



R.S.

8283

H Cl.: 322468

**Nace: 01/07/10**

**36 semanas 3100 gr. Cesárea.**

**Dificultad respiratoria ¿Aspiración? ARM**

**Ecografía cerebral y cardíaca s/p**

**Deterioro progresivo**

**Débito OG escaso bilioso**

**Abdomen Globuloso tenso doloroso**

**No tiene deposiciones**

**06/07/10 5to día**

**Es derivado a una neonatología de mayor complejidad  
con diagnóstico de sepsis y enteritis necrotizante**

**Hemodinamicamente estable**

**Plaquetas 150000**

**Abdomen tenso doloroso Pared con edema y  
de color rojo violáceo**

**Débito OG escaso bilioso No tiene deposiciones**

**Se trata y medica como ECN**

R.S.

8283

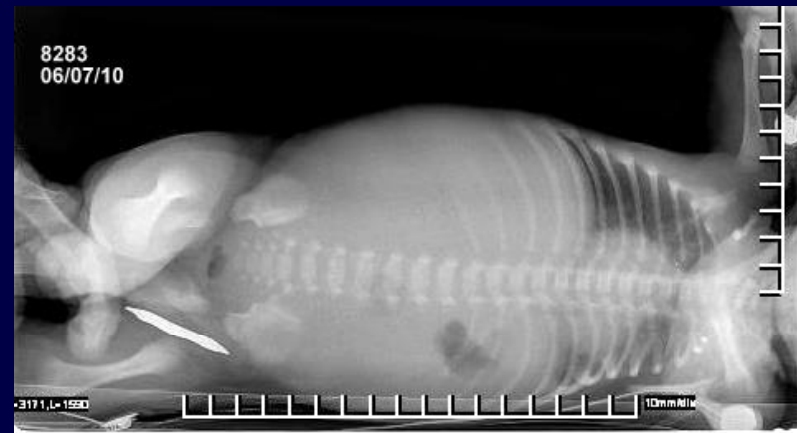


Rxs...

R.S.

8283

**Rxs. 06/07/2010**

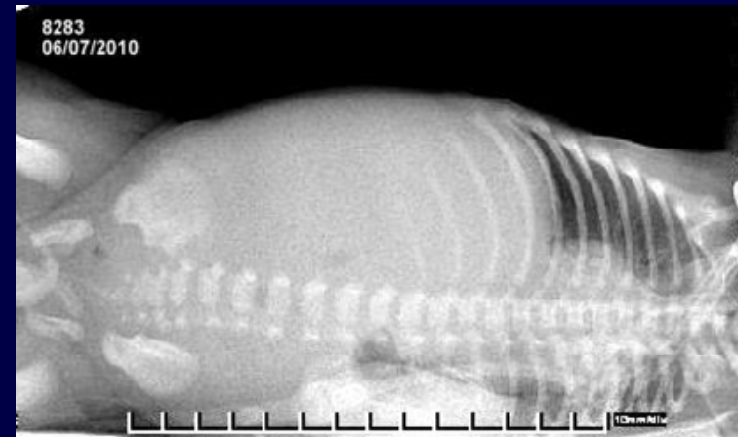


**Se asume como NEC...**

R.S.

8283

Rxs 06/07/2010 por la tarde



## PREGUNTA 1

**Rx de abdomen sin aire con solo imagen aérea en estomago**

**¿Cuál de esta afirmación es falsa?**

- 1. Atresia de píloro**
- 2. Oclusión duodenal**
- 3. Malrotación intestinal**
- 4. Vólvulo de intestino medio**
- 5. Ileo meconial**

Respuesta 1

**Ileo meconial**



R.S.

8283

07/07/2010 7º día Estable plaquetas igual Abdomen peor  
Débito OG escaso No tiene deposiciones



Se consulta a cirugía

R.S.

