

Elizabeth Hernández López¹ Ana Karen Moreno Martínez² Priscila Lorena Cantú Saucedo²
1. Hospital Infantil de Especialidades de Chihuahua

OBJETIVO

Tratar una herida dehisciente e infectada derivada de piloromiotomía + duodenoplastía + colocación de drenaje Penrose con apósitos de tratamiento avanzado de heridas (TAH).

INTRODUCCIÓN

La estenosis hipertrófica del píloro (EHP) es una de las causas más comunes de cirugía en pacientes neonatos en las primeras 4 semanas de vida. Es un trastorno producido por hipertrofia del músculo pilórico, que genera obstrucción progresiva del vaciamiento gástrico.¹

Actualmente se desconoce la etiología específica, aunque existen hipótesis que buscan explicar su origen. La mayoría de los casos afecta principalmente a varones, de raza blanca, primogénitos, de población rural y alimentados con biberón, existiendo una clara predisposición familiar. El vómito es el síntoma constante y característicamente es postprandial inmediato, con frecuencia en proyectil y no bilioso, que puede desencadenar deshidratación, desnutrición, y alteraciones metabólicas e hidroelectrolíticas.¹

Su incidencia es de 2 – 5 pacientes por cada 1000 nacimientos. El Gold Standard para el tratamiento es la piloromiotomía de Ramstedt, que ya que es un procedimiento seguro que permite la liberación de la constricción y el paso del contenido gástrico. Aunque no hay diferencia en las complicaciones postquirúrgicas o clínicas, se ha evidenciado que la técnica laparoscópica produce menor estancia hospitalaria y regreso a la alimentación oral en lapsos menores que la cirugía abierta, por lo que se posiciona como la mejor técnica correctiva.¹

Una de las principales complicaciones es la perforación de la mucosa en el extremo del duodeno lo cual puede conducir al desarrollo de infecciones en el sitio quirúrgico.² La disponibilidad actual de agentes antimicrobianos que pueden ser utilizados en pacientes neonatos es limitada por lo que se ha implementado el uso de apósitos antimicrobianos bacteriostáticos como **Cutimed® Sorbact®** que pueden ser utilizados con seguridad y eficacia en este tipo de pacientes.³

METODOLOGÍA

Masculino pretérmino de 32 sdg, cursando su día 22 de vida extrauterina, obtenido vía parto vaginal, sin complicaciones, con diagnóstico de estenosis hipertrófica del píloro. Se realizó una piloromiotomía de Ramstedt, durante el procedimiento quirúrgico se lesionan 5 cm de duodeno, el cual se repara mediante duodenoplastía y colocación de drenaje Penrose para manejo de fluidos en sitio quirúrgico. El paciente presentó dehiscencia de la herida quirúrgica, con exudado purulento, tejido esfacelar y datos locales de infección. Se realizó un cultivo del exudado de la herida y se inició un tratamiento con doble esquema de antimicrobianos y de forma local se realizó TAH con **Cutimed® Sorbact®**, **Cutimed® Gel** y **Cutimed® Siltec®**.



Figura 1.

RESULTADOS

Durante la valoración se determinó el tamaño de la herida: 8 cm x 6 cm. La herida presentó dehiscencia en el periodo postquirúrgico, con tejido esfacelado presente en el lecho de la herida en un 70%, tejido en granulación en un 30%, bordes bien definidos y piel perilesional sin alteraciones al momento de la valoración [Fig. 2.1]. La herida quirúrgica mostró datos clínicos de infección por lo cual se realizó un cultivo del exudado con resultado de multiresistencia bacteriana, por esta razón se inició un tratamiento con doble esquema antimicrobiano con meropenem y vancomicina IV; de forma local se realizó cura avanzada de heridas con **Cutimed® Sorbact®**, **Cutimed® Gel** y **Cutimed® Siltec®**. [Fig. 1]

Durante el día 1 a 3 se utilizó como tratamiento tópico inicial White Foam y apósitos impregnados con plata, sin evolución favorable en el cuadro clínico, por lo cual se decidió cambio de TAH y se inició terapéutica con **Cutimed® Sorbact®**, **Cutimed® Gel** para estimular desbridamiento autolítico y manejo de control de la infección en el lecho de la herida. Además se utilizó como apósito secundario **Cutimed® Siltec®** por 14 días [Fig. 2.2 a 2.6]. Después de 9 días de tratamiento se decidió realizar desbridamiento mecánico [Fig. 2.7] y posteriormente se observó una disminución del 50% en el tamaño de la herida y un lecho con 100% de tejido en granulación y sin presencia de fibrina [Fig. 2.8]. A los 20 días la herida se redujo un 80% y el lecho de la herida se mantuvo sin presencia de infección. Se continuó el tratamiento con **Cutimed® Hydro® L** hasta el cierre, el cual se produjo al día 23 cerrando al 100% y se decidió alta con seguimiento por consulta externa de cirugía pediátrica. [Fig. 2.9].

CONCLUSIONES

La cicatrización de la dehiscencia quirúrgica se logró en 23 días con el uso **Cutimed® Sorbact®**, **Cutimed® Gel** y **Cutimed® Siltec®**, apósitos para cuidado avanzado de heridas que pueden ser utilizados con seguridad y efectividad en pacientes neonatos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.M.C. Bravo Bravo* y P. García-Herrera Taillefer. Estenosis hipertrófica de píloro. Revista Médica Sinergia Vol.3 Num: 11 Noviembre 2018 pp: 10 – 13
- 2.Sepúlveda-Vildósola, Ana Carolina; Piedra Buena-Muñoz, Esmeralda; Partida-Justo,Irving; Campos-Lozada, Ileana. Abordaje quirúrgico para cirugía por obstrucción intestinal en neonatos. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 53, núm. 6, noviembre/diciembre, 2015, pp. 698-703.
- 3.J.P. Totty,1 MBBS, Clinical Research Fellow; N. Bua,1 MBBS, Academic Foundation Doctor; G.E. Smith,1 MD, NIHR Clinical Lecturer; A.E. Harwood,1 MSc, PhD Research Fellow. D. Carradice,1 MD, Consultant Vascular Surgeon; T. Wallace,1 MD, NIHR Clinical Lecturer; I.C. Chetter,1 MD, Professor of Vascular Surgery and Consultant Vascular Surgeon. Dialkylcarbamoyl chloride (DACC)-coated dressings in the management and prevention of wound infection: a systematic review Academic Vascular Surgical Unit, Hull Royal Infirmary, Anlaby Road, Hull, 2017, HU3 2JZ, UK.



Día 1. Postquirúrgico inmediato.



Día 4. Inició con **Cutimed® Sorbact®** e hidrogel. Se cubrió con apósito hidrocélular por 2 días.



Día 6. Continuó con **Cutimed® Sorbact®**, **Cutimed® Gel** y apósito hidrocélular **Cutimed® Siltec®** por dos semanas.



Día 8.



Día 10.



Día 12.



Día 13. Se aplicó anestesia local con lidocaína tópica y se realizó desbridamiento.



Día 14.



Día 20. Apósito hidrocólido **Cutimed® Hydro® L** hasta el cierre. Día 23 cerro al 100% y se dio de alta.

Figura 2. Tratamiento con diferentes apósitos de Cutimed®