

38° CONGRESO ARGENTINO DE PEDIATRIA

Pre y Post-quirúrgico- Casos Clínicos



- Dr. Ricardo N. Cassella
- Dra. Sandra Fiorini
- Lic. Susana Mandelbaum

Hospital de Niños “Dr. Ricardo Gutiérrez”

FRONTERAS



Clínica

Psicología

Cirugía

FRONTERAS



Clínica

Psicología

Cirugía

FRONTERAS



PACIENTE GK

- Fecha de nacimiento : 15/11/02
- Fecha de Internación : 24/07/15
- Motivo de Internación: Dolor abdominal agudo, distensión abdominal y constipación.
- Paciente que es derivada del Hptal de San Pedro por suboclusión intestinal.

Antecedentes Personales.

2013:

- Cirugía de quiste de ovario hemorrágico.

2014:

- Constipación Crónica.

2014:

- Internada por dolor en región inguinal y parestesias de miembro inferior derecho secundario a caída de bicicleta. Se realiza TAC, RMN Y Radiografía siendo todas normales. Se realiza interconsulta con especialista no encontrando correlación entre la clínica y el dolor.
- Es valorada por el servicio de psicopatología quienes determinan seguimiento por ambulatorio.

Antecedentes Familiares.

- Hermano fallecido en el 2011, a la edad de 16 años por tumor óseo en el Hospital.
- Padres separados. Actualmente vive con la madre en San Pedro, provincia de Buenos Aires.

Antecedentes de Enfermedad Actual.

- Internación desde el 28/02/15 al 22/04/15 con diagnóstico al ingreso de Suboclusión intestinal, en el Htal. Garrahan.
- Se realizo Endoscopía alta y baja: Sin patología.

- Laparoscopia Exploradora: Sin hallazgos patológicos.

- Se otorga el alta con seguimiento por psicopatología

Examen Físico al Ingreso.

- Presenta distensión abdominal, dolor abdominal, vómitos, ausencia de eliminación de gases y catarsis negativa.

Estudios Complementarios.

- Radiografía de abdomen de pie.



- Por el antecedente de cirugía previa y clínica de ingreso se decide realizar cirugía de inmediato.
- Al recibir la anestesia, se relaja el abdomen desapareciendo la distensión, no se realiza la cirugía y se decide estudiar previamente.

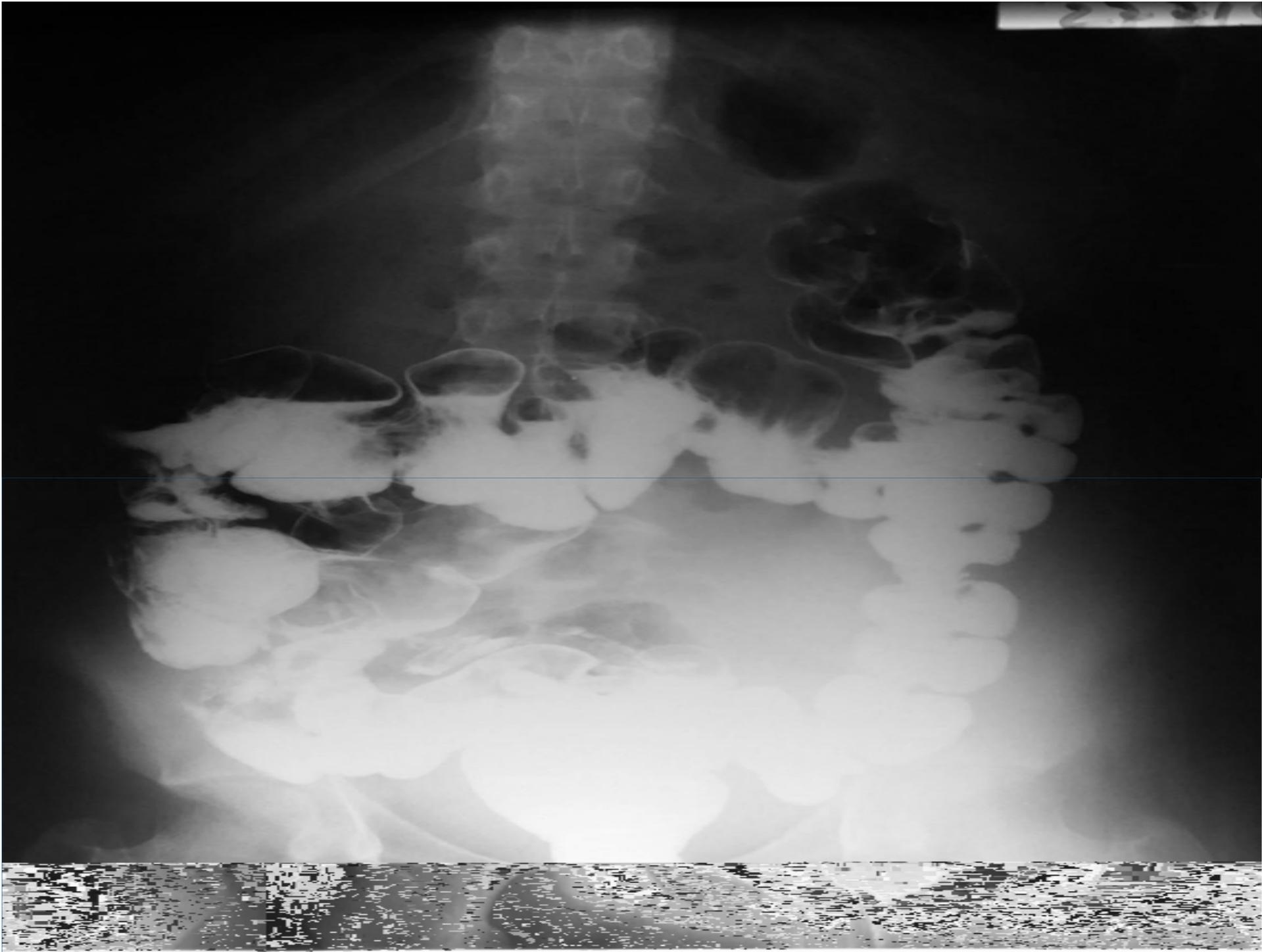
Estudios Complementarios.