8283

**08/07/2010 Disminuyen plaquetas Mas inestable**  
**8ª. día Abdomen tenso doloroso importante edema de pared**  
**Rubor periumbilical**

**SE OPERA**

Se indica cirugía con diagnóstico de vólvulo de intestino medio

Laparotomía (08/07/2010)

- ✓ Intestino distendido, paredes firmes edematizadas congestivas rojo violáceo con áreas negras, firme.
- ✓ Adherido a pared y entre ansas
- ✓ No se puede eviscerar hasta que se libera y en masa se rota
- ✓ en sentido contrario a las agujas del reloj (2 vueltas)
- ✓ Ciego y colon ascendente en epigastrio (“volviendo”)

R.S.



8283

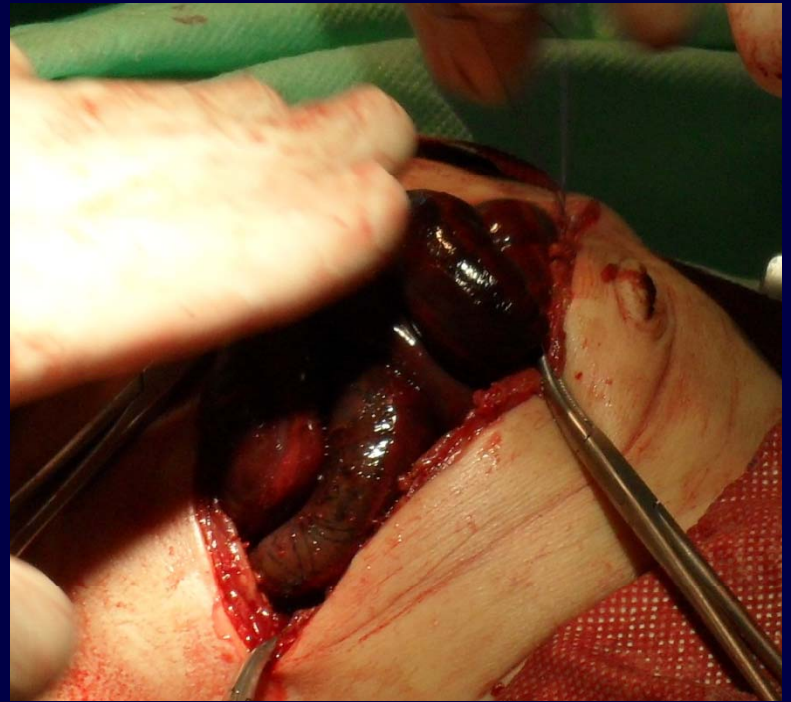


**!8º. día de vólvulo, isquemia y necrosis!**

R.S.



8283



**R.S.**

**8283**

**CIRUGIA:**

- ✓ **Enterolisis**
- ✓ **Desvolvulación**

## **PREGUNTA 2**

**Una vez des volvulado el intestino necrótico. ¿ Cual es la conducta mas indicada?**

- 1. Resecar todo el intestino necrótico + ostomía proximal**
- 2. Re introducir el intestino y re opera a las 6 horas para observar recuperación**
- 3. Resecar sin ostomizar**
- 4. Re introducir el intestino y tratar como una ECN y operar cuando el paciente lo requiera**
- 5. Re introducir el intestino y se indica tratar como una ECN**

## **RESPUESTA 2**

**Re introducir el intestino y tratar como una ECN  
y operar cuando el paciente lo requiera**



**(8 días pos qx)**

**Estable. Mínimo requerimiento de ARM**

**Débito OG escaso claro**

**Deposición mucosa + meconio**

**Abdomen globuloso indoloro depresible  
pero ocupado..**

**(11º. día pos qx)**

**Estable Sin respirador En alimentación parenteral**

**Abdomen globuloso doloroso. Tumefacción y rubor en herida**

**Se divulsiona y drena abundante líquido hemopurulento**

**Se deja Argyll 7F como drenaje**

R.S.

8283

**22/07/10** (14 días pos qx)

**Bien Abdomen globuloso, tenso, indoloro.  
Escaso drenaje serohemático**



R.S.

