

CIRUGÍA PEDIÁTRICA I

Atresia esofágica

- Clínica: salivación excesiva, cianosis, distrés al alimentarse.
- Diagnóstico sospecha: imposibilidad de pasar SNG.
- Rx: sonda termina en “fondo de saco”. Aire en abdomen → fístula traqueoesofágica; sin aire → atresia pura.
- Asociación: VACTERL.
- Identificar y referir inmediato.

Atresia duodenal

- Clínica: vómitos biliosos precoces.
- Rx: signo de la doble burbuja.
- Asociación: síndrome de Down (30%).

Vómito bilioso = obstrucción intestinal → referir urgente.

Atresia intestinal

- Clínica: vómitos biliosos, distensión abdominal, ausencia de eliminación de meconio.
- Rx: asas dilatadas, “triple burbuja”.
- Asociaciones: onfalocele, gastrosquisis.

Patología abdominal neonatal más frecuente → referir.

Atresia de vías biliares

- Clínica: ictericia colestásica (predominio directa), coluria, acolia.
- Edad: 2–4 semanas.
- Dato clave: no suele asociarse a otras malformaciones.

Todo RN con ictericia colestásica persistente → referir urgente (cirugía precoz mejora pronóstico).

Hernia diafragmática congénita

- Clínica: distrés respiratorio grave al nacer, abdomen excavado, ruidos intestinales en tórax.
- Imagen prenatal: asas y estómago en tórax, desplazamiento cardíaco.
- Fisiopatología: hipoplasia pulmonar + hipertensión pulmonar (lo que mata).

RN con distrés + abdomen excavado → referir inmediato.

Manejo inicial: intubar, NO bolsa/máscara con presión positiva.

Onfalocele

- Defecto de la línea media, recubierto por saco peritoneal.
- Se asocia a múltiples malformaciones (cardíacas, cromosómicas).
- Puede ser pequeño con muchas asociaciones o grande sin ellas.

Manejo inicial: cubrir con gasas húmedas estériles, estabilizar, referir.

Gastrosquisis

- Defecto paraumbilical derecho, sin saco, asas expuestas edematosas.
- Más frecuente que el onfalocele.
- Pierde líquidos y calor muy rápido.

Manejo inicial: cubrir con bolsa plástica estéril (bolsa de Bogotá), líquidos IV, calor → referir urgente.

ALGORITMO DE IDENTIFICACIÓN RÁPIDA

1. Salivación excesiva + no pasa SNG → Atresia esofágica.
2. Vómitos biliosos + doble burbuja → Atresia duodenal.
3. Vómitos biliosos + asas múltiples → Atresia intestinal.
4. Ictericia colestásica persistente (2–4 sem) → Atresia de vías biliares.
5. Distrés + abdomen excavado + ruidos en tórax → Hernia diafragmática.
6. Masa en línea media con saco → Onfalocele.
7. Defecto paraumbilical derecho sin saco → Gastrosquisis.

Atresia esofágica

- Signo de sospecha: imposibilidad de pasar SNG (PE).
- Rx: sonda en “fondo de saco”.
- Aire en abdomen = fístula traqueoesofágica; sin aire = atresia pura.
- Asociaciones: VACTERL (PE).
- Clínica típica: salivación excesiva, cianosis y tos al alimentarse.

Atresia duodenal

- Clínica: vómitos biliosos precoces.
- Imagen: signo de la doble burbuja (PE).
- Asociación más frecuente: síndrome de Down (30%).
- Diferencia: vómito bilioso siempre indica obstrucción distal a la ampolla.

Atresia intestinal

- Clínica: vómitos biliosos, distensión abdominal, no elimina meconio.
- Rx: asas múltiples dilatadas, triple burbuja.
- Asociación: onfalocele y gastrosquisis.
- Urgencia abdominal neonatal más frecuente (PE).

Atresia de vías biliares

- Clínica: ictericia colestásica persistente, con acolia fecal + coluria (PE).
- Edad típica: 2–4 semanas de vida.
- Dato clave: no se asocia a otras malformaciones (PE).
- Importancia: requiere cirugía precoz (portoenterostomía de Kasai).

Hernia diafragmática congénita

- Clínica: distrés respiratorio grave + abdomen excavado (PE).

- Hallazgo: ruidos intestinales en tórax, desplazamiento mediastínico.
- Fisiopatología letal: hipoplasia pulmonar + hipertensión pulmonar (PE).
- Manejo inicial: intubación inmediata, NO ventilación con máscara.

Onfalocele

- Defecto en línea media, recubierto por saco peritoneal (PE).
- Asociaciones: cardíacas, cromosómicas, genitourinarias.
- Manejo inicial: cubrir con gasas húmedas estériles + estabilizar.
- PE: "Patología abdominal neonatal más asociada a otras malformaciones" → Onfalocele.

Gastrosquisis

- Defecto paraumbilical derecho, sin saco, asas expuestas edematosas (PE).
- Más frecuente que onfalocele.
- Complicación inicial: pérdida de líquidos y calor.
- Manejo inicial: cubrir con bolsa plástica estéril, líquidos IV, calor.
- PE: "Defecto abdominal neonatal más frecuente" → Gastrosquisis.