

1° CONGRESO ARGENTINO DE
MEDICINA INTERNA PEDIATRICA
- SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA -

ABDOMEN AGUDO EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS

**¿Por qué, cuándo y cómo el cirujano infantil
piensa efectuar la cirugía?**

Dr. Rubio Martín

*Servicio de Cirugía General
Hospital Nacional de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan*

Miércoles 02 de Noviembre de 2016

Antes de empezar

...

ABDOMEN AGUDO EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS

EL ABDOMEN AGUDO EN LACTANTES Y NIÑOS

JOHN G. RAFFENSPERGER, M.D.

Profesor Adjunto de Cirugía, Universidad de Illinois, Colegio de Medicina;
Jefe de División, Cirugía General, Children's Memorial Hospital, Chicago, Illinois.

RUTH ANDREA SEELER, M.D.

Jefa del Servicio de Pediatría, Universidad de Illinois, Colegio de Medicina;
Hematóloga Pediátrica, Cook County Children's Hospital, Chicago, Illinois.

ROGELIO MONCADA, M.D.

Profesor de Radiología, Director de Educación, Departamento de Radiología,
Loyola University of Chicago.



EDITORIAL BERNADES, S. A.

BUENOS AIRES

1972

Prólogo

LA ENFERMEDAD abdominal aguda en un lactante o un niño es como "un paquete de Navidad sin abrir". Podemos hacer una conjetura razonada sobre su contenido, pero aun después del interrogatorio, inspección, movilización y palpación más cuidadosos, la posibilidad de una sorpresa siempre suscita una sensación estimulante. Esto no significa que podamos encarar de un modo desaprensivo el problema de un niño con síntomas abdominales. Tal vez debamos imaginar que el interesante paquete puede contener una bomba de tiempo que explotará con consecuencias letales a menos que tomemos decisiones acertadas con respecto al diagnóstico y tratamiento. Un diagnóstico correcto de abdomen agudo, a diferencia del de muchas otras enfermedades, depende más de nuestra agudeza y habilidad que de los datos de laboratorio.

ABDOMEN AGUDO EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS

- S-S referidos al abdomen, instalación brusca y duración prolongada.
- Urgencia (angustia familiar).
- Alteración estado general.
- Síntomas extra digestivos.

- ¿Resolución quirúrgica?

ABDOMEN AGUDO EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS

- Emergencia, sala (uci, neo), consultorio.
- Cuadro sobre agregado.
- Conocimiento diagnósticos diferenciales.
- Alto nivel de sospecha:
siempre considerarlo.

ABDOMEN AGUDO EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS

- ANAMNESIS + SEMIOLOGÍA.



- EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
(disponibilidad)

ABDOMEN AGUDO EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS

- ANAMNESIS + SEMIOLOGÍA + EX. COMPLEMENT.
 - **DIAGNOSTICO CUADRO GENERAL AA:**
- **AA oclusivo:**
 - peritonitis, invaginación.
- **AA inflamatorio:** GRADUAL
 - adenitis mesentérica, pancreatitis.
- **AA infecciosos:** RAPIDO
 - apendicitis.
- **AA vascular:** BRUSCO
 - torsiones, vólvulos.
- **AA referido:**
 - neumonía, torsión testicular.

CONCEPTOS

- Conocimiento diagnósticos diferenciales.
- Metodología diagnóstica precisa.
- Diagnóstico etiológico exacto \Rightarrow pronóstico.
- AYUNO.

CONCEPTOS

- EXAMINAR CON PACIENCIA:
 - HABILIDAD.
 - COMPROMISO.
- JERARQUIZAR PALPACION ABDOMINAL.
- **NO** DECIDIR CONDUCTA EN BASE A UN ELEMENTO.

EVALUACIÓN

- **PRESICION DIAGNÓSTICA:**

CUESTION DE ORGULLO.

**¿Qué preguntas me
hago?**

¿Qué preguntas me hago?

- **¿Se va o se queda?**
 - Internación o egreso con pautas.
 - Nueva consulta si evolución no favorable.
 - Reevaluación con colega.
- **¿Se espera o se opera?**
 - Médico-quirúrgico.
- **Si se opera: ¿Cuándo?**
 - Urgencia.
- **¿De qué se opera?**
 - Entra a quirófano con o sin diagnóstico.

**¿Qué preguntas se
hace el cirujano?**

¿Qué preguntas se hace el cirujano?

- ¿Tiene ayuno?
- ¿Es un abdomen agudo quirúrgico?
 - Examen físico abdominal.
- ¿Qué pato quirúrgica tiene? (**¡FAMILIA!**)
 - Cirugía exploradora.
- ¿Cuándo lo opero?
 - Estado general del paciente.
- ¿Qué tenía?
 - ¿Continúa la incógnita?

AA QUIRÚRGICO

- **Contractura** involuntaria (localizado).
- Dolor **descompresión** brusca (peritoneal).
- **Percusión** dolorosa.
- **Distensión** (localizada, asimétrica).