- Perfil tiroideo normal.
- Celiaquía: Negativo.
- TAC abdominal normal.
- Colón por enema normal.



WINTERGIZK.
20-7-15

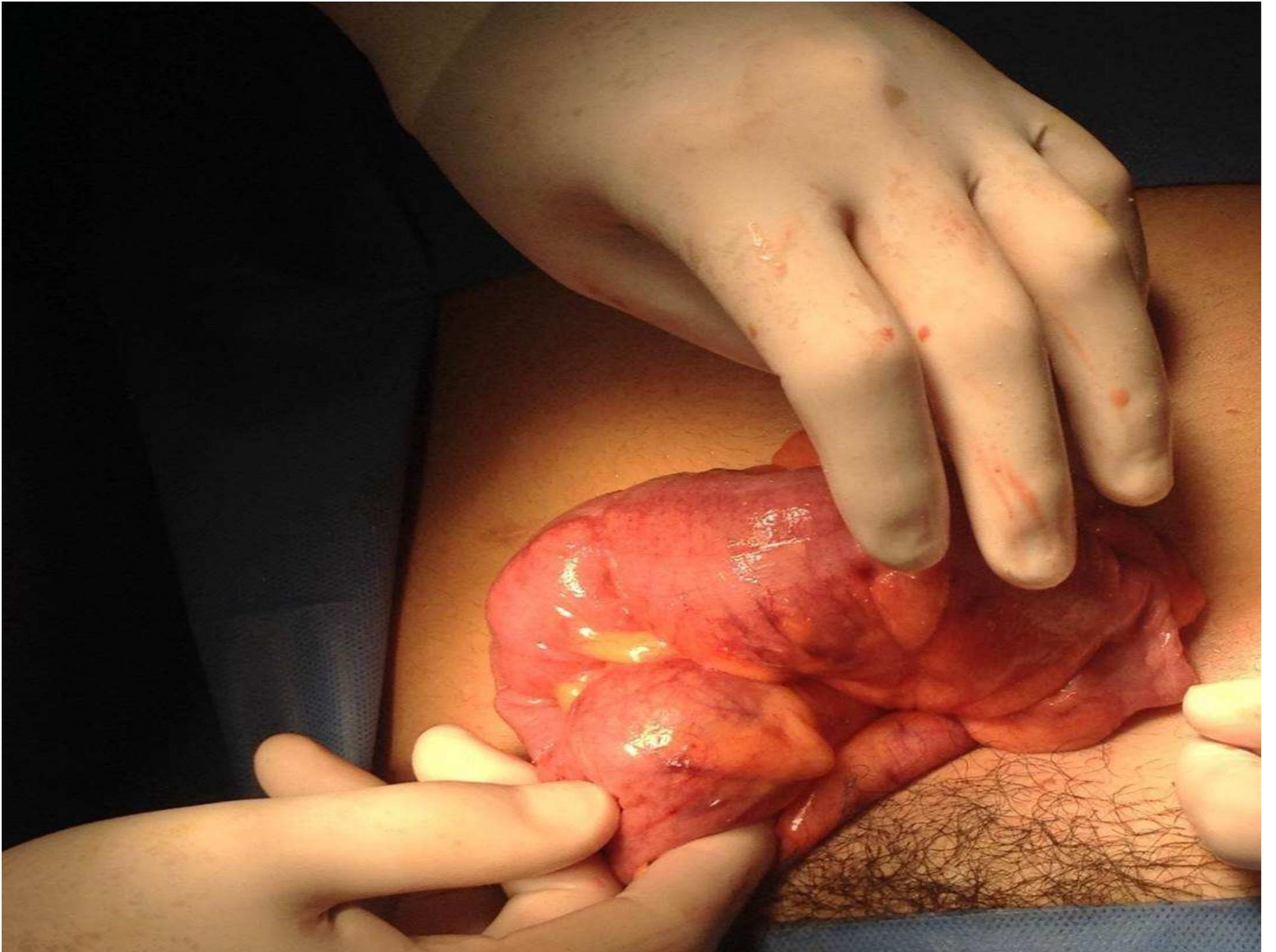
2531



Interconsultas.

