

7º Congreso Argentino de Pediatría General. Ambulatoria



SALTA

7, 8 y 9 de Noviembre de 2018
Ciudad de Salta

Lugar: Centro de Convenciones Ciudad de Salta



Por un niño sano
en un mundo mejor



PATOLOGIA QUIRURGICA

ABDOMINAL Y ESCROTAL

COMO NO EQUIVOCARSE

QUE ACONSEJO?

PENSAR

*SALVO UNA URGENCIA DESCOMPENSADA.
NO SALIR CORRIENDO A BUSCAR AL CIRUJANO.
NO PEDIR EXAGERADAMENTE METODOS
COMPLEMENTARIOS.
NO CERRARSE EN EL PENSAMIENTO QUE SI O SI SERA
QUIRURGICA.
POR SOBRE TODO*

**RECURRIR A LA CLINICA QUE SIENDO
SOBERANA EN LA ACTUALIDAD NOS SIGUE
AYUDANDO MUCHISIMO.**

- LA MAYORIA DE LAS PATOLOGIAS SE PUEDEN IDENTIFICAR CON LA CLINICA DE PACIENTE.
- ANAMNESIS ES MUY IMPORTANTE.
- CON ESAS DOS ARMAS PODEMOS DICRIMINAR SI SE TRATA DE UNA PATOLOGIA QUIRURGICA URGENTE O NO.
- LA MAYORIA DE LAS PATOLOGIAS QUIRURGICAS TIENEN SINTOMAS Y SIGNOS QUE NOS PERMITEN ENCUADRARLAS PERFECTAMENTE EN UN DIAGNOSTICO.
- NO REQUIEREN NUMEROSOS METODOS COMPLEMENTARIOS
- SON POCAS LAS PATOLOGIAS QUIRURGICAS QUE REQUIEREN UNA URGENCIA EN EL TRATAMIENTO.
- LA MAYORIA PUEDE RESOLVERSE DIFERIDAMENTE.

IMPORTANTE

OBSERVAR PCTE DESDE QUE INGRESA A CONSULTORIO

SI CAMINA

SI SUBE SOLO A LA CAMILLA

SI VIENE EN BRAZOS DE LOS PADRES

Clasificación

OBSTRUCTIVO

INFLAMATORIO

PERFORATIVO

VASCULAR

HEMORRAGICO



Etiología

De acuerdo a grupo etario

RN a 1 año

- Cólico intestinal
- Gastroenteritis
 - ITU
- Intususcepción
 - Vólvulo
 - Hernia incarcerada
- Hirschsprung

2 a 5 años

- Gastroenteritis
 - Apendicitis
- Constipación
 - ITU
- Intususcepción
 - Vólvulo
 - Trauma
 - Adenitis mesentérica

6 a 11 años

- Gastroenteritis
 - Apendicitis
- Constipación
- Dolor funcional
 - ITU
 - Trauma
- Neumonía
 - Adenitis mesenterica

12 y mas

- Apendicitis
- Gastroenteritis
- Constipación
- Dismenorrea
 - EPI
 - Embarazo ectópico
- Torsión de ovario o testículo

ANAMNESIS



TIEMPO DE EVOLUCION

FORMA DE EVOLUCION

LOCALIZACION DEL DOLOR

IRRADIACIÓN Y SU SECUENCIA

MANIOBRAS QUE AUMENTAN DOLOR

VOMITOS

ALIMENTICIOS BILIOSOS EN CHORRO REGURGITACION ANAMNESIS



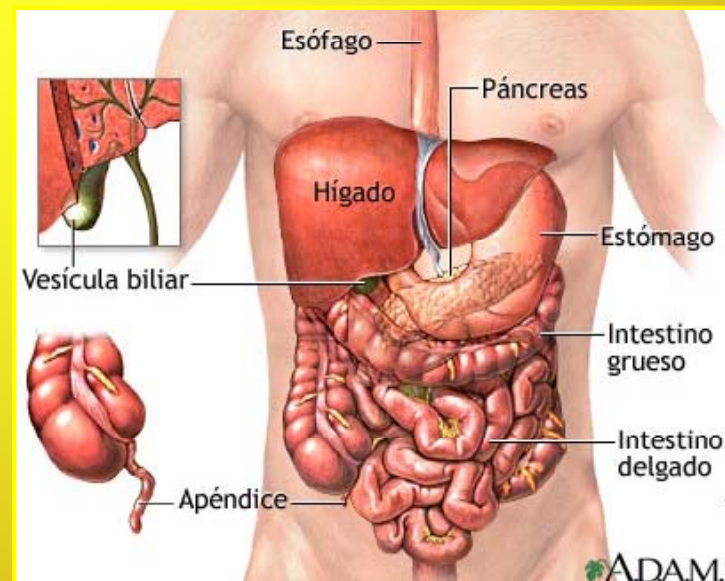
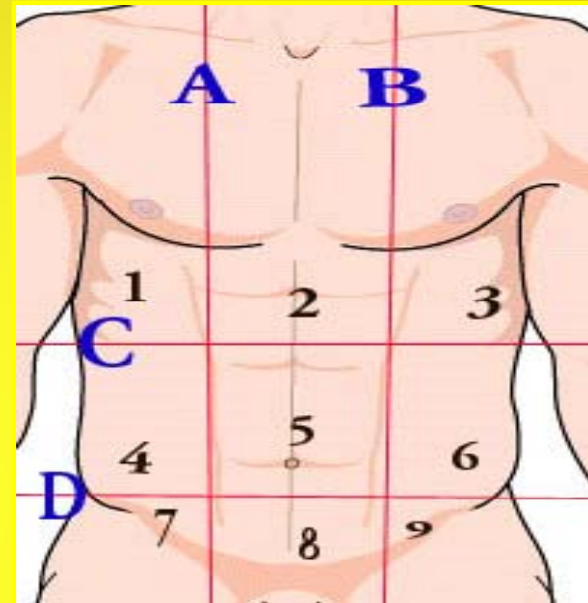
- *NOS APORTA MUCHA INFORMACION.*
- *HAY QUE SABER INTERPRETARLOS.*
- *NOS DIRA ALTURA DEL APARATO DIGESTIVO QUE ESTA AFECTADO.*
- *ES UNO DE LOS ESLABONES PARA PENSAR EN OCLUSION.*
- *ESTA PRESENTE EN MUCHAS PATOLOGIAS Y NO NECESARIAMENTE QUIRURGICAS.*
- *SE DEBE COMPENSAR AL PACIENTE COMO PRIMERA MEDIDA ANTES DE LLAMAR AL CIRUJANO.*