ABDOMEN AGUDO EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS

AA QUIRÚRGICO

- **Tumor** (reciente, brusca y dolorosa).
- Abdomen y niño **inmóvil** (involuntario).
- **HS** pared (dolor roce de la piel).

Dolor abdominal **sin diagnóstico**, que no mejora o **empeora** con el correr del tiempo.

**Del síntoma al
diagnóstico,
¿Qué pasa acá?**

DEL SÍNTOMA AL DIAGNÓSTICO

- **1) Síntoma principal:**
 - Dolor, shock, vómitos, peritonismo, ritmo intestinal.
- **2) Síntomas sistémicos acompañantes:**
 - Fiebre, alt sensorio, hematuria, palidez, malestar.
- **3) Síntomas acompañantes órgano específicos:**
 - Piel, dif respiratoria, tos, dorso, hombro, articulares, ictericia.
- **4) Síntomas tardíos de dolor abd. persistente:**
 - Sepsis, falla respiratoria / cardiaca / renal o hepática, esplenomegalia, freno medular, trombosis.
 - Preguntar cual fue el primer síntoma.

ABDOMEN AGUDO EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS

DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES

- **ATRESIAS** (duodeno, yeyuno, ileal, colon, mar).
- **MALROTACIÓN INTESTINAL.**
- **PERFORACIÓN** (gástrica, intestinal).
- ENFERMEDAD MECONIAL.
- **INVAGINACION INTESTESTINAL.**
- CONSTIPACIÓN.
- **ESTENOSIS HIPERTROFICA de PILORO.**
- **HERNIA INGUINAL ATASCADA.**
- CÓLICO LACTANTE.
- **DIVERTÍCULO de MECKEL.**
- **TORSIÓN OVARIO.**
- PÚRPURA SCH-H.
- ADENITIS MESENTÉRICA.
- CRISIS FALCIFORME.
- DAR.
- TORSIÓN TESTICULAR.
- NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO.
- TIFLITIS.
- **OCCLUSIÓN POR BRIDAS.**
- **ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.**
- **NEC.**
- **ENFERMEDAD HIRSCHSPRUNG.**
- **VÓLVULO INTESTINAL.**
- ALERGIA LECHE.
- MENINGITIS.
- INFECCIÓN URINARIA.
- GASTROENTERITIS AGUDA.
- **VOLVULO GASTRICO.**
- FARINGITIS.
- **APENDICITIS / PERITONITIS.**
- NEUMONIA.
- GLOBO VESICAL.
- TORSION EPIPLON.
- **TORSION ESPLENICA.**
- **HIMEN IMPERFORADO.**
- **SINDROME DE WUNDERLICH.**

HC - EDAD

- NEONATO:

- ATRESIAS (duodenal, yeyunal, ileal, colon, anorrectal).
- PERFORACIÓN (GÁSTRICA, INTESTINAL).
- E MECONIAL.
- MALROTACIÓN INTESTINAL.
- NEC.
- E HIRSCHSPRUNG.

- LACTANTE:

- **INVAGINAC INTEST.- VÓLVULO INTESTINAL.**
- ALERGIA LECHE.
- ITU.
- **E HIRSCHSPRUNG.**
- **EHP.**
- **CÓLICO LACTANTE.**
- CONSTIPACIÓN.
- **HERNIA INGUIN ATASCADA.**
- GASTROENTERITIS.

- PRESCOLAR:

- DIVERTÍCULO DE MECKEL.
- VÓLVULO.
- TORSIÓN OVARIO.
- APENDICITIS / PERITONITIS.
- CRISIS FALCIFORME.
- GASTROENTERITIS.
- INFECCIÓN URINARIA.
- FARINGITIS.
- TRAUMA.
- GLOBO VESICAL.
- CONSTIPACIÓN.
- INVAGINACIÓN INTESTINAL.
- PÚRPURA SCH-H.
- ADENITIS MESENTÉRICA.

- ESCOLAR:

- GASTROENTERITIS.
- INVAGINACIÓN INTESTINAL.
- FARINGITIS.
- TRAUMA.
- CONSTIPACIÓN.
- NEUMONÍA.
- PÚRPURA SCH-H.
- ADENITIS MESENTÉRICA.
- INFECCIÓN URINARIA.
- TORSIÓN OVARIO.
- APENDICITIS / PERITONITIS.
- DAR.

- 12 A 18 AÑOS:

- GASTROENTERITIS.
- EMBARAZO ECTÓPICO.
- APENDICITIS / PERITONITIS.
- NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO.
- CONSTIPACIÓN.
- NEUMONÍA.
- DISMENORREA.
- HIMEN IMPERFORADO.
- ABORTO ESPONTÁNEO.
- TORSIÓN OVARIO/TESTICULAR.
- EPI.
- HEMATOCOLPOS.