8283

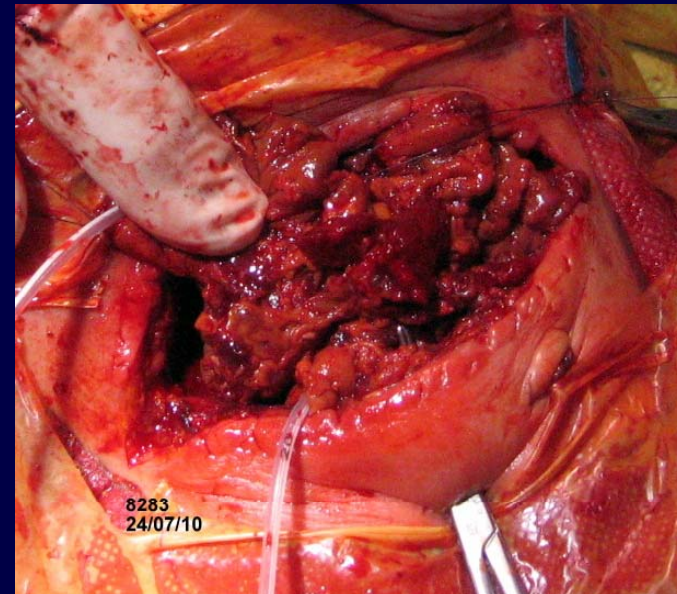
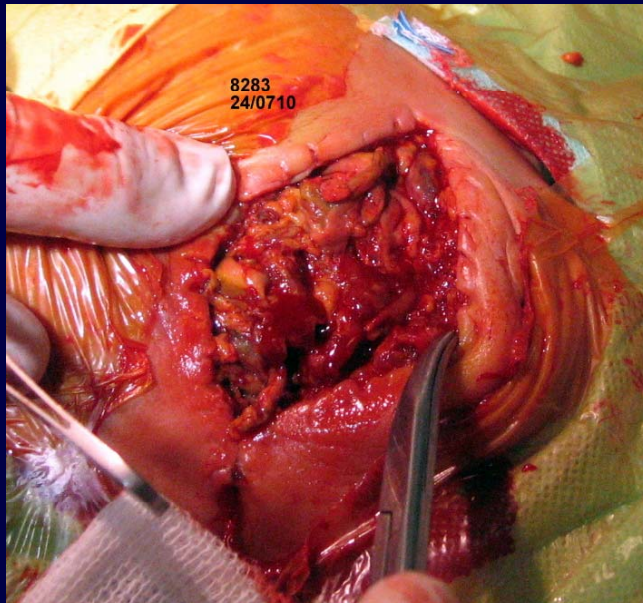
24/07/10 (16 días pos qx )

Re Operación

**Se encuentra:**

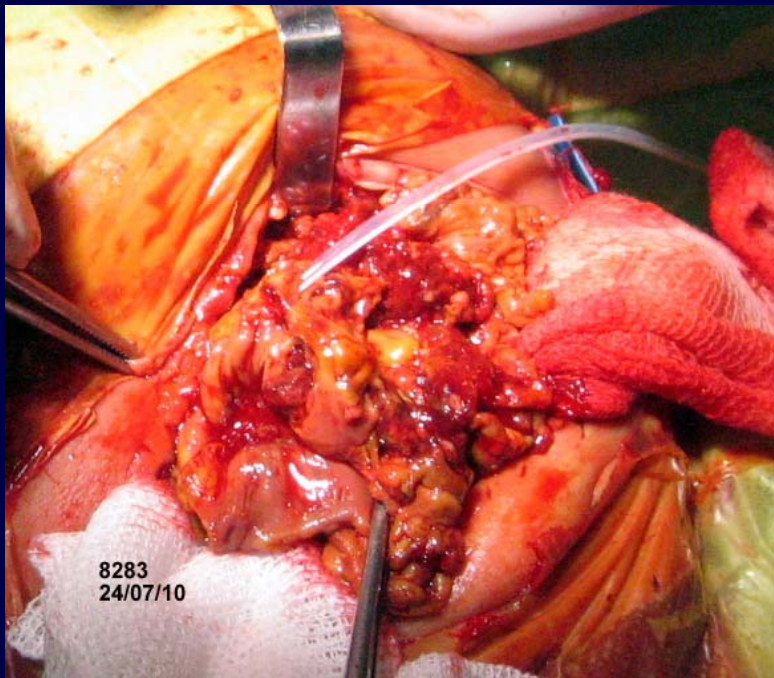
**masa central friable necrótica de meso y ansas  
intestinales no recuperables.**

**Duodeno ¿amputado? en tercera porción, no se puede  
llevar a piel. Se deja sonda Pezzer en su luz.**



R.S.