- Con el Servicio de Psicopatología.

- Desde el punto de vista clínico persiste con distensión abdominal, catarsis negativas, vómitos aislados, rechazo del alimento pero sin descenso de peso.
- Se indica proquinéticos sin respuesta.
- Se decide en forma conjunta realizar colostomía y tomar biopsias escalonadas para microscopía electrónica.





- Se otorga el alta médica el 11/08/15.
- Se recibe resultado de biopsia se descarta megacolon congénito y miopatía visceral.
- Se realiza el cierre de colostomía en noviembre del 2015.
- Se otorga el alta con seguimiento clínico en su lugar de origen y seguimiento por el servicio de psicopatología.

- Presentó 2 episodios aislados de distensión abdominal resueltos en su ciudad de origen, durante 2016.
- En mayo del 2017, recibimos llamado de la madre informando que su hija estaba internada por un intento de suicidio.

A. B. – U5

Edad:

11 años.

Fecha de Ingreso:

22/07/2005.

Diagnóstico:

Deshidratación severa y sospecha de anorexia.

Antecedentes.

- A los 9 años comienza con dolor epigástrico relacionado con la ingesta, vómitos abundantes bilio-gástricos y regular actitud alimentaria.
- Reiteradas internaciones por deshidratación secundaria a vómitos con diagnóstico de anorexia nerviosa y medicada como tal.

- Descenso de 10 kg de peso.
- Ausencia de alteración de imagen corporal o temor a ganar peso.
- Niega uso de diuréticos, laxantes o ejercicios físicos y vómitos como método purgativo.

Examen Físico al Ingreso.

- Palidez generalizada. TCS escaso.
- Peso: 30 kg ($Pc < 3$) - Talla: 1,45 mts - IMC: 13,1.
- Taquicárdica, enoftálmica, oligúrica.
- Dolor abdominal en región periumbilical.

Conducta Inicial.

- Estabilización del paciente.
- Control clínico y soporte nutricional.
- Psicoterapia individual y familiar.
- Estudios complementarios para descartar patología orgánica.