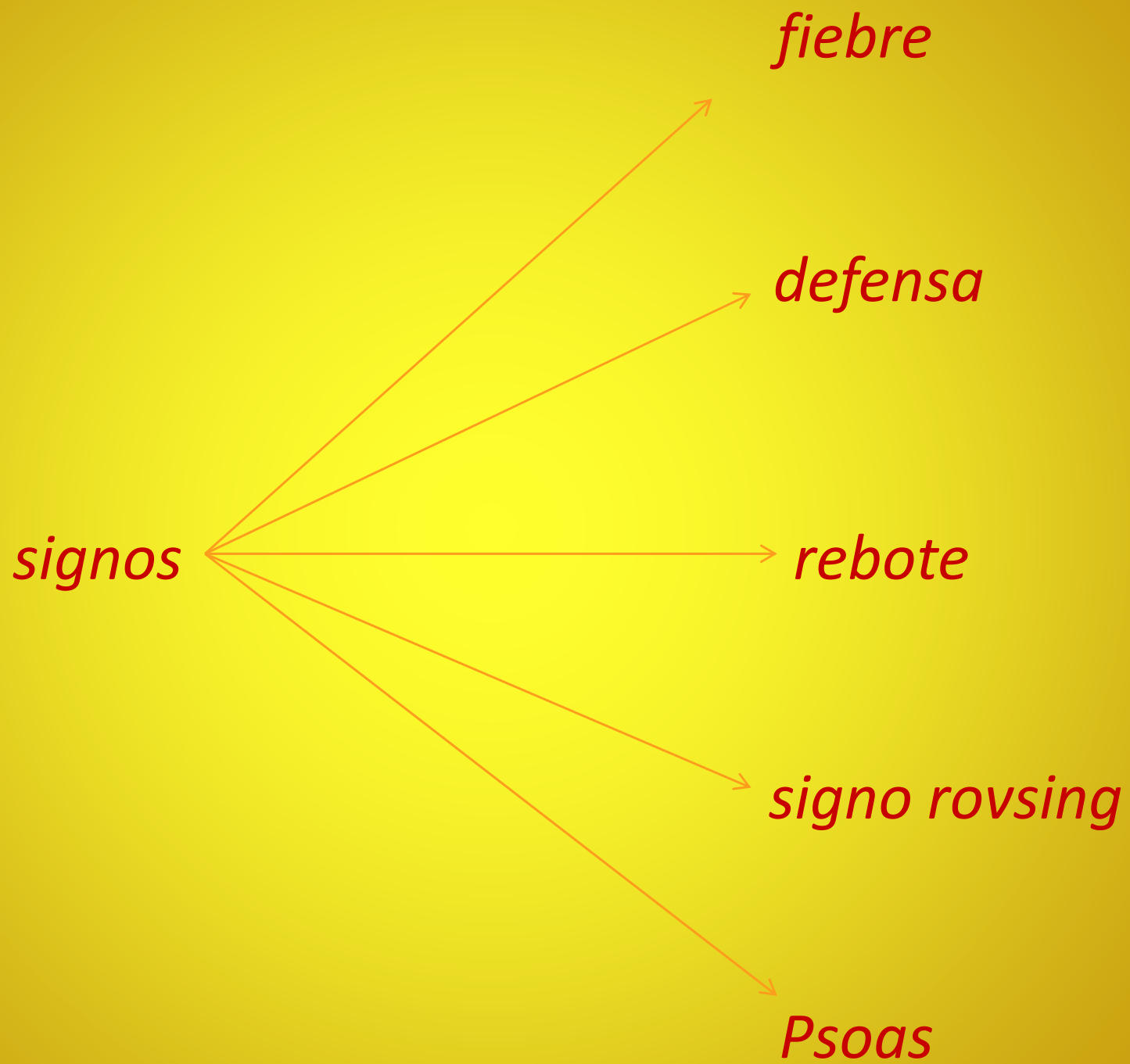
EXAMEN FISICO

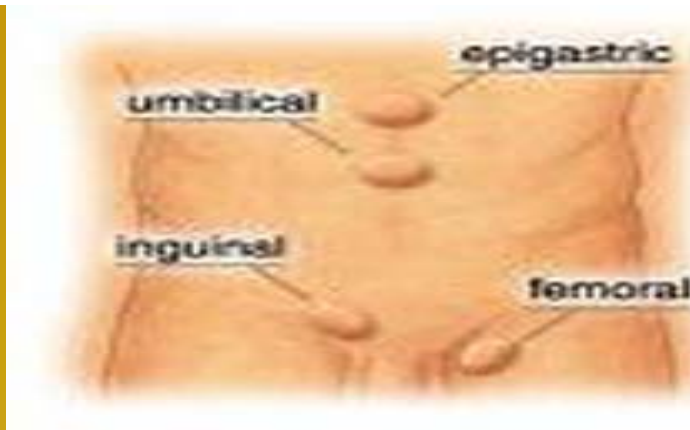
División topográfica

- A y B: Línea media clavicular
- C: Línea subcostal
- D: línea suprailíaca

- 1: HIPOC. DERECHO
- 2: EPIGASTRIO
- 3: HIPOC. IZQ
- 4: FLANCO DERECHO
- 5: MESOGASTRIO
- 6: FLANCO IZQUIERDO
- 7: FID
- 8: HIPOGASTRIO
- 9: FII







