

Omfalectomía en Recién Nacido

POR EL DR. MIGUEL R. SOBERON

El año de 1916, en el trabajo de ingreso a esta respetable Academia, hice constar los principios a que vengo sujetando mi proceder acerca de las hernias de los niños, cuya frecuencia es grande, y que, hay que agregar, son curables en una inmensa mayoría.

Se comenzará su tratamiento, como regla general, por la aplicación de un vendaje, bien eficiente por cierto en algunos casos. En las inguinales es de ordenarse el braguero de hule (perfectamente lavable), con pelotas de insuflación, que se recomiendan dobles, porque, aun en caso de que sea solo una hernia, sostienen el anillo contrario también, predispuesto cuando menos, a otra hernia más; y asimismo, como porque fijan el aparato.

En las umbilicales se impone actualmente a mi juicio el procedimiento que aprendí en postgraduados en N. York en 1910, al Dr. Scott, que es de resultados excelentes, siendo facilísimo y a la mano de todo el mundo; pero que, me consta, no se ha generalizado suficientemente entre nosotros, como fuera de desearse. Consiste en la reducción del saco por inversión de él, seguida de su plegadura, que es sostenida por vendotes de tela adhesiva al óxido de zinc, que lastima muy poco la piel, y que se sostiene particularmente desde las regiones laterales; imbricándolas o haciéndolas afectar la forma de una estrella. Se puede bañar al niño, sin que se desprendan; y el resultado se obtiene por regla general a las 3 o 4 semanas de aplicadas. Se da en consecuencia de mano a los bragueros de muelle, impropios de los niños, sucios y fáciles de desalojarse; y a las fajas de bola mediana, en las hernias umbilicales, que son ilusorias casi siempre, pues solo acabadas de poner están en su lugar.

Por fin, insistía yo en la conveniencia de recurrir sin vacilaciones, en su caso, y como procedimiento científico e insubstituible, al tratamiento quirúrgico, como se practica corrientemente en las grandes clínicas, evitando los enormes peligros, mucho mayores, sin comparación alguna, que los de la intervención, que es inocua, practicada en frío y en las condiciones debidas y de asepsia perfecta.

Ultimamente, nota atingente, ví como en «*Enfants Malades*»: el habilísimo anciano gran cirujano de niños, Brocn, muerto a poco de mi venida, practicaba de continuo estas intervenciones, haciendo uso de su sutura metálica que en asa coje desde el exterior el anillo inguinal. Luego se tuerce el hilo sobre una compresa de gasa, encima de la piel. A los 6 días se quita, evitándose los inconvenientes posibles de las suturas abandonadas en la intimidad de los tejidos.

Ultimamente vino a aumentar mi acervo en el asunto, un caso digno por mil títulos de documentarse. Me refiero al siguiente: el día sábado 8 de agosto de 1925, mi respetable sabio maestro y amigo el Dr. D. Gregorio Mendízabal me hizo la distinción de confiarme un niño acabado de nacer, que presentaba el rarísimo caso del «*exomfalo*» u «*omfalocele* congénito». El bebé estaba muy bien desarrollado, pesaba cerca de 4 kilos, y sin otra deformación coexistente, como de ordinario acontece en estos casos: pie zambo, espina bífida, extrofia de la vejiga, etc. Los padres, honrados artesanos, obreros jóvenes, son sanos. Era el primer niño. El cordón umbilical, era grueso, al contrario de como lo señalan los autores en otros casos de *exomfalo*, ofrecía en su implantación a la pared abdominal, y con predominio hacia adelante y hacia arriba, un ensanchamiento translúcido, azulado y de paredes delgadísimas, plegables. Como una cúpula débil, del tamaño de una naranja mediana, una media esfera a través de la cual se veían clarísimamente y de la manera más interesante, las asas intestinales delgadas, con sus movimientos peristálticos, alojados en parte en dicha cúpula que era ajena a los vasos funiculares, rechazados hacia abajo. En cambio, no se veía el epiplón, a esta época de la vida, aun no desarrollado. Era la hernia intrafunicular de Richet por distensión del canal del mismo autor; no se toma a esta época de la vida en consideración la fascia tamt ién llamada de Richet, a la que Sacht da tanta importancia en los desarrollos de las hernias umbilicales subsiguientes. También se llama esta hernia: *adfunicular* de Gerdy. Se habla de que en ella la tracción del cordón predispone, cuando coincide con la persistencia del canal vitelino, según Piccland. Esto pasaba en el Sanatorio de la «*Unión des femmes de France*». Como pudiera operarse en seguida, procedí a hacerlo, a las 8 horas del nacimiento, acompañado por el Dr. Luis G. Garduño, con todo éxito. Es el niño más pequeño en edad que haya operado fuera del vientre de la madre. Se le ministraron unas gotas de éther calentado, con lo que se pudo proceder a practicar la omfalectomía, excindiendo aquella gelatina de Wharton alrededor, pero no sin comprender una porción pequeñísima de la pared misma sangrante, para avivar y asegurar así la cicatrización de tejidos viables y no destinados a desprenderse, como los constitutivos del ombligo, condenados a la esfacele. Se mantuvieron reducidas las vísceras con cierta

facilidad, dado que el niño no lloraba ni pujaba. Hacia abajo se ligaron los 3 vasos funiculares cuidadosamente. Se procedió en seguida a la sutura profunda de las paredes abdominales por planos, con catgut, el peritoneo, con hilo de plata el plano muscular y grapas la piel. Curación aséptica y buen vendaje.