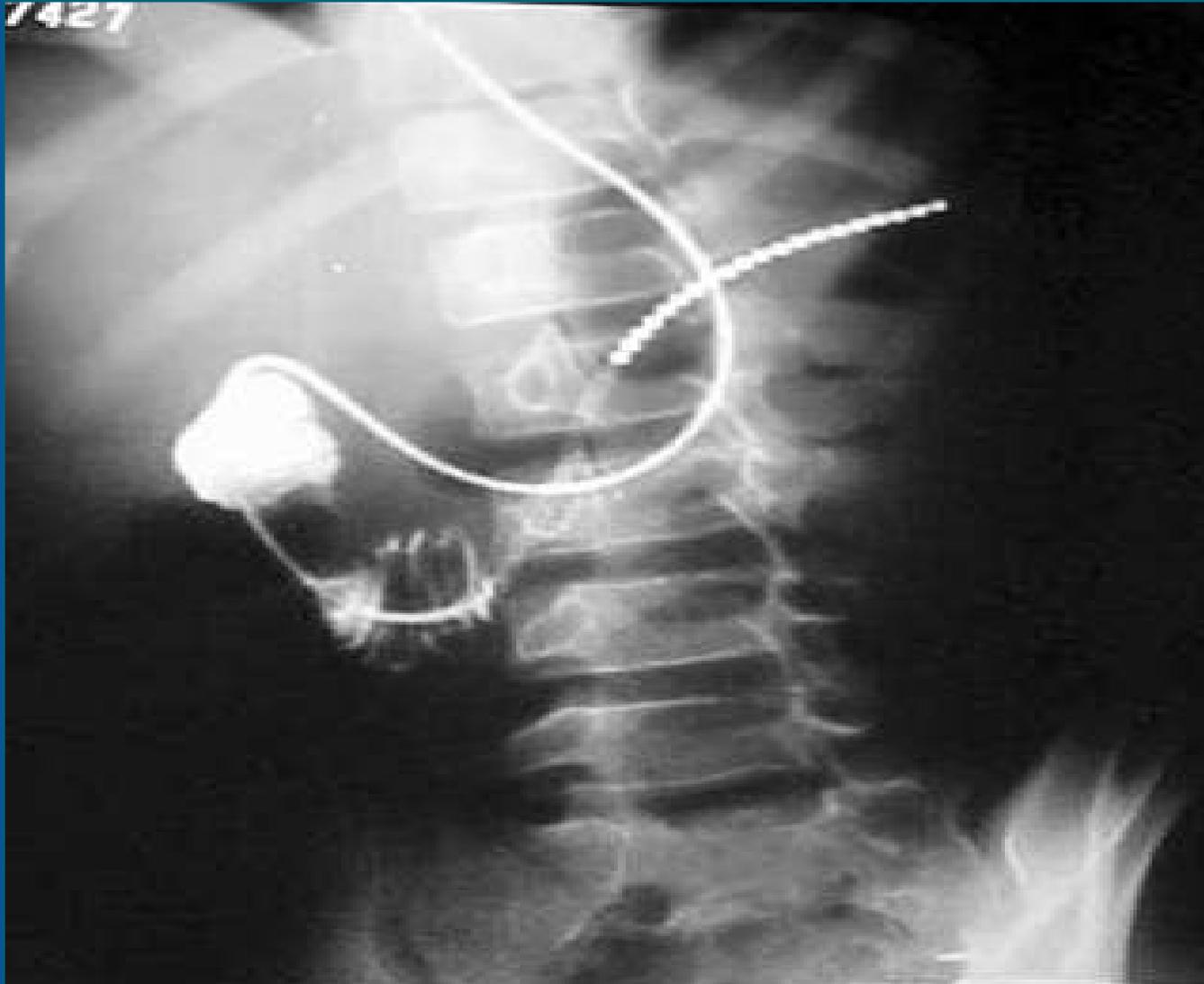
Estudios Complementarios

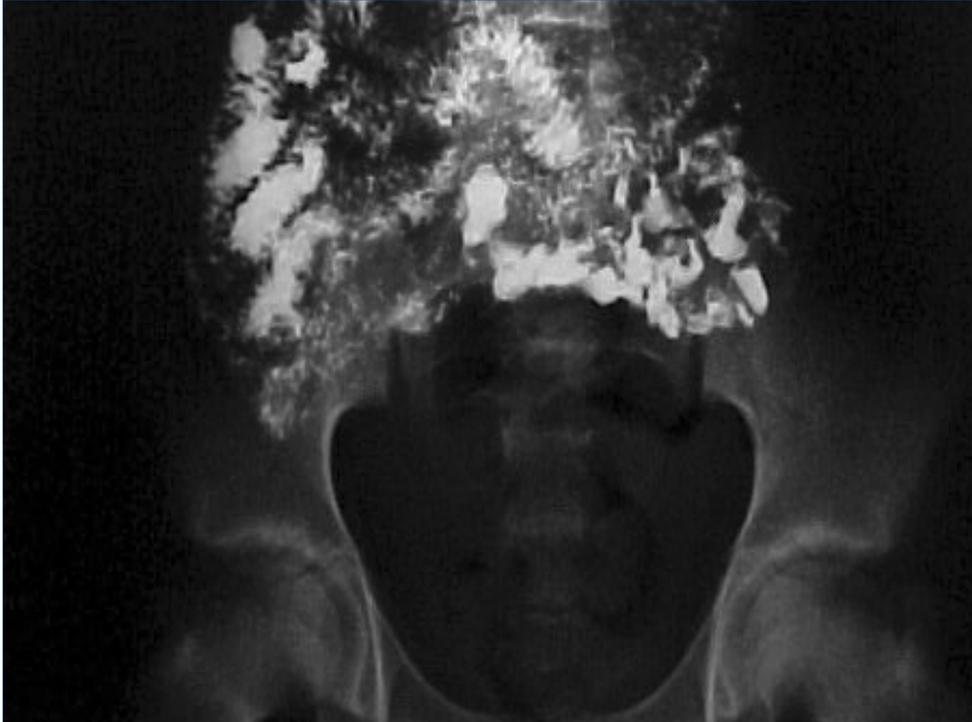
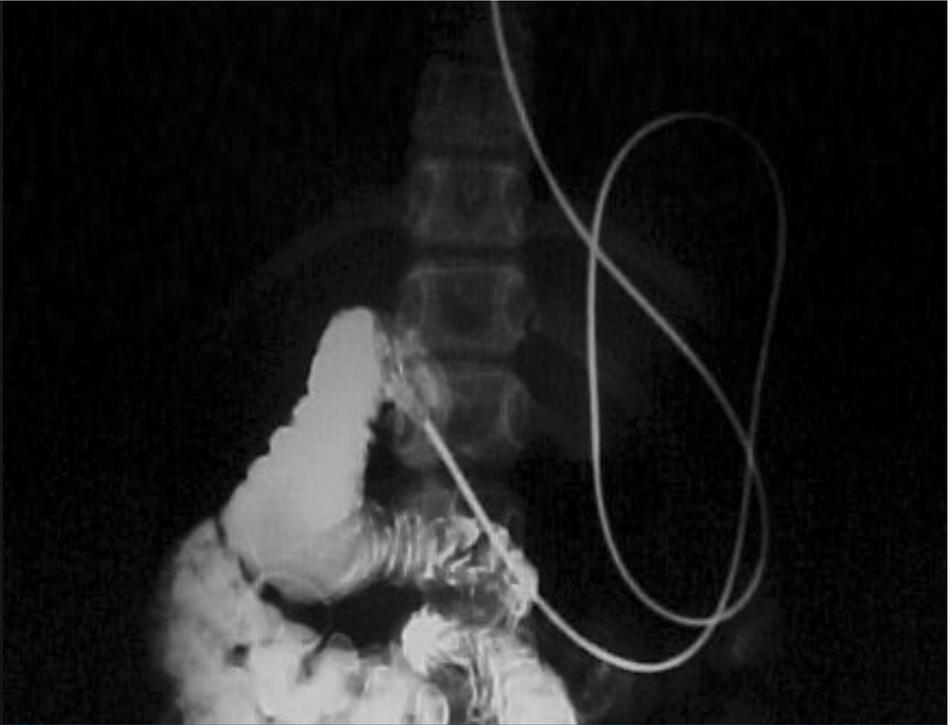
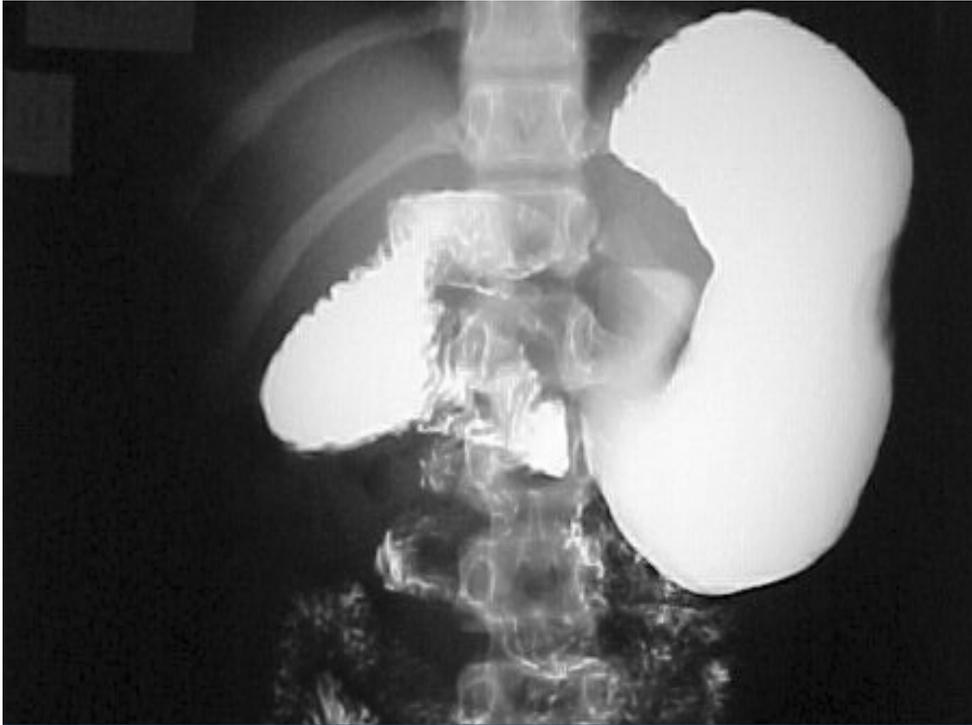
- Exámenes de laboratorio: Alcalosis metabólica severa con hipocalcemia.
- Seriada esófago gastroduodenal: Dilatación de las primeras porciones del duodeno. Ptosis visceral.