ADENITIS INGUINAL



NEUMONIA



ADENITIS MESENTERICA



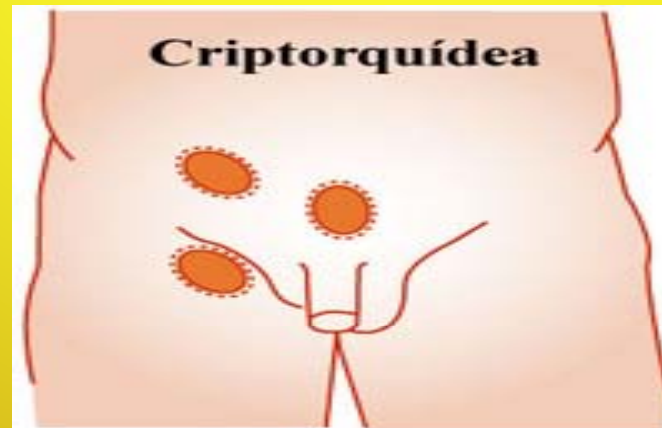
Figura 2. La exploración de los genitales externos muestra un himen íntegro de aspecto protruyente.



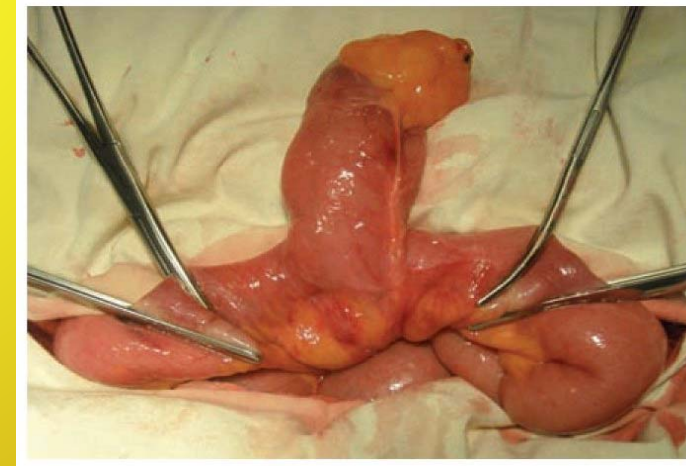
HIMEN IMPERFORADO



DIV. DE MECKEL



CRIPTORQUIDIA



Metodos Complementarios

- *Laboratorio: Hemograma- leucocitosis + 15000-neutrofilia*
- *Orina: presencia de germen.*
- *Proteina c reactiva + aumentada en apendicitis.*
- *Glucemia:aumentada en caso de sospecha de debut diabetico.*

Ecografía

- *Diametro apendice mayor 6-7 mm.*
- *Apendicolito en luz apendicular.*
- *Aumento flujo vascular de la pared-doppler.*
- *Signos inflamatorios ciego y region ileocecal.*
- *Aumento ecogenicidad tejido graso vecino.*
- *Presencia de liquido libre.*





CATARRAL



FLEMONOSA



GANGRENOSA



PERFORADA



PERITONITIS

- *Y EN OTRAS PATOLOGIAS?*
- *EN CASO DE QUISTE DE OVARIO(SI ESTA COMPLICADO,TAMAÑO,TORCIDO,SANGRANDO)*
- *EN CASO DE UN TESTICULO CRIPTORQUIDICO, TORCIDO,INTRAABDOMINAL.*
- *ADENITIS MESENERICA(DIAG.DIFER.)*
- *HERNIAS (COMPLICADAS,CONTENIDO).*
- *MECKEL (MAS DIFICIL PERO EN ALGUN CASO SE PUEDE VER).*

*COMO SE SI UN PACIENTE ESTA
OCLUIDO O NO?*

ABDOMEN AGUDO OCLUSIVO

- PUEDE TENER COMO ANTECEDENTE CIRUGIA ANTERIOR.
- PUEDE PRODUCIRSE TAMBIEN POR OTRAS PATOLOGIAS.
- ES IMPORTANTE DEFINIR SI ESTA O NO OCLUIDO.
- PUEDE SER DIAGNOSTICADO SIN ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.
- SIEMPRE DESCARTAR LAS PATOLOGIAS MAS GRAVES COMO CAUSA Y LUEGO SI SEGUIR INVESTIGANDO.
- PARA DEFINIR DEBE HABER VOMITOS, FALTA DE ELIMINACION HECES, DISTENSION ABDOMINAL.



Fig. 2.



Figura 1. Radiografia abdomen simple de pie.





Hemorragia digestiva

*LA MAYORIA DE LAS HEMORRAGIAS
DIGESTIVAS NO REQUIEREN
TRATAMIENTO QUIRURGICO O
ENDOSCOPICO*

COMO SE MANIFESTARA?

- **Hematemesis:** Emisión de sangre con el vómito modificada o no por la acción de jugos digestivos, generalmente procede de tramos altos del tubo digestivo, por encima del angulo de treitz.
- **Melena:** deposiciones de color negro ,brillantes y malolientes, en estrias o mezcladas con el resto de la materia fecal, se calcula que la sangre proveniente del duodeno o yeyuno se vuelve negra luego de permanecer mas de 8 hs en el tubo digestivo.
- **Enterorragia:** deposiciones de color rojo vino o con coagulos provenientes del I. delgado.
- **Proctorragia o hematoquexia:** Deposiciones con sangre roja rutilante comunmente del colon distal.
- **Rectorragia:** eliminación de sangre por via rectal.

LO MAS IMPORTANTE

Valoración Clínica

Descartar Falsas H.Dig.