8283



R.S.

8283

**26/07/2010**

**Bien Estable Drena bilis clara por sonda de duodenostomía**

**30/07/2010**

**Débito OG por momentos  
bilioso**

**Se salió sonda Pezzer  
duodenal.**

**Fístula enteral por herida (por  
momentos se cierra)**

**Pasa un mes con nutrición parenteral, gana peso bien, pocas complicaciones  
Se prepara para atención domiciliaria e incluirlo en lista de transplante**

**Abdomen globuloso. Herida firme por momento drena bilis  
por un ángulo de la misma**

R.S.

8283



**Rx 07/09/2010 (Edad 69 días)  
(45 días de la última cirugía)**

¿?

## PREGUNTA 3



¿Dónde está el aire?

1. ¿En duodeno dilatado?
2. ¿neumoperitoneo?
3. ¿en yeyuno?
4. ¿en colon?
5. ¿en ileon?

## RESPUESTA 3

En yeyuno



## **PREGUNTA 4**

**¿Cómo se estudia para confirmar la sospecha diagnóstica?**

- 1. Ecografía abdominal**
- 2. Estudios contrastados con soluciones radio opaca**
- 3. Estudios contrastados con mas aire**
- 4. RNM**
- 5. TAC**

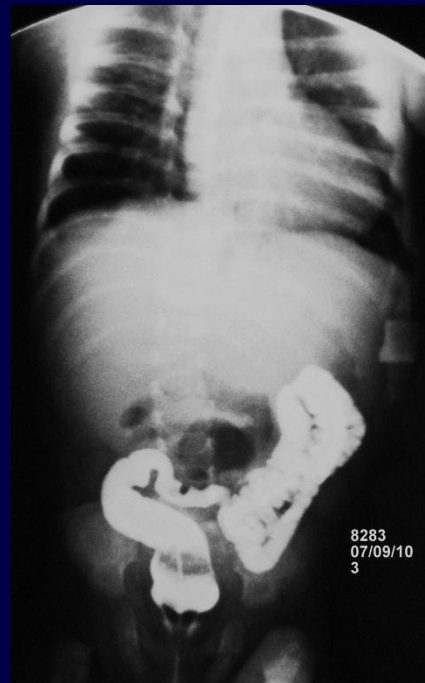
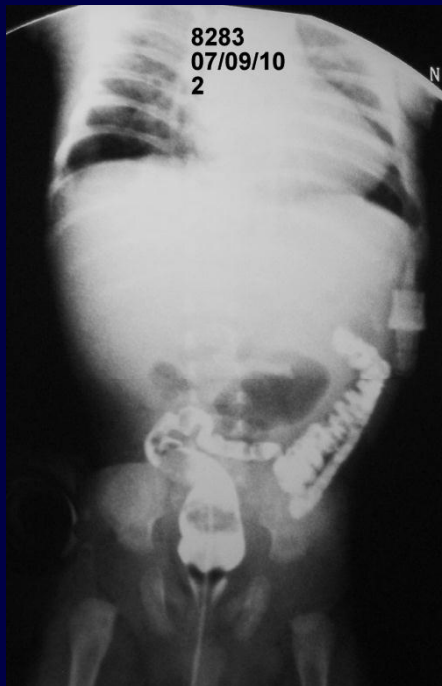
## **RESPUESTA 4**

- 1. Estudios contrastados con soluciones radio opacas**

R.S.