HC - SEXO

- TODOS:

- ATRESIA INTESTINAL.
- PERFORACIÓN (GÁSTRICA, INTESTINAL).
- E MECONIAL.
- VÓLVULO INTESTINAL.
- ALERGIA LECHE.
- HERNIA INGUINAL ATASCADA.
- CÓLICO LACTANTE.
- DIVERTÍCULO MECKEL.
- INFECCIÓN URINARIA.
- FARINGITIS.
- APENDICITIS / PERITONITIS.
- CRISIS FALCIFORME.
- NEUMONÍA.
- ADENITIS MESENTERICA.
- NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO.
- MALROTACIÓN INTESTINAL.
- NEC.
- E HIRSCHSPRUNG.
- CONSTIPACIÓN.
- EHP.
- INFECCIÓN URINARIA.
- GASTROENTERITIS.
- CONSTIPACIÓN.
- INVAGINACIÓN INTESTINAL.
- PÚRPURA SCH-H.
- ADENITIS MESENTÉRICA.
- GLOBO VESICAL.
- DAR.
- ABUSO.

- VARÓN:

- TORSIÓN TESTICULAR.
- TORSIÓN TESTICULAR INTRA ABDOMINAL.

- MUJER:

- TORSIÓN OVARIO.
- EMBARAZO ECTÓPICO.
- EPI.
- DISMENORREA.
- HIDROCOLPOS.
- ABORTO ESPONTÁNEO.
- AMENAZA DE ABORTO.
- HEMATOCOLPOS.
- HIMEN IMPERFORADO.
- EMBARAZO.

HC – EDAD + SEXO

- NEONATO:

- **TODOS:** ATRESIAS, MALROTACIÓN INTESTINAL, PERFORACIÓN, NEC, E MECONIAL, E HIRSCHSPRUNG.
- **MUJER:** HIMEN IMPERFORADO, CLOACA, WUNDERLICH.

- LACTANTE:

- **TODOS:** INVAGINACIÓN INTESTINAL, VÓLVULO INTESTINAL, CONSTIPACIÓN, ALERGIA LECHE, EHP, HI ATASCADA, ITU, CÓLICO LACTANTE, GASTROENTERITIS, EH.
- **VARON:** TORSION TESTICULAR INTRACANAL/INTRA ABDOMINAL.

- PRESCOLAR:

- **TODOS:** MECKEL, GEA, VÓLVULO, ITU, INVAGINACIÓN, FARINGITIS, PÚRPURA SCH-H., APENDICITIS / PERITONITIS, ADENITIS MESENTÉRICA, CRISIS FALCIFORME, GLOBO VESICAL.
- **MUJER:** TORSION OVARIO.

- ESCOLAR:

- **TODOS:** GEA, CONSTIPACIÓN, ITU, INVAGINACIÓN, NEUMONÍA, FARINGITIS, PÚRPURA SCH-H., APENDICITIS / PERITONITIS, ADENITIS MESENTÉRICA, DAR.
- **MUJER:** TORSION OVARIO.

- 12 A 18 AÑOS:

- **TODOS:** GAE, CONSTIPACIÓN, NEUMONÍA, APENDICITIS / PERITONITIS, NTX ESPONTÁNEO.
- **MUJER:** EMBARAZO ECTOPICO, EMBARAZO, ABORTO, TORSION DE OVARIO, EPI, HEMATOCOLPOS, DISMENORREA, HIMEN IMPERFORADO.
- **VARON:** TORSION TESTICULAR.

**¿Cuándo operar
inmediatamente y
cuando observar?**

ABDOMEN AGUDO EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS

REQUIEREN UNA RÁPIDA CIRUGÍA:

- **COMPROMISO VASCULAR:**

- MI con vólvulo.
- HI estrangulada.
- Obstrucción intestinal por bridas tardía.
- Torsión intestinal (malf linf, duplicación, brida).
- Invaginación intestinal no reductible.
- Torsión de víscera solida (gónadas, bazo).

- **PERFORACIÓN VISCERAL:**

- Apendicitis.
- Idiopática o iatrogénica (drogas, endoscopía).
- Meckel.
- Enfermedad de Crohn.
- NEC.
- Ulcera perforada.
- Cuerpos extraños.
- Quiste colédoco.

- **HEMORRAGIA AGUDA:**

- Trauma.
- Meckel.

ABDOMEN AGUDO EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS

REQUIERE CIRUGÍA de RELATIVA URGENCIA:

- **OBSTRUCCION INTESTINAL:**

- Lesiones congénitas (atresias, bridas, megacolon). - Obstrucción intestinal por bridas (etapa inicial).
- Invaginación postoperatoria. - EII.
- Tumor (malformaciones linfáticas).

- **INFECCIÓN:**

- Apendicitis. - Rotura de abscesos. - Complicaciones de infecciones intestinales (CMV).

- **TRAUMA.**

- **HEMORRAGIAS SIN REPERCUSION SISTEMICA:**

- EII. - Hemorragia intratumoral.