Interconsulta con Cirugía.

- Se decide colocar sonda transpilórica para alimentación.

SONDA TRANSPILÓRICA

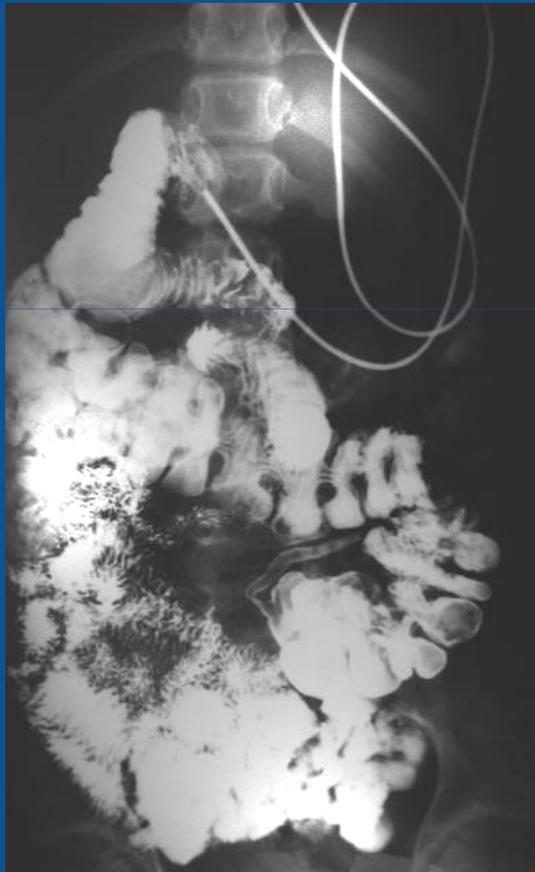




CONTROL SONDA
TRANSPILÓRICA



Malrotación intestinal



- Se decide realizar cirugía con diagnóstico presuntivo de mal rotación intestinal.