8283

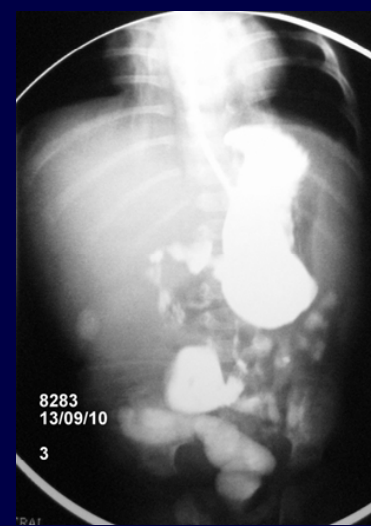
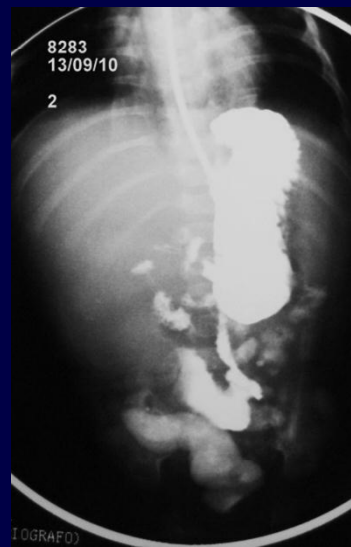
**07/09/2010: Colon contrastado por enema**



R.S.

8283

**13/09/2010 Tránsito GI con triyoson GI**



**Yeyuno dilatado y con actividad peristáltica**

R.S.

8283

3 meses

**Se interpreta que la ostomía duodenal (Pezzer) fue lateral,  
y quedó yeyuno distal.  
Se decide explorar**



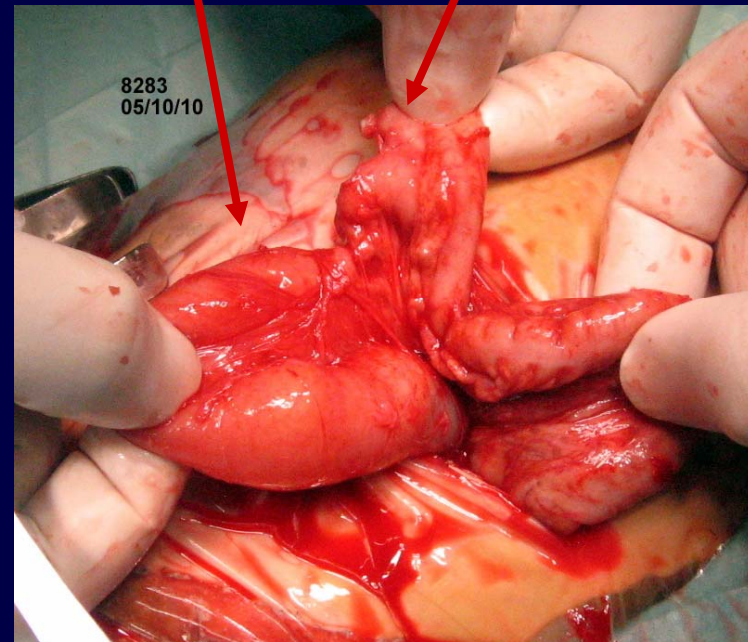
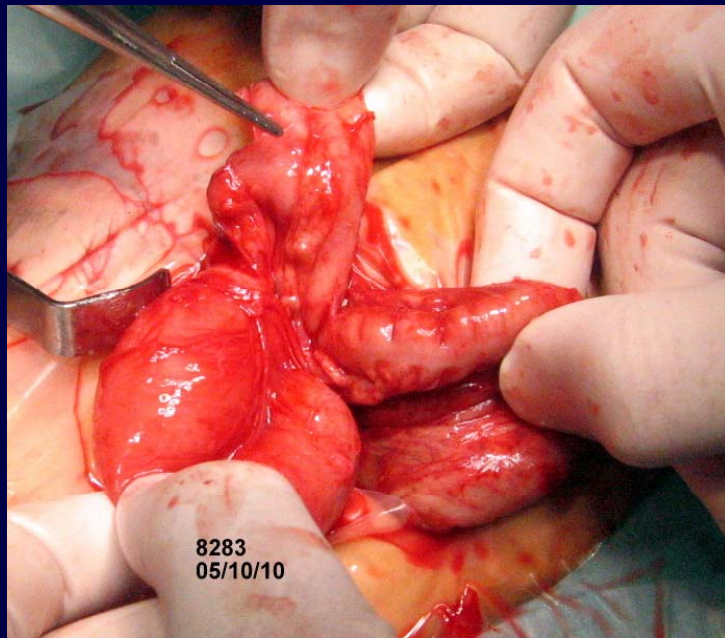
R.S.