- **TUMORES:**

- Intra abdominales (malformaciones linfáticas, linfoma, teratoma). - Retroperitoneales (neuroblastoma, Wilms).

- **OTRAS:**

- Coledocolitiasis con obstrucción. - EHP.

ABDOMEN AGUDO EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS

TRASTORNOS NO NECESITAN INICIALMENTE CIRUGÍA PERO PUEDE SER INEVITABLE + TARDE:

- **TRAUMA:**

- Hepático, esplénico, renal.

- Hematoma duodenal, pseudoquiste de páncreas.

- **INFECCION:**

- Amebiasis, Yersinia, Ascariasis.

- **INFECCIONES DE CUERPOS EXTRAÑOS INTRAPERITONEALES:**

- DeVePe. - DPCA.

- **OTROS:**

- NEC temprana.

- Pancreatitis (hemorrágica o necrotizante).

- Torsión de epiplón.

- Infarto esplénico (Anemia drepanocítica).

- Patología del tracto urinario.

- SUH.

- EII.

- FQ.

- Enfermedad ulcerosa.

- Purpura Sch-H.

- Kawasaki.

ABDOMEN AGUDO EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS

CIRUGIA **NO** INDICADA:

- **INFECCION:**

- GEA. - Adenitis mesentérica. - NMN base derecha. Faringitis.
- HZV. - Peritonitis primaria. - Hepatitis. - ITU.

- **ALT. INTESTINALES INTRALUMINALES:**

- Constipación. - Aerofagia. - Cuerpos extraños. - Cólico del lactante.

- **ENF. SISTÉMICAS Y METABÓLICAS:**

- P. Sch H. - Cetoacidosis diabética. - Fiebre reumática aguda.
- Porfiria. - Uremia. - Hiperlipidemia.
- Crisis Addisoniana. - Hemofilia.

- **ALT. CIRCULATORIAS:**

- Falla cardiaca. - Microembolia.

- **INTOXICACIONES:**

- Hongos, plomo, picaduras de insectos y serpientes.

- **OTROS:**

- Neumoperitoneo por barotrauma. - Ileo parálítico. - Dolor muscular abdominal.
- Globo vesical.

Lo primero ...
antes de operar...

ESTADO GENERAL DEL PACIENTE

- **AYUNO.**
- **HIDRATACIÓN (resucitación).**
- **SNG / vesical.**
- **ATB / Analgésicos.**

- **Estabilidad cardíaca y respiratoria: Monitor.**
- **Inotrópicos / O2 (ARM).**
- **Hemoderivados.**
- **Vía central.**

ESTADO GENERAL DEL PACIENTE

- **Baño pre quirúrgico.**
- **Identificación.**
- **Hablar con familia (paciente).**
- **Consentimiento informado.**

ANTES DE OPERAR

- AA oclusivo:
 - Estado general.
 - Estómago ocupado.
 - NxVO, PHP (expansión), SNG.
- Si laboratorio alterado:
 - Corregirlo lo más que pueda (DSH y EAB).
 - Operar en el mejor estado general posible.
 - ATB / Analgesia.