15 - Marzo del 2005

INVITACION A COMER con MIS DOC:

SI ROBIN	Dr. Casella	Choripan
DOCTOR	Dr. Fernanda	Milanesa napolitana / Fritos
"	Dr. Paula	Panadito Posticho
"	Dr. Samantha	Heladas
"	Dr. Mariel	Torta de Chocolate
"	Dr. Marita	hamburguesas
"	Dr. María	pizza
"	Dr. Constanza	lemonpie
"	Dr. Ana	Pallo al piedra
LAMARERO	Torta de jamon y queso y filetes	
Señorita	Sosana	Revuelto nicola - ^{Por el} jamonero
	Dr. Natalia	huevo de pasas
CUNYADA	Zulma =	Puchero
HERMANA	NORMA =	PASTA FRIO.
NICOLAS	PAPA =	ASADO

F. EMA ROCIO ZALAZAR

¿Anorexia nerviosa?

- Procedimiento quirúrgico bien tolerado.
- Se otorga el alta al quinto día post quirúrgico.
- Control por Consultorio Externo con aumento progresivo de peso.

PACIENTE FG

16 años. Sexo Femenino.

Antecedentes

- A los 15 años pérdida de peso progresiva secundaria a dolor abdominal.
- Vómitos post ingesta inmediata.
- Negativa a alimentarse.
- Alteración de imagen corporal y miedo a aumentar de peso.
- Conductas obsesivas y rutinarias.
- Angustia, insomnio, ideación suicida.

- 2016:1º Internación por deshidratación y desnutrición severa. Recibe soporte nutricional y psicofármacos sin éxito.
- Pérdida de 20.5 kg en los últimos 7 meses.
- Amenorrea secundaria.
- 26/01/17 es derivada al HNRG-Adolescencia. Con diag. de Anorexia nerviosa purgativa. Inicia seguimiento interdisciplinario ambulatorio (nutrición, psicopatología y clínica médica) con mala evolución.

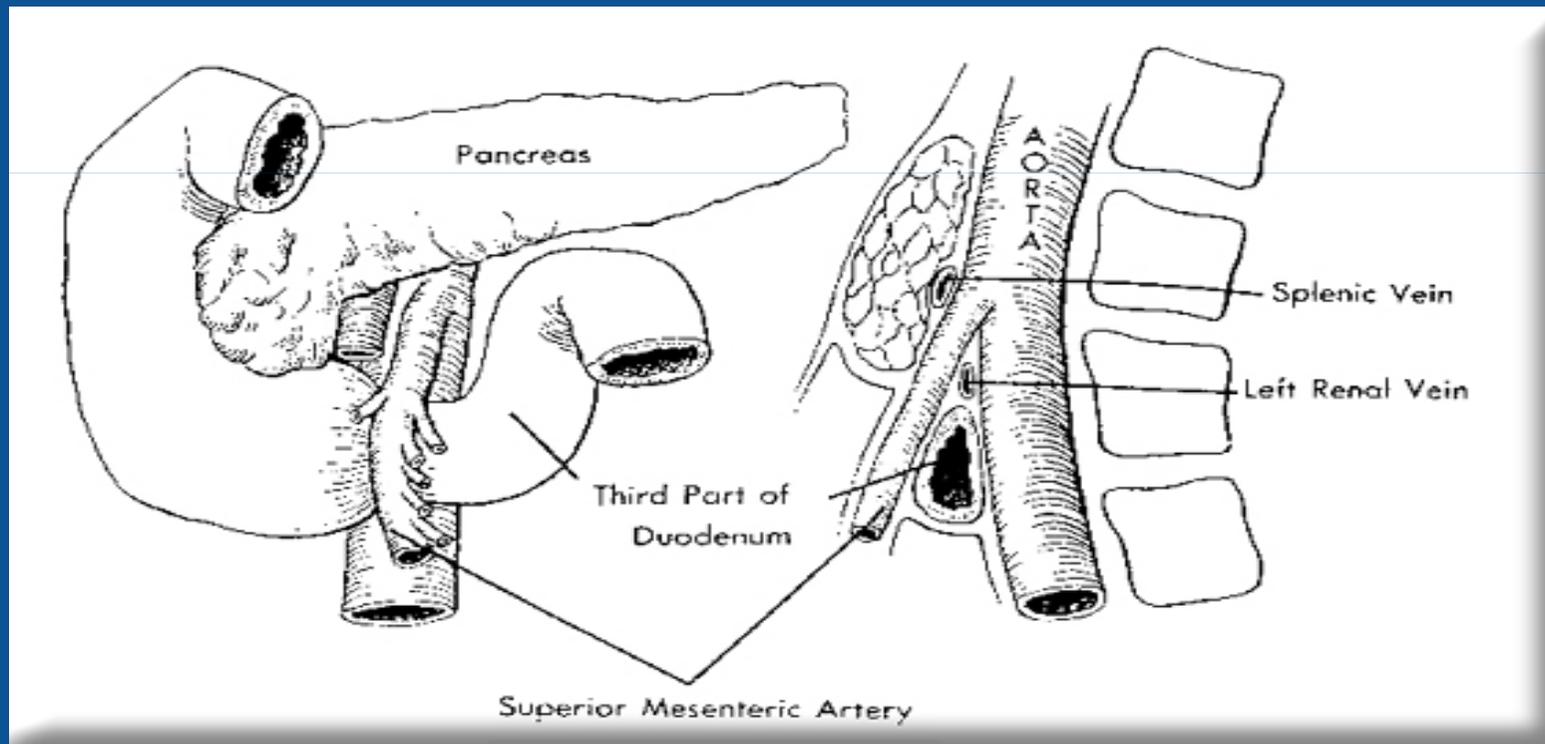
Examen físico:

- Peso: 24.5kg (<Pc3) Talla: 1.40m (<Pc3)
IMC: 12.5 FC: 85. TA: 90/60.
- Tejido celular subcutáneo muy disminuido.
- Hipertriosis en dorso y brazos.
- Abdomen blando. RHA + Dolor epigástrico y periumbilical. Hematemesis aguda escasa, sin descompensación hemodinámica.
- Tanner M4 VP4. Mamas hipotróficas.