8283

**05/10/10 CIRUGIA (3 meses)**

“clava” yeyunal”

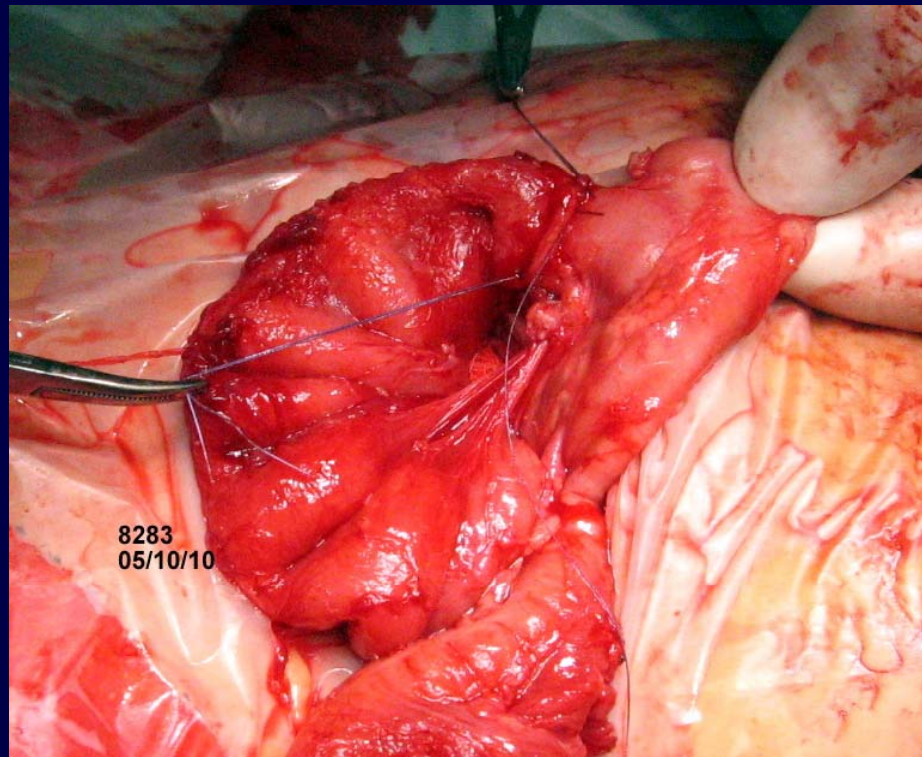
Apéndice y ciego



R.S.