ABDOMEN AGUDO EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS

ATC - SEMIO

CLÍNICA FLORIDA

+

LABO - RX - ECO

TTO

DX

DUDAS

DUDAS

Revaloración CLÍNICA

TC

DUDAS

CIRUGIA EXPLORADORA

PALPACION BAJO ANESTESIA

CASO

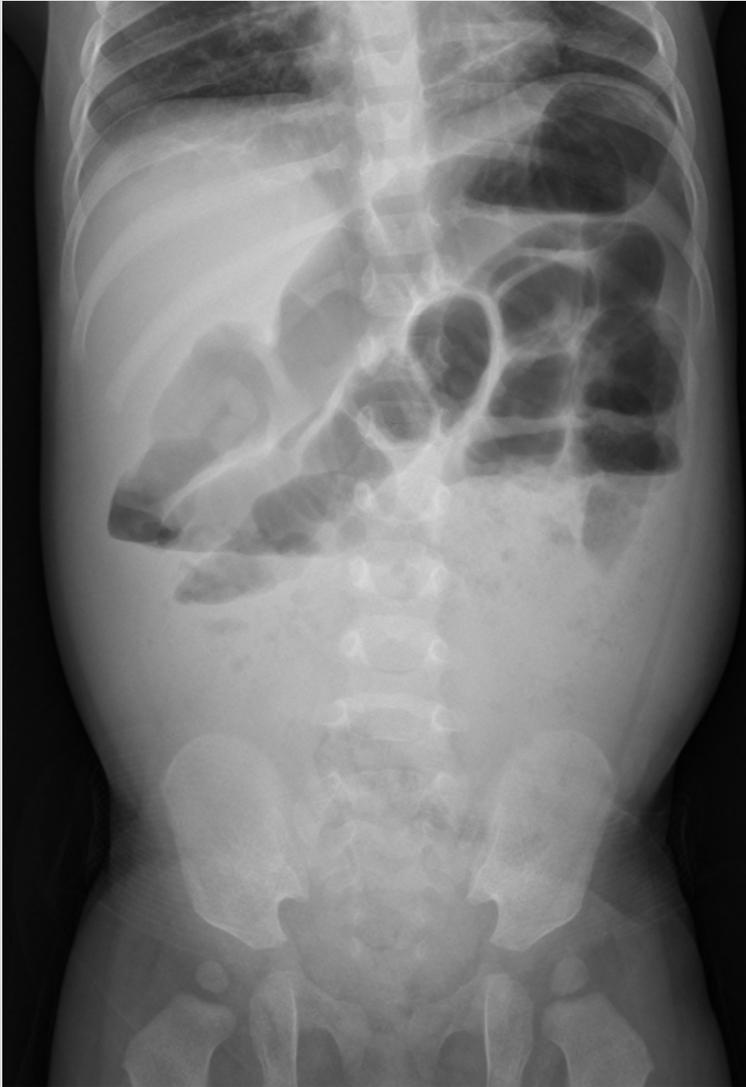
CASO

- Femenina, 1 año de vida. Sana.
- AA de 48 horas evolución.
- Distensión, diarrea y vómitos.
- **ATC + Semiología + Estudios.**
- Laboratorio: Gb 11.740



CASO

- Laboratorio: Gb 11.740.



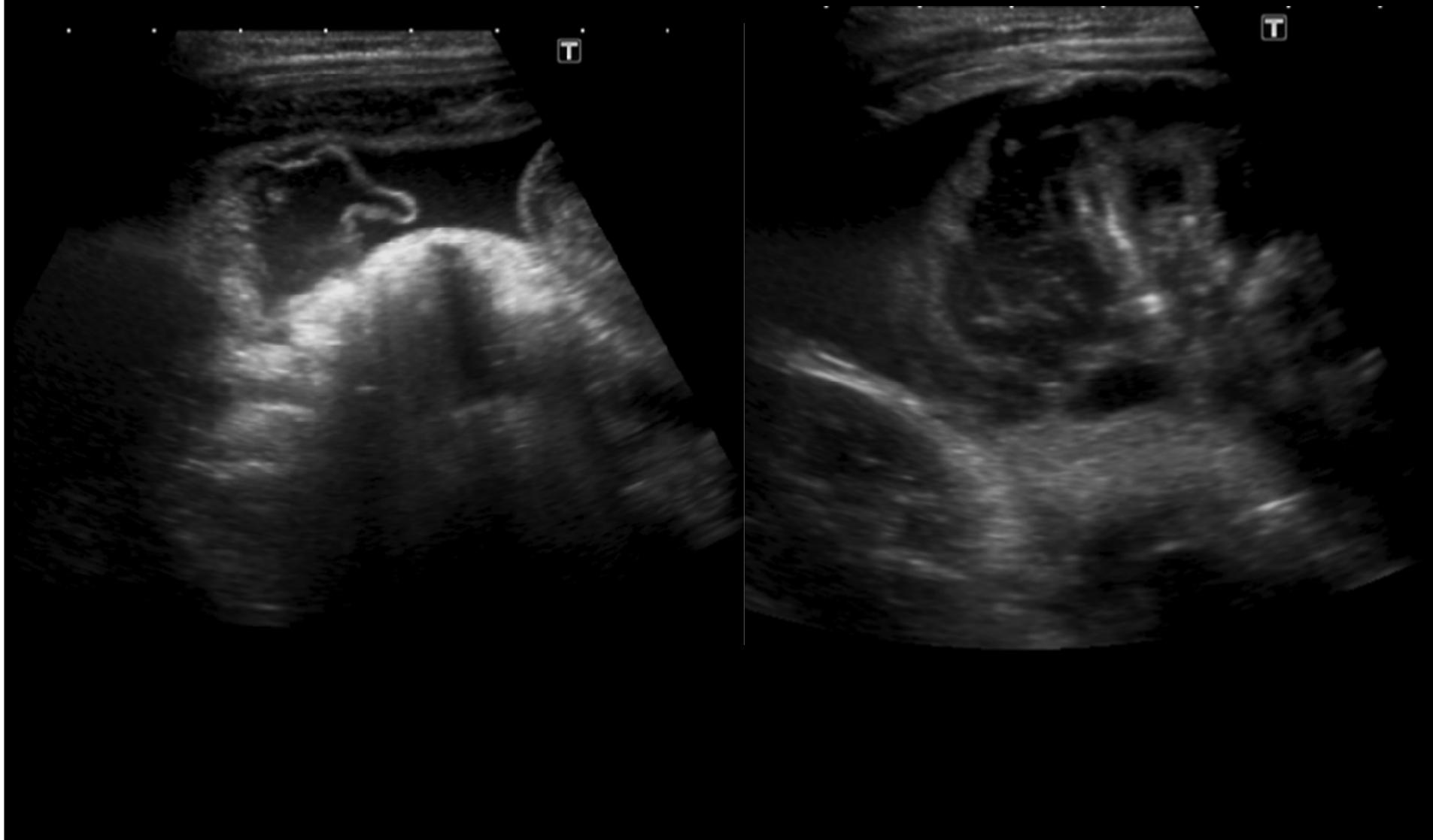
Ecografía:

Hígado y vía biliar normal.
Moderado líquido libre flancos, fosas ilíacas, Douglas y periesplénico .
Asas distendidas, inmóviles con contenido y espesor parietal conservado.