Edad del Pcte

Enf.Sistémica

EVALUACION PACIENTE

Ant.Personales

Ant.Familiares

S.Asociados

Examen Clinico Completo



Conducta

```
graph TD; A[Conducta] --> B[Hospitalización]; A --> C[Canalización]; A --> D[Pérdidas]; A --> E[Controles];
```

Hospitalización

mediata
inmediata

Canalización

coloc.via central
periférica
TA 100mmhg
HTO(20%-25%)

Pérdidas

SNG
lavados
objetivar
hemorragia

Controles

pulso-TA-PVC
diuresis

H.D. Alta (Orofaringe hasta A. Treitz)



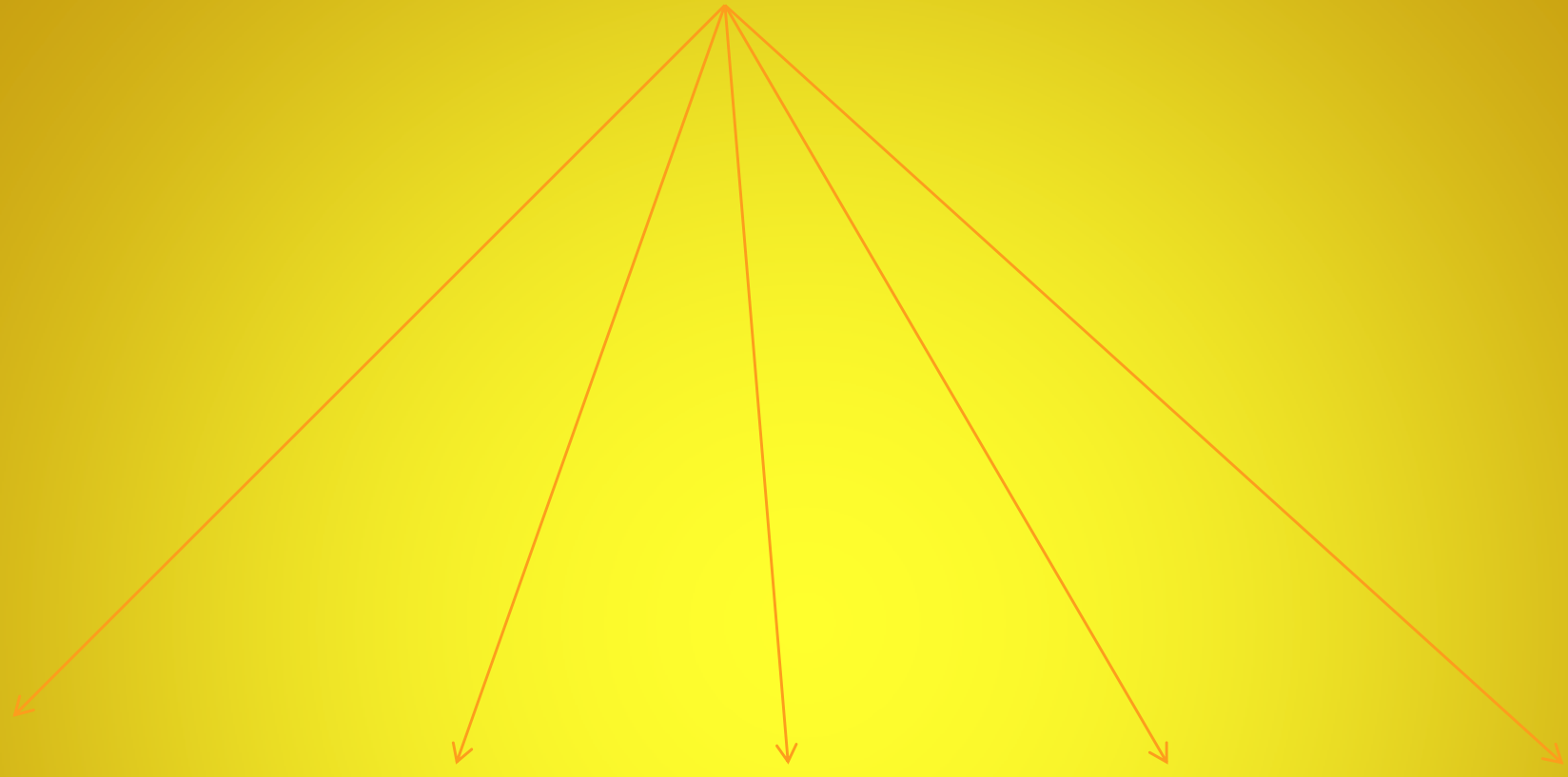
H.D. Media (Ang. Treitz hasta Valvula Ileocecal)