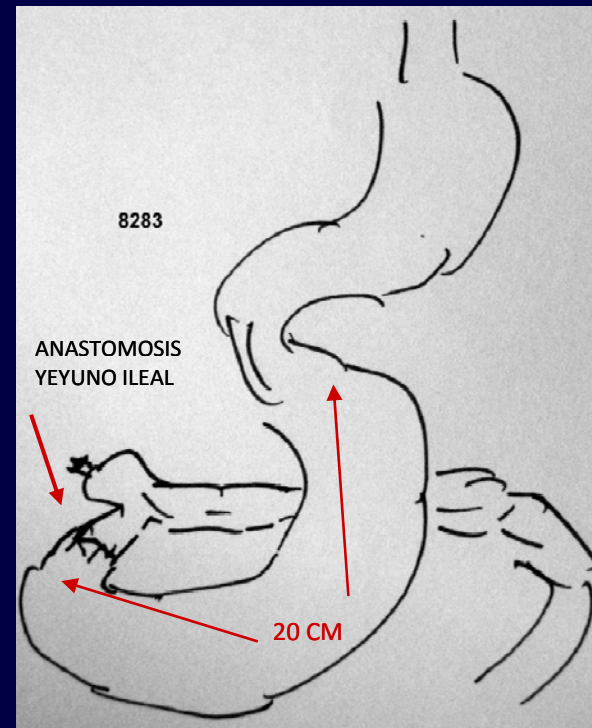
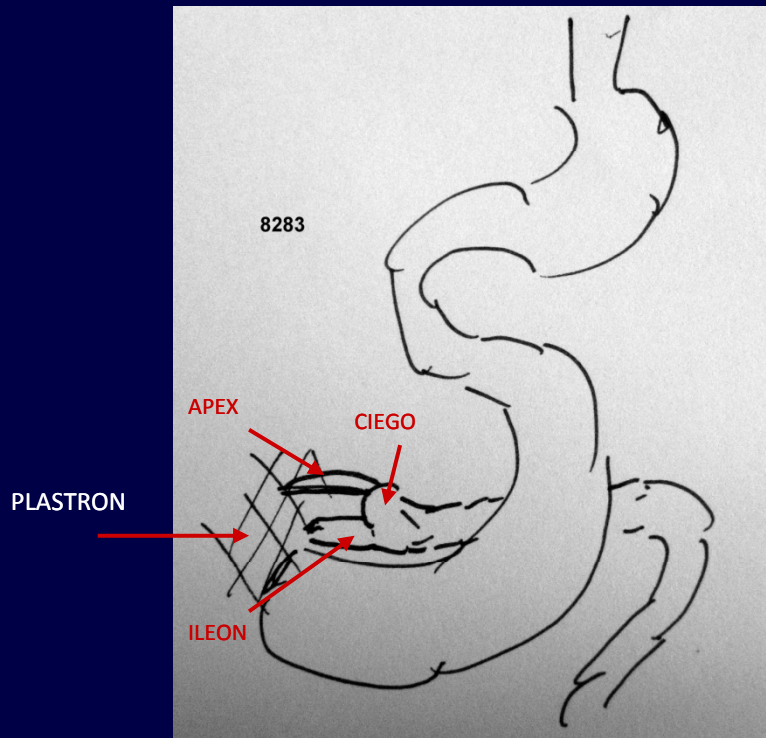
8283

## Anastomosis yeyuno ileal (se conserva válvula ileo cecal)



R.S.

8283



**22/10/2010 (17 días pos qx) Tolera aporte oral  
Tiene deposiciones  
Herida escaso drenaje serohemático**



R.S.

8283

**01/11/2010: (20 días post qx)**

**Alimentación oral y parenteral**

**Tiene deposiciones**

**Herida y abdomen s/p**

**Se cambia vía central a catéter semi implantable  
para atención a domicilio**

**121 días de internación**

**3 operaciones**

**Marzo 2013 2 años y 8 meses**

**Todo el aporte enteral  
Gastroclisis nocturna por gastrostomía**



**2015**

**Se retira gastrostomía**

**Todo el aporte enteral**

**Deposiciones 1 a 2 por día formadas**

## **PREGUNTA 5**

**¿Qué es un intestino malrotado de importancia patológica?**

- 1. Todo el colon a la izquierda y duodeno vertical a la derecha**
- 2. Ciego en fosa ilíaca derecha móvil**
- 3. Cólón ceco ascendente fijo subhepático**
- 4. Duodeno a la izquierda**
- 5. Situs inverso**

## RESPUESTA 5

### 1. C6lon ceco ascendente fijo subhep6tico



**¿Cuál es el riesgo mayor de una malrotación intestinal?**

- 1. Obstrucción duodenal**
- 2. Vólvulo de intestino medio**
- 3. Mal absorción**
- 4. Enterorragia**
- 5. Dolor cólico**

## Vólvulo de intestino medio



## **PREGUNTA 7**

**¿Cual es una respuesta falsa de la forma de presentación clínica en el vólvulo de intestino medio?**

- 1. Enterorragia y Shock**
- 2. Malabsorción**
- 3. Tumor palpable**
- 4. Dolores cólicos**
- 5. Vómitos biliosos**

**RESPUESTA 7**

**3.Tumor palpable**



## **PREGUNTA 8**

**¿Cuál es el riesgo de una falta de rotación intestinal?**

- 1. Obstrucción duodenal**
- 2. Vólvulo de intestino medio**
- 3. Mal absorción**
- 4. Ninguno**
- 5. Dolor cólico**

**RESPUESTA 8**

**Ninguno**