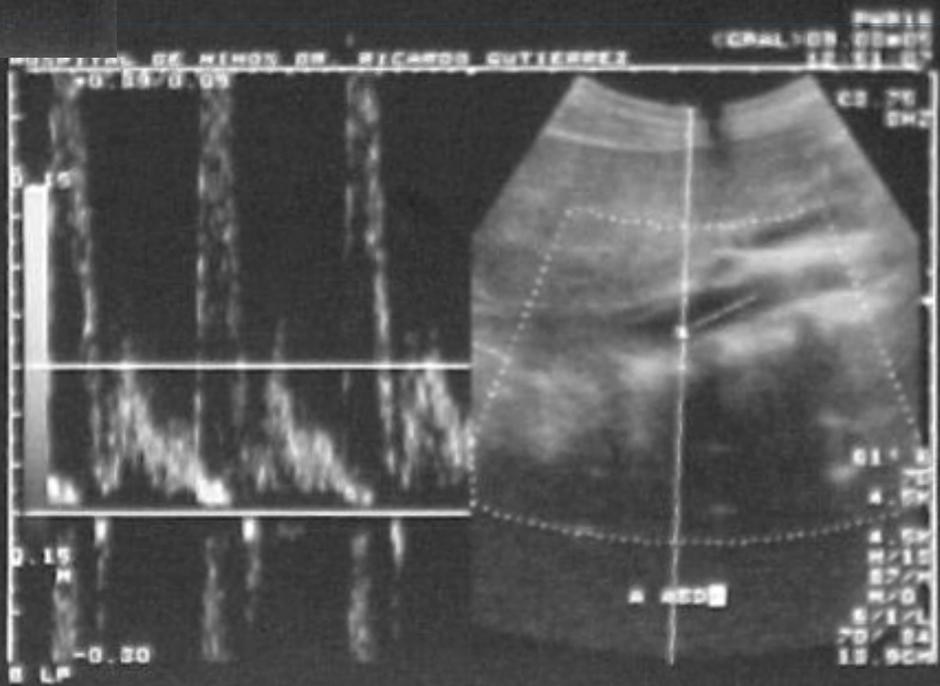
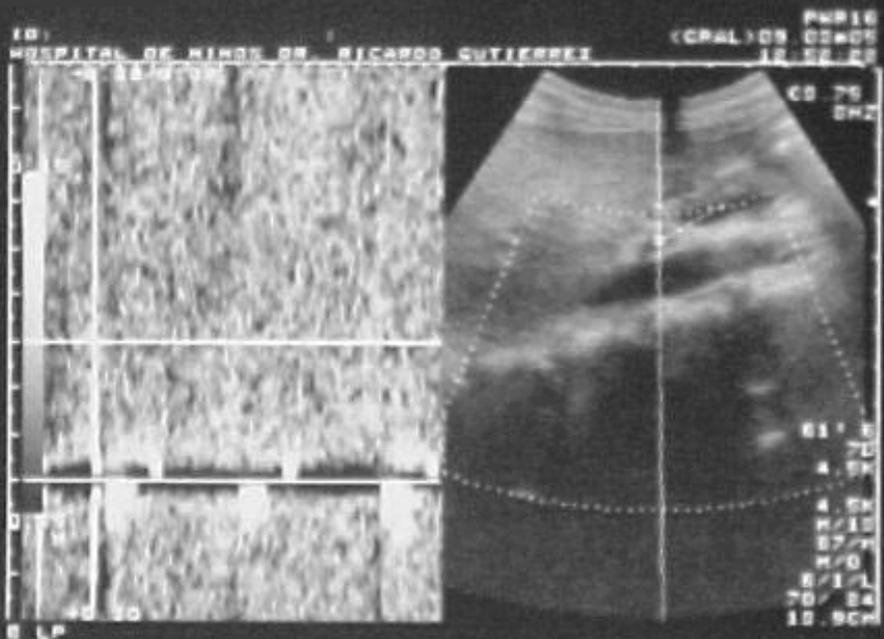
- HMG: anemia normocítica normocrómica leve. EAB: alcalosis metabólica.
- SEDG: obstrucción en 4º porción de duodeno. Pasaje tardío de contraste con la movilización del paciente.

Sospecha Patología Quirúrgica

Descartar Síndrome de la Arteria Mesentérica Superior



ECO DOPPLER



B. J. – U15

- Edad: 14 años.
- FI: 17/5/10.
- Diagnóstico: POLIPOSIS INTESTINAL.