Naturalmente que las Sritas. enfermeras que me ayudaron, recibieron conmigo una extraña impresión de la mayor importancia.

Llevado el niño al lado de su madre en la Colonia de la Bolsa, esa noche, la pasó tranquilo, durmiendo, y desde luego, se pegó al seno, extrayendo los calostros, purgante natural del meconio, y siguió perfectamente. A los 6 días quité el apósito y las suturas metálicas y grapas, sosteniendo los bordes recién cicatrizados con largas tiras de tela adhesiva que se sostenían a lo lejos en sus regiones laterales. Una de las Sritas. aficionada a la fotografía, tomó la que muestro, que apenas da idea, porque se veló. La pieza anatómo-patológica, conservada en solución de formol y glicerina está ahí; para que no pierda la forma está la bolsa rellena de algodón.

El niño ha crecido sano y hermoso, siendo de familia agradecida que me lo ha brindado para traérselo en su oportunidad.



EDAD DOS MESES VEINTIDOS DIAS. PESO 6 KS. 500 GRMS.

Niño Rafael Granados, operado al nacer de omfalocoele a las 8 horas el sábado 8 de agosto de 1925 (con cerca de 5 kilos de peso).

El exomfalo, aplasia congénita de la pared abdominal, es interesante por su rareza, por su aspecto, y sobre todo porque, sino se trata oportuna y debidamente, condena a muerte de seguro al infeliz infante que lo lleva; conocimiento de esta consecuencia obligada que debe no ser olvidada por los médicos, y conocida suficientemente por parteros, practicantes y enfermeras, y aun por las familias en su caso. Siendo formado por tejidos condenados a caer en necrobiosis, en gangrena aséptica, la evisceración es fatal, si no se interviene a tiempo, con la muerte obligada por el fuerte choque y la peritonitis consecutiva. Debont en cambio refiere de una curación espontánea por granulación encima de la superficie serosa, pero no hay que contar con tal eventualidad jamás.

En esta Academia alguna vez distinguido especialista de medicina infantil nos refería sus impresiones sobre la materia que tuvo en alguna clínica, entiendo de los Estados Unidos, donde se operó un exomfalo en su presencia, más amplio que el de mi práctica, que ameritó grandes autoplastias laterales. He oído decir que también en el Hospital General se ha dado no ha mucho un caso semejante, aunque no sé si sería operado y con qué resultado.

Yo intervine luego, porque el niño estaba en excelentes condiciones. Omberedanne recomienda operar al día siguiente del nacimiento. Pero otros cirujanos de niños lo han operado hasta a la hora, como lo expresa A. Sosset Berget da una estadística de 32 intervenciones con 22 éxitos.

Las condiciones de resistencia, de viabilidad, son principalísimos elementos para obtener buen éxito, porque no basta operar bien el exomfalo. Yo recuerdo un caso de gran caso de meningocele suboccipital que operé, (por intentar una remotísima probabilidad) y perdiendo al niño, aunque estaba apirético y sin infección alguna al morir; porque los bordes de la herida operatoria se separaron sin tendencia a cicatrización alguna, no obstante la exacta sutura por planos. El líquido céfalo-raquídeo se escapaba de continuo fatalmente y este caso de hace muchos años se puede dar en el onfalocele en un niño de proceso cicatricial torpe o imposible.

Viniendo a las causas y clasificaciones de esta hernia, hay que recordar que predispone la circunstancia de que en los primeros tiempos del desarrollo la cara ventral del embrión humano es ampliamente abierta: las asas intestinales, el pedículo de la vesícula umbilical, el pedículo y los vasos alantoides se escapan por esta vía u ombligo cutáneo. Atrofiada la vesícula alantoides, el ombligo disminuye de amplitud, queda la membrana inferior renitente de Rathke, epitelio de tipramniótico que no es más que la somatopleura. El uraco y las arterias umbilicales jalan después hacia abajo la cicatriz umbilical, cuya parte superior queda formada por la piel y el peritoneo adheridos.

Las láminas ventrales (Hirmisson) pueden detenerse en su desarrollo y producirse la deformidad en más de dos períodos, dice Forgue; en el embrionario, cuando se forma la pared, o en el segundo, el fetal, cuando se forma el ombligo.

La hernia adfunicular del niño Rafael Granados, que éste es su nombre, era fetal, pues ya formado el celoma, había peritoneo libre, es decir, fue posterior al tercer mes de vida intrauterina. La embrionaria tiene otra forma anatómica: lleva gelatina de Wharton, comprende dentro de esta membrana amniótica de Rathke, arriba el hígado sin su cápsula de Glisson, cuya decorticación puede matar por hemorragia incorregible, y en la parte inferior la asa intestinal en relación con el canal vitelino omfalo-entérico, el divertículo de Meckel, y el uraco originan las fistulas fecales y urinarias correspondientes.

La hernia embrionaria puede ir del esternón al pubis y de un flanco al otro; enormes tumores incompatibles con la vida, ectopias, más bien monstruosidades teratológicas. Se ha hablado de un monstruo eterodelfo que nació con una cicatriz radiada producto de la curación intrauterina de una hernia embrionaria, como de algo curioso.

La cirugía infantil presenta casos como éste, de omfalectomía en el recién nacido, muy merecedores de estudio y que no deben perderse en la vorágine de la práctica diaria.

Miguel R. Cordero