**AA OCLUSIVO /
INFLAMATORIO**



CASO



CASO

- Diagnostico prequirúgico:
- Peritonitis generalizada apendicular.

- Laparoscopia exploradora:
- Abundante líquido bilioso turbio.

CASO

- Diagnostico postoperatorio:
- Quiste de colédoco perforado.
- **Error** en el diagnóstico etiológico.
- **Acierto** en cuadro AA quirúrgico de rápida resolución.



ROL LAPAROSCOPIA

- No considerarla en paciente inestable.
- Pacientes estables: diagnostico y tratamiento.
- Dirigir la laparotomía.
- Visualización de toda la cavidad abdominal.
- Desventaja como herramienta diagnostica: Anestesia.

ROL LAPAROSCOPIA

- Exploración AA sin diagnóstico.
- Toma muestra y biopsia.
- Colocación drenajes bajo visión.
- Lavado / aspirado de cavidad.
- Exploración dolor pélvico crónico.
- Cuerpo extraño.
- Meckel.
- Apendicetomía.
- Drenaje quiste hepático, esplénico, colédoco, hidrometra, hidrosalpinx.

ROL LAPAROSCOPIA

- Colelap.
- Enterolisis.
- Detorsión y fijación ovario.
- Ladd.
- Invaginación intestinal.
- EHP.
- Torsión esplénica.
- Hernia diafragmática traumática.

- **No era lo que esperaba...**
- **¿Y ahora?**

NO ERA LO QUE ESPERABA

- **Intraquirúrgico:**
 - Buscar otras causas: ovario, DM, vía biliar.
 - Muestras: líquido(peritonitis primaria), ganglios, biopsia.
- **Postquirúrgico:**
 - Confianza y comunicación con el equipo tratante.
- **Continua el desafío:**
 - Observación y exámenes complementarios pop.

SITUACIONES ESPECIALES

SITUACIONES ESPECIALES

- Internados en **UCI**.
- **Postoperatorios** inmediatos y alejados.
- **Inmunocomprometidos**.
- **Neurológicos**.

IMPORTANCIA DE IMÁGENES.

SITUACIONES ESPECIALES

- Agotar todos los medios diagnósticos.
- Examinar con colegas con experiencia.
- Valoración repetida.
- Punción / drenaje abdominal.
- Laparoscopia / laparotomía exploradora.
- Observar drenaje si los tiene.

SITUACIONES ESPECIALES

- **Considerar CIRUGIA:**
- Shock séptico sin foco extra abdominal.
- FMO sin infección extra abdominal.
- Punción abdominal (+).
- Distensión con NHA, liquido peritoneal + 72 hs.
- Drenajes (pus, orina, sangre, bilis, MF).
- Sangrado GI persistente (resuelta neutropenia).
- Perforación.

CONSIDERACIONES FINALES

- Emergencia, sala, UCI, NEO, consultorio.
- Cuadro sobre agregado.
- Conocer diagnósticos diferenciales.
- ANAMNESIS + EX FISICO.
- Estudios de baja complejidad.
- Primero estabilizar al paciente.
- Nueva consulta.

CONSIDERACIONES FINALES

- Antecedentes (Rigurosa pesquisa).
- Examen físico (a conciencia y con tiempo).
- Exámenes complementarios
(Con criterio, correcta interpretación y recursos).

- Diagnóstico cuadro clínico (AA oclusivo, vascular).
- Diagnóstico etiológico (Apendicitis, invaginación).
- Definir rapidez de resolución (Estado general).

- Diagnostico final.

MUCHAS GRACIAS



martinrubio86@hotmail.com

PACIENTES INTERNADOS UCI

- Graves y en estado crítico.
- ARM.
- Distensión abdominal (↓ K, morfina, en cama).
- Inmunosupresión: GC y alt del estado general.
- Manifestaciones falla múltiple órganos (FMO).
- ATB.
- Gérmenes de UCI.

PACIENTES INTERNADOS UCI

- Rx abdom: distensión, NHA, neumoperitoneo.
- ECO: focos sépticos intra abdominales, líquido intraperitoneal.
- TC.
- **Considerar CIRUGIA:**
- Shock séptico sin foco extra abdominal.
- FMO sin infección extra abdominal.
- Punción abdominal (+).
- ¿Laparoscopia diagnóstica?

