreo, el cual para fines prácticos, puede dividirse en continuo, intermitente u ocasional, en la siguiente forma:

Continuo:

a) Observación clinica de la enfermera

b) Monitoreo electrónico

E.C.G.
Presión arterial sistémica
Presión venosa central
Temperatura
Frecuencia respiratoria

Intermitente:

a) Observación clínica del médico

b) Ventilación

Volumen minuto
Volumen corriente

c) Análisis de sangre

Gases en sangre
Hb y Ht
Electrolitos
Osmolaridad

d) Análisis de orina

Volumen
Densidad

e) Exámenes radiológicos

Ocasional:

E.E.G.
Acido láctico y piruvatos en sangre
Gasto cardíaco
Resistencias periféricas
Distendibilidad pulmonar

El control de la temperatura del niño recién nacido y más en el prematuro es deficiente por lo cual deben ser colocados en incubadora. Las pérdidas de calor son hasta cuatro veces mayor por unidad corporal con respecto al adulto, ya que reacciona al frio con vaso construcción y aumento de producción de calor. Exposiciones prolongadas al frio producen bajas del CO_2 y aumento de la concentración ácida en el líquido extracelular, a la vez que hipoglicemia, siendo en muchas ocasiones la causa de paro cardíaco, aún antes de la intervención.

La transportación de estos niños a los centros especializados y también al quirófano debe ser realizada en forma adecuada, acostados de lado, para evitar vómitos y favorecer la expulsión de secreciones mucosas y así evitar la aspiración de estos fluidos. No deben ser desnudados para su transporte a la sala de operaciones, porque ello traduce una pérdida de calor muy importante y la incubadora debe ser conectada dentro del quirófano, no sacando al niño hasta que el anestesiólogo ha preparado todo su material, la instrumentista se ha lavado, así como los cirujanos y los ayudantes, también. Las extremidades de los pacientes recién nacidos deberán ser envueltas en "huata" preferiblemente antes de ser trasladados y el cuarto de operaciones a una temperatura de 30°C.

La humidificación de la atmósfera de la incubadora debe ser de 90% y si es necesario el oxígeno, no debe tener una concentración no mayor de 30% para evitar la posible fibroplasia retrolental.

En todo paciente que dé manifestaciones de obstrucción intestinal como serán la mayoría de los padecimientos que habremos de mencionar, deberá colocarse una sonda vasogástrica lo más gruesa posible que permita pasar por la fosa nasal para obtener así una buena descompresión del tubo gastro-intestinal alto, que interfiere marcadamente en los movimientos diafragmáticos del niño, que tienden a causar una insuficiencia respiratoria, a la vez que disminuye el riesgo de aspiración por vómitos. Otra medida que es válida en los padecimientos por mencionar, será la colocación de un cateter central, el cual nos permitirá una administración de líquidos y medicamentos, tanto en el período pre, trans y postoperatorio, así como la medición de la presión venosa central. Es conveniente colocar una sonda vesical con el objeto de poder cuantificar el volumen urinario horario para corroborar de esta manera si hay una buena perfusión renal y por ende una buena hidratación.

En todo recién nacido que va a ser intervenido quirúrgicamente será conveniente administrar plasma fresco o albúmina, lo cual ayudará a mantener una buena presión oncótica, así como factores de la coagulación adecuados. Administrar Vitamina K a razón de 1 mgm/Kg de peso, así como administrar antibióticos para gérmenes gramnegativos y grampositivos.

BIBLIOGRAFIA

1 FLISTON H., IZANT R.: The Surgical Neonate.
Ed. Appleton - Century - Crofts / New York. 1978.