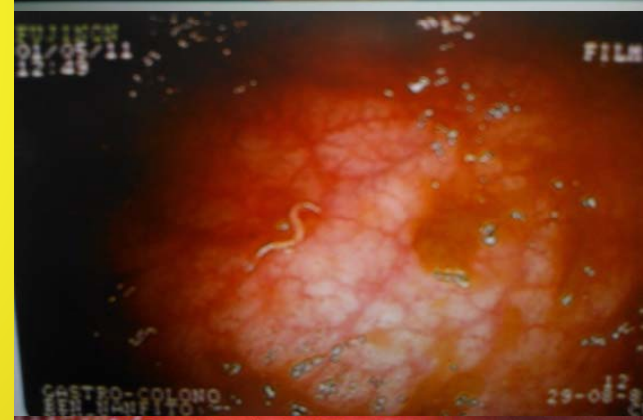
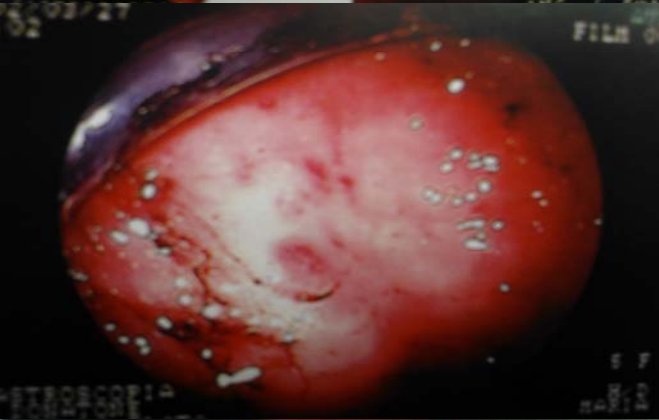
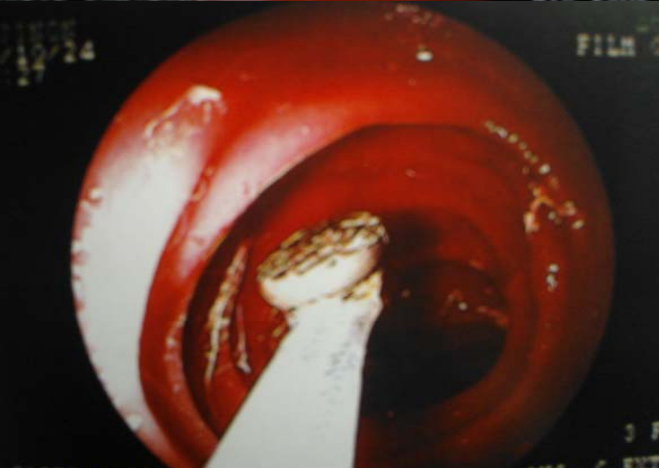
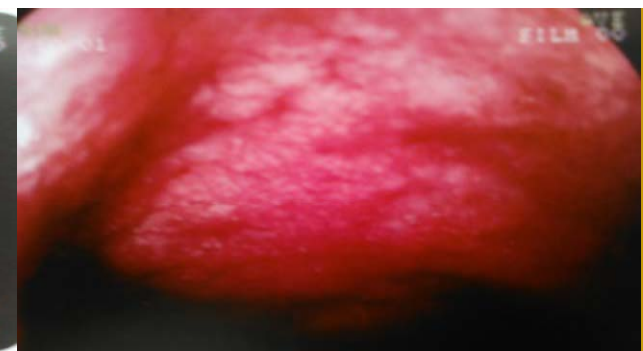
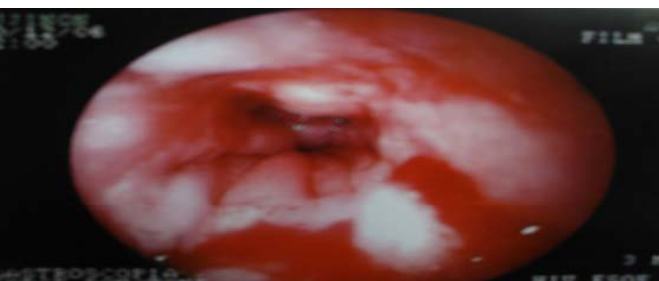
H.D. Baja (Desde Valvula ileocecal hasta Orificio anal)



RECTORRAGIA

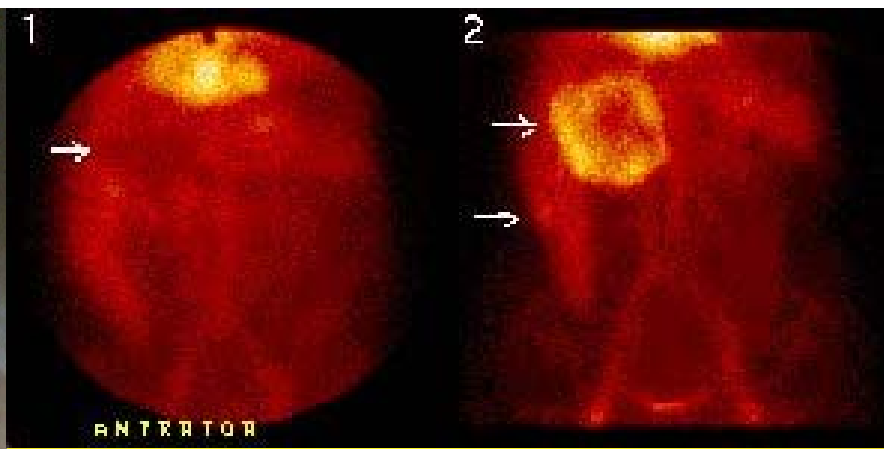


POLIPO RECTAL *PARASITOSIS* *ENTERITIS* *INVAG.* *DIV. MECKEL*
INFECCIOSA *INTESTINAL*

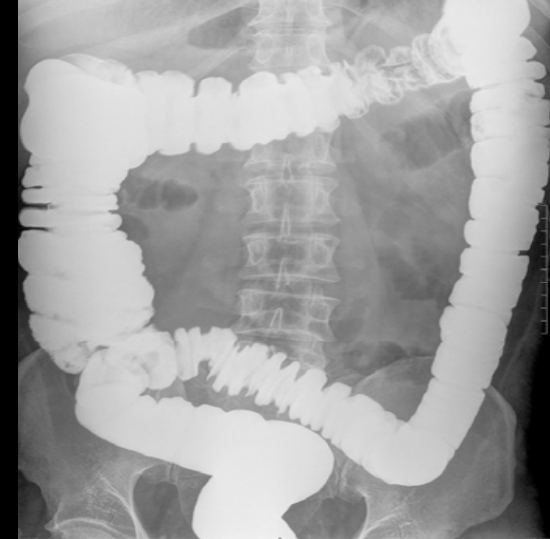
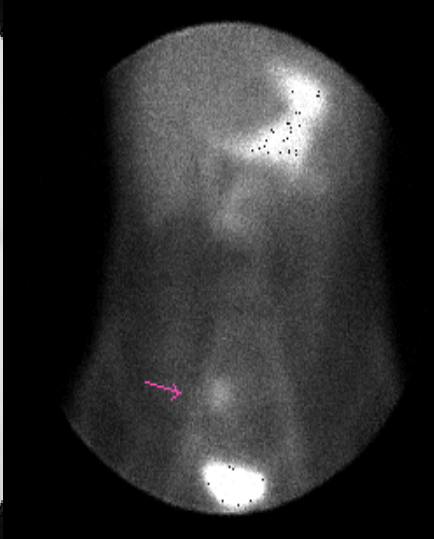