POSTOPERAT. INMEDIATOS

- En las primeras 72 hs es normal encontrar:
 - Reacción peritoneal, contractura abdominal.
 - Ileo reflejo.
 - Neumoperitoneo.
 - Hipersensibilidad en región herida quirúrgica.
- Observar drenajes: Calidad y cantidad.
- Rx y ECO abdomen.
- TC.

POSTOPERAT. INMEDIATOS

- **Considerar CIRUGIA:**
- Shock pop con punción abdominal (+) o drenaje espontáneo (pus, orina, sangre, bilis, MF).
- Shock pop descartado cardio respiratorio, EAB e hidratación.
- Drenajes abdominales (pus, orina, sangre, bilis, MF).
- Distensión abd con NHA, liquido peritoneal + 72 hs.
- Evisceración.
- FMO sin foco séptico extra peritoneal.

PTES INMUNOCOMPROMETIDOS

- GC, oncológicos, prevención rechazo órganos.
- HIV, inmunodeficiencias primarias, Lupus.
- Trasplantados.
- Desnutridos, quemados, politrauma.

PTES INMUNOCOMPROMETIDOS

- Dolor abdominal x:
 - tumores, infiltración leucémica,
 - enf injerto contra huésped, infecciones,
 - causas comunes.
 - Mucositis.
 - Pancreatitis.
- Riesgo:
 - ulcera gastroduodenal, perforación intestinal,
 - pancreatitis tiflitis.
- Neutropenia + invasión gérmenes pared intestinal.

PTES INMUNOCOMPROMETIDOS

- Cáncer **estable o en remisión** o en **inducción**.
- Respuesta hematológica y peritoneal pobre/nula (mala respuesta inflamatoria).
- Apendicitis, tiflitis, hemoperitoneo, tracto biliar, pancreatitis, oclusión intestinal, bridas, invaginación, vólvulo, perforación.
- Ex Físico: distensión, diarrea con sangre, mucositis.
- LABO: neutropenia, plaquetopenia, BGN.

PTES INMUNOCOMPROMETIDOS

- **Rx abd:**
 - edema pared, distensión, neumatosis, ileo, falta de aire en CID, neumoperitoneo, ascitis, NHA.
- **ECO/TC abd:**
 - tiflitis, grosor de pared, liquido libre, colecciones.
 - Aire libre, necrosis intestinal, abscesos.
- **TRATAMIENTO CONSERVADOR (90%)**
- Hidratación, NxVO, SNG, ATB, NPT.
- Soporte.
- Transfusión de estimulador de colonia granulocitos.
- Recupera transito intestinal, recupero neutropenia.⁶¹

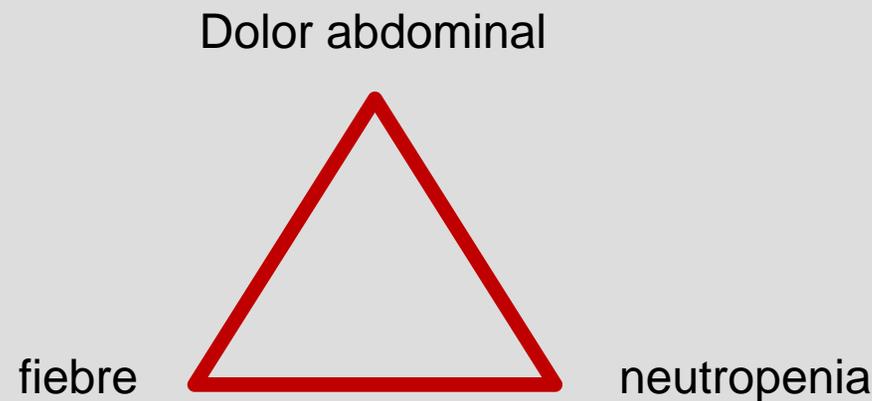
PTES INMUNOCOMPROMETIDOS

- **TIFLITIS:**
- Enterocolitis neutropénica.
- Mortalidad: 5%.
- Fiebre, N/V, dolor abdominal, distensión, diarrea.
- Por: inducción de quimioterapia, estasis intestinal, isquemia e invasión gérmenes intestinales.
- Neumatosis intestinal.
- Engrosamiento de pared cecal (colon).
- Neutropenia: x GC, QMT, TAMO.
 - Menos de 500 Ne.
 - 500-1000 con descenso de 50-25% última semana.
 - Severa: menos de 100 Ne.

PTES INMUNOCOMPROMETIDOS

- Imágenes fundamental en el diagnóstico.
- ¿Endoscopia?
- Vigilancia de cerca, síntomas cambiantes o enmascarados por pato de base o sus tratamientos.

TIFLITIS:



PTES INMUNOCOMPROMETIDOS

- **TIFLITIS:**
- Media edad 8 años.
- Consulta 2 días de síntomas.
- Recibieron QMT hace 10 días.
- 6 días luego de instalación de neutropenia.
- **NO todas tiflitis clínica/imágenes típicas.**
- **Pequeño % de estos tienen pato quirúrgica (apex).**
- Dx diferencial:
 - apendicitis, enfermedad venooclusivo,
 - enfermedad de injerto contra huesped, colitis pseudomembranosa,
 - colitis infecciosa (clostridium difficile, CMV)

PTES INMUNOCOMPROMETIDOS

- **Considerar CIRUGIA (10%):**
- Sangrado GI persistente (resuelta neutropenia).
- Perforación.
- Deterioro clínico a pesar de resucitación y drogas (manejo conservador).
- Imposibilidad de descartar perforación.
- Síntomas de una enfermedad quirúrgica.
- Falta de mejoría clínica luego de 3 días.
- Peritonitis persistente.
- Neumatosis intestinal.

PTES INMUNOCOMPROMETIDOS

- Diagnostico definitivo: histología.
- **Cirugía: Necrosis colon:**
 - Hemicolectomía + íleo colostomía.
 - Solo ileostomía (sin resección colon enfermo) en pancolitis: riesgo de continuar con sepsis.

PTES INMUNOCOMPROMETIDOS

- **TIFLITIS:**
- Diagnostico clínico.
- Apoyarse en imágenes.
- Generalmente el tto conservador es exitoso.
- Cirugía:
 - en perforación, sangrado o
 - para descartar patología quirúrgica concomitante.

PACIENTES NEUROLOGICOS

- ECNE, genéticos, alteración medula espinal, MMC.
- Retraso diagnóstico: mortalidad **10%** (2-5%).
- Atención:
 - **Cambios comportamiento, alimentación, ritmo intestinal y en la medicación. Arqueo del cuerpo.**
- Rigidez, espasticidad, escoliosis.
- Disreflexia autonómica:
 - HTA, sudor, taquicardia o bradicardia, cefalea.
- DeVePe.
- Distensión abd, timpanismo.
- Generalmente síntomas ignorados o atribuidos a otras causas (ITU, constipación).

PACIENTES **NEUROLOGICOS**

- **1) OBSTRUCCIÓN INTESTINAL.**
- **2) CUADRO INFLAMATORIO /
INFECCIOSO.**

PACIENTES NEUROLOGICOS

- 1) **OBSTRUCCIÓN INTESTINAL:**
- Constipación, pseudo obstrucción intestinal crónica.
- Cirugia previa: gtt, Nissen, Chait, reconstrucción urinaria.
- DeVePe: quiste en la punta de la válvula.
- Anorexia, intolerancia, distensión, tacto rectal. Rx.

- Oclusión completa **OPERAR** luego de resucitación.
- Duda: **estudios contrastados.**

- Cuadro isquemia (fiebre, GB+, acidosis, peritoneal): **OPERAR.**

- Constipación / pseudo obstrucción (pasaje de contraste hasta distal): **CONSERVADOR** (enemas, desimpactación, sng, NxVO).

PACIENTES NEUROLOGICOS

- **2) CUADRO INFLAMATORIO / INFECCIOSO:**
- Anorexia, vómitos, irritabilidad, arqueo.
- Síntomas ignorados o atribuidos a otras complicaciones de los niños neurológicos (urinarios, DeVePe, constipación, medicación).
- Sepsis: fiebre, taquicardia, hipotensión, inestabilidad HD.
- Fiebre 38-39° (foco abdominal).
- Fiebre más 39° (ITU).

PACIENTES NEUROLOGICOS

- Palpación, tacto rectal y Rx: impactación MF.
- **LABO**: descartar infección.
- **Rx**: MF, punta de DeVePe, NHA, vólvulo, perforación, neumatosis, cuerpo extraño.
- **ECO**: apendicitis, colecciones.
- **TC**: apendicitis, colecciones.

- Obstrucción intestinal parcial con paciente estable: NPE y NxVO. Enemas. Iniciar dieta.

PACIENTES NEUROLOGICOS

- **Considerar CIRUGÍA:**
- Falla tolerancia a dieta, deterioro clínico y/o desarrollo SS obstrucción intestinal completa.
- Sospecha de causas quirúrgicas.
- Quiste de DeVePe (oclusión / infección).

NEUROLOGICO

¿NO HABLA?
HC: no fidedigno
Ex. Físico: confianza

ALTERACIÓN de la ME
HC: fidedigno
Ex. Físico: no fidedigno

¿Diagnostico de enfermedad quirúrgica?

SI

Laparotomía/video

NO

¿Sospecha de oclusión intestinal?

SI

Rx Abd

¿Oclusión confirmada?

NO

TC Abd

SI

¿Oclusión confirmada?

NO

Constipación /
pseudoobstrucción

Manejo intestinal

INMUNODEPRIMIDOS

HC: no fidedigno
Ex. Físico: confianza