Presentación



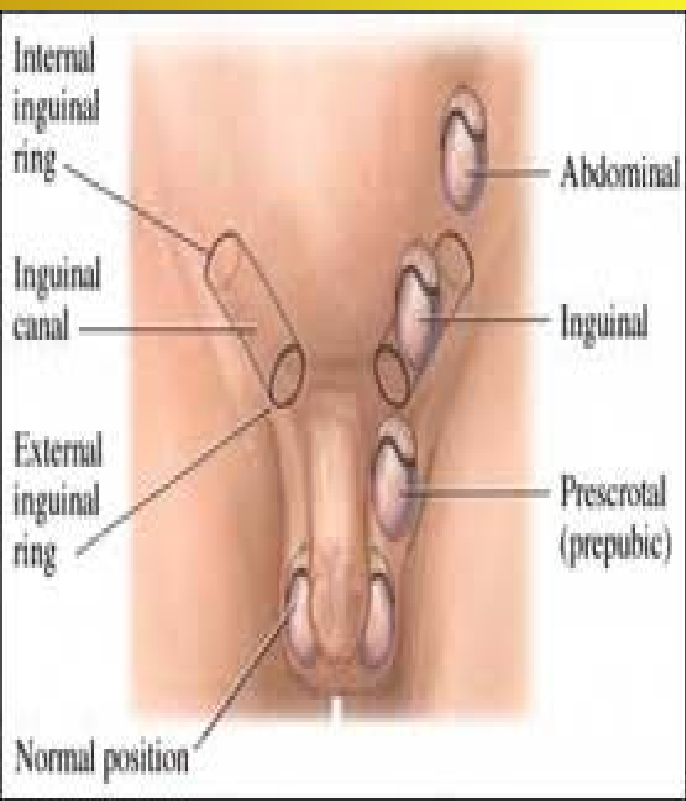
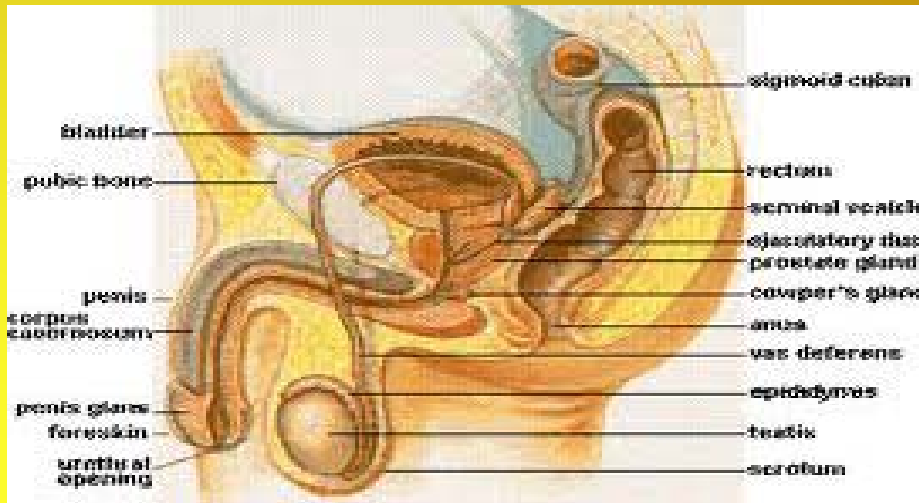
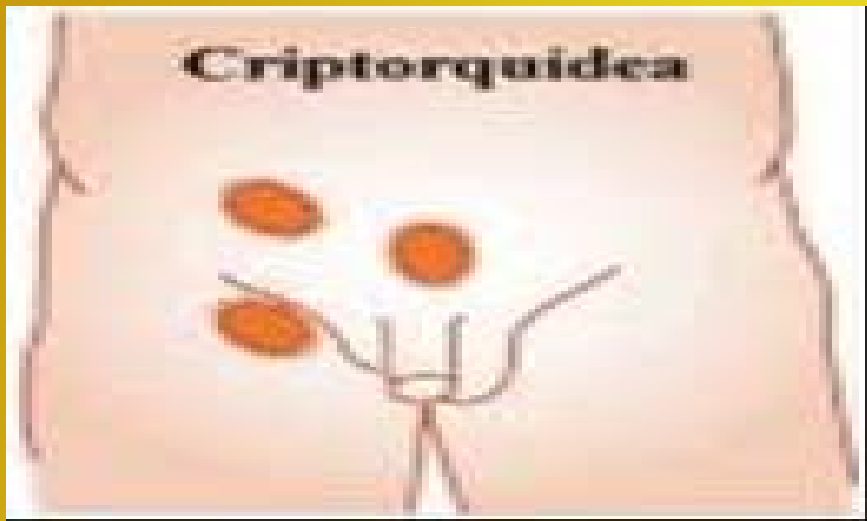


Diagnòstico



PATOLOGIA ESCROTAL

CRIPTORQUIDIA



- *DEBEMOS DIFERENCIAR SI DUELE?*
- *COMO DUELE?*
- *SI EL DOLOR ES ESCROTAL O EN TODO EL CORDON*
- *SI HAY AUMENTO DE TAMAÑO*
- *SI EL CONTENIDO ES LIQUIDO*
- *SI LA CONSISTENCIA ES DURA*
- *ANTECEDENTES*
- *QUE ME AYUDA A SABER SI ES LIQUIDO?*

HIDROCELE



COMUNICANTE

NO COMUNICANTE



- *NO COMUNICANTE NO SOLO ES CONGENTITO.*
- *PUEDE SER ADQUIRIDO(TRAUMATICO).*
- *PUEDE CONTROLARSE SI NO ES A TENSION PARA VER SI SE REABSORVE SI NO LO HACE RECIEN SE PIENSA EN CONDUCTA QUIRURGICA.*
- *COMUNICANTE SIEMPRE SE OPERA SE LO CONSIDERA UNA HERNIA EN POTENCIA.*
- *LA ECOGRAFIA PUEDE CUANTIFICAR PARA VER REABSORCION.*
- *AMBOS SE RESUELVEN COMO CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA.*

*DOLOR TESTICULAR PROPIAMENTE
DICHTO*

TIEMPO DE EVOLUCION

HORAS

DIAS

ANTECEDENTES DE LA PATOLOGIA

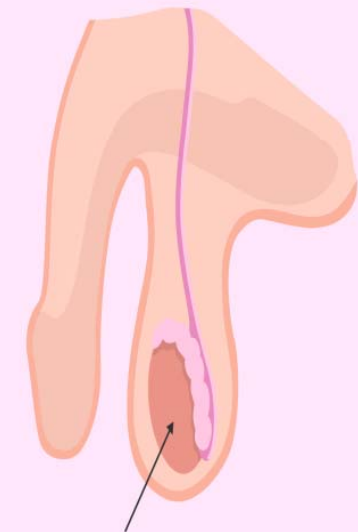
TRAUMATICOS

ESPONTANEO

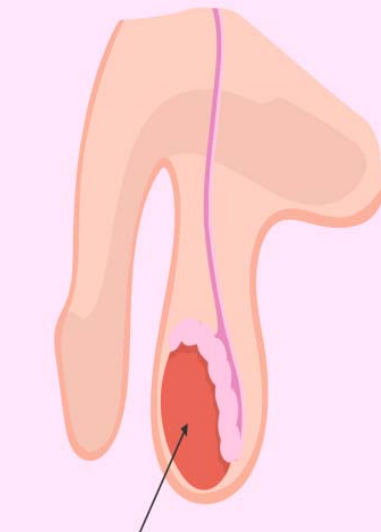


Diagnostico diferencial

	TORSIÓN TESTICULAR	TORSIÓN APÉNDICES TESTICULARES	ORQUI-EPIDIDIMITIS
Edad de presentación	- P. Neonatal - Pubertad 1 de cada 4000 hombres < 25 años	3-13 años	> 18 años adultos. Causa más frecuente de dolor testicular en adulto.
DOLOR	- Aparición brusca - Intenso - Referido a zona inguinal y abdomen	- Inicio Brusco - < intensidad - Localizado en polo superior de testículo	Comienzo insidioso. 2-7 días Gonococo. 2-3 sem. Chlamydias. Referido a ingle y flanco
Síntomas miccionales	NO	NO	SI Uretritis, ITU, ETS
Nauseas vómitos	SI	NO	NO
Fiebre	NO (salvo torsión evolucionada)	NO	SI Afectación general
Eritema Edema escrotal	SI cuanto más tiempo de evolución	SI cuanto más tiempo de evolución	-Muy importante -Síntomas locales de inflamación, hidrocele

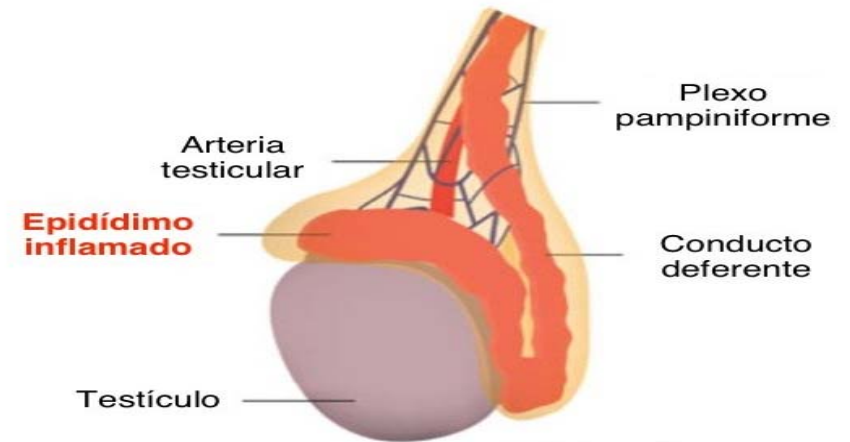


Testículo normal



Testículo con orquitis

Epididimitis



DIAG. DIFERENCIAL

AGUDA INFECCIOSA

EXAMEN FÍSICO

- ❖ Pcte FEBRIL
- ❖ Piel hemiescrototo: **ERITEMATOSO Y EDEMA LOCAL**
- ❖ **Palpación:** bastante **DOLOR**
- ❖ **Observa:** **HIDROCELE** **TRANSILUMINACIÓN**

AGUDA NO INFECCIOSA

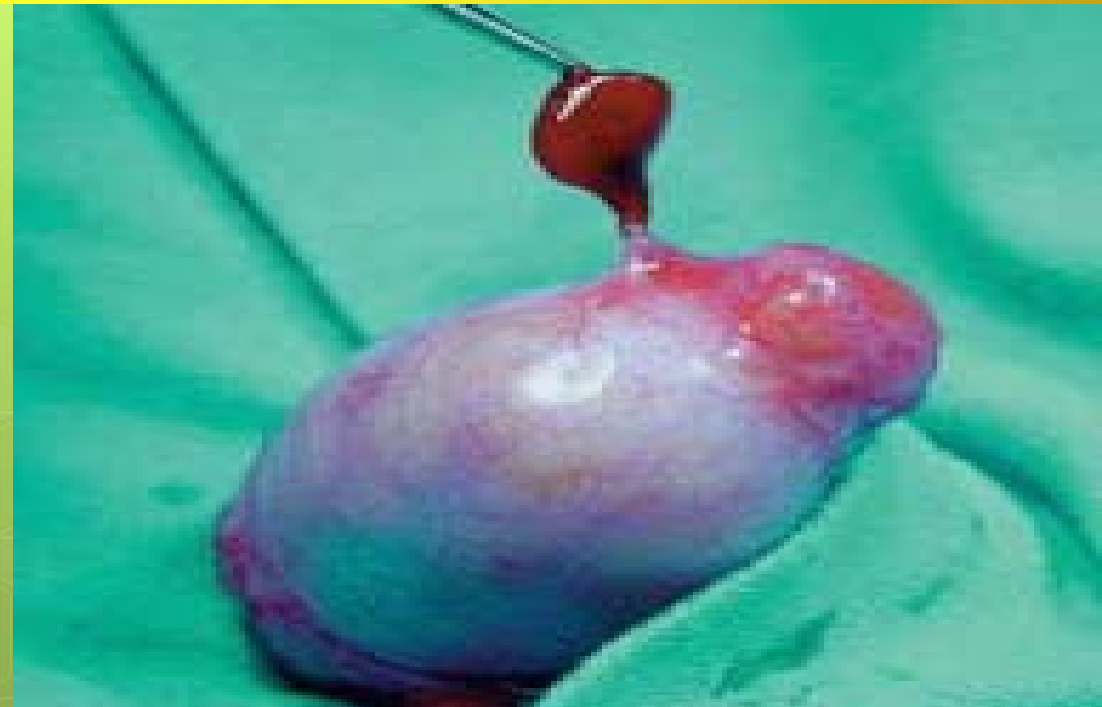
Mismas características
EXCEPTO NO fiebre



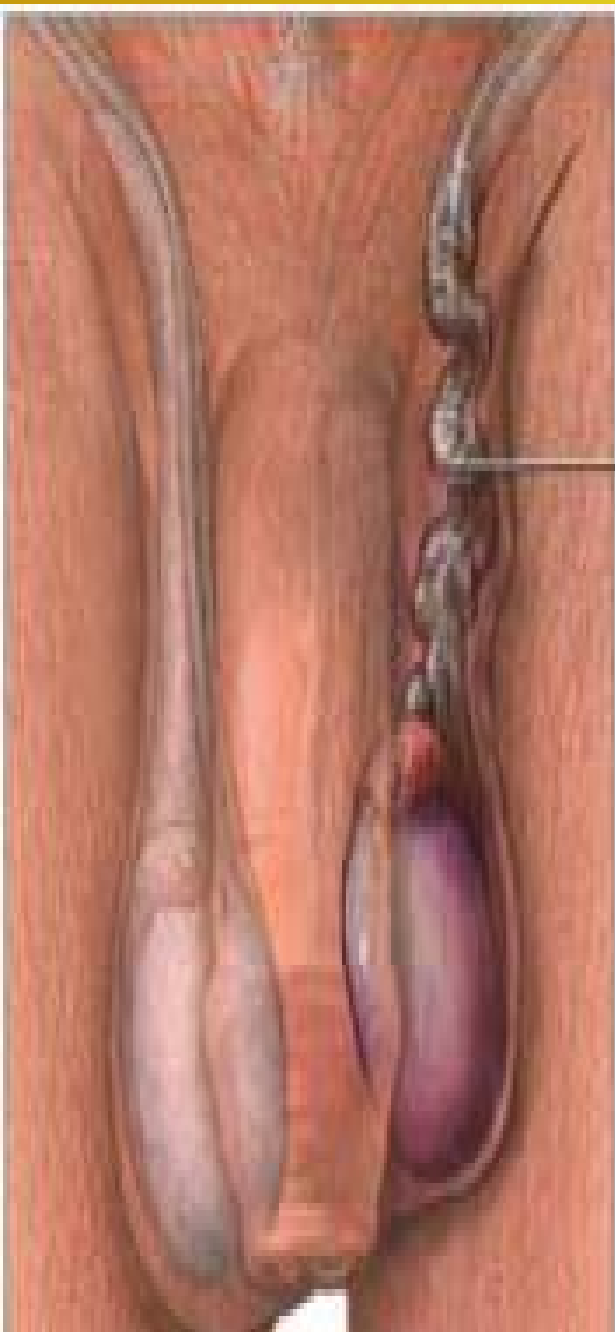
Interpretación



• Si la luz atraviesa fácilmente el contenido se consigna como "positiva" y se tratará de colección líquida



DOLOR TESTICULAR



Cordón
espermático
torcido

TORSIÓN TESTICULAR (CORDÓN ESPERMÁTICO)

Causa mas frecuente de dolor testicular en niños > de 12 años poco frecuente en < de 10

Etiología

- Deformidad de badajo de campana
- Torsión - congestión venosa - interrupción del flujo arterial

Diagnostico

- Dolor agudo y tumefacción del escroto
- Escroto inflamado, testículos dolorosos a la palpación
- Reflejo cremasterico ausente

tratamiento

- < 4 a 6 horas detorsión manual > 4 a 6 horas perdida irreversible
- Orquidopexia escrotal



El síntoma clave: Dolor que se instala de forma brusca en la región escrotal del lado afectado e irradiando a la ingle y el flanco ipsilateral. También puede haber:

- Inflamación
- Ascenso del testículo afectado
- Transiluminación negativa.

- *DEBE DIFERENCIARSE BIEN SI SE TRATA DE TESTICULO EN ASCENSOR O RETRACTIL.*
- *EL TESTICULO CRIPTORQUIDICO UNA VEZ DIAGNOSTICADO DEBE OPERARSE.*
- *LA TEMPERATURA QUE POSEE EN LA BOLSA ESCROTAL ES FUNDAMENTAL PARA SU CRECIMIENTO.*
- *TAMBIEN ES UNA CIRUGIA AMBULATORIA.*
- *EXISTEN LOS TESTICULOS INTRAABDOMINALES POR LO CUAL ES IMPORTANTE DERIVARLO A TIEMPO PARA SU DESCENSO.*



www.pediatricurology.in

ELLOS NO ELIGEN SUS CIRUGIAS NI TRATAMIENTOS



MUCHAS GRACIAS