Antecedentes

- Previamente sana.
- Septiembre 09: Enterorragia y descompensación hemodinámica. Requirió TGR (Htal Fernandez).
- Octubre 2009: FEDA y Colonoscopia: polipos gástricos, duodenales y colónicos. AP: adenoma tubular. Displasia de bajo grado.

Antecedentes

- Diciembre 2009: resección endoscópica de polipo duodenal. AP: adenoma tubular.
- Complicación postprocedimiento: pancreatitis aguda (amilasa 4620), requirió 7 días de internación.
- Abril 2010: nuevo episodio HDB.
- Colonoscopia: se observan múltiples polipos en colon izquierdo, difícil visualización de colon derecho por mala preparación de la paciente.

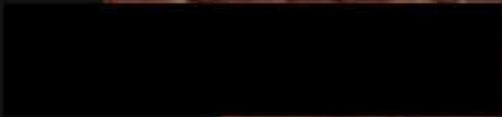
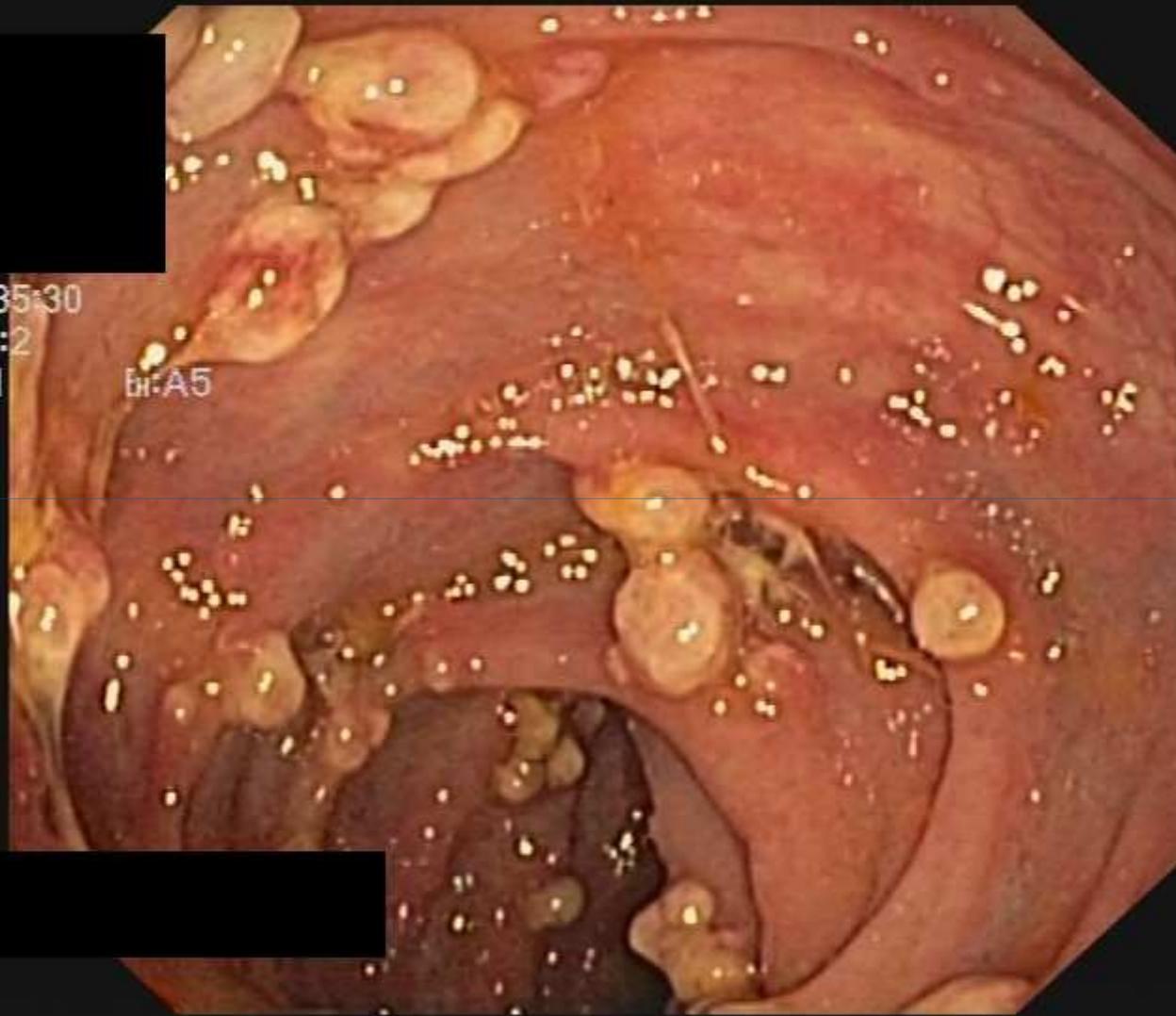
Estudios Complementarios

- Tránsito Intestino Delgado (Nov/09): no se aprecian imágenes polipoides, áreas con hiperplasia folicular linfoide en íleon terminal, común en pacientes de esta edad.
- Video-Colonoscopía(Enero/10):



18:35:30
D.F:2
G:N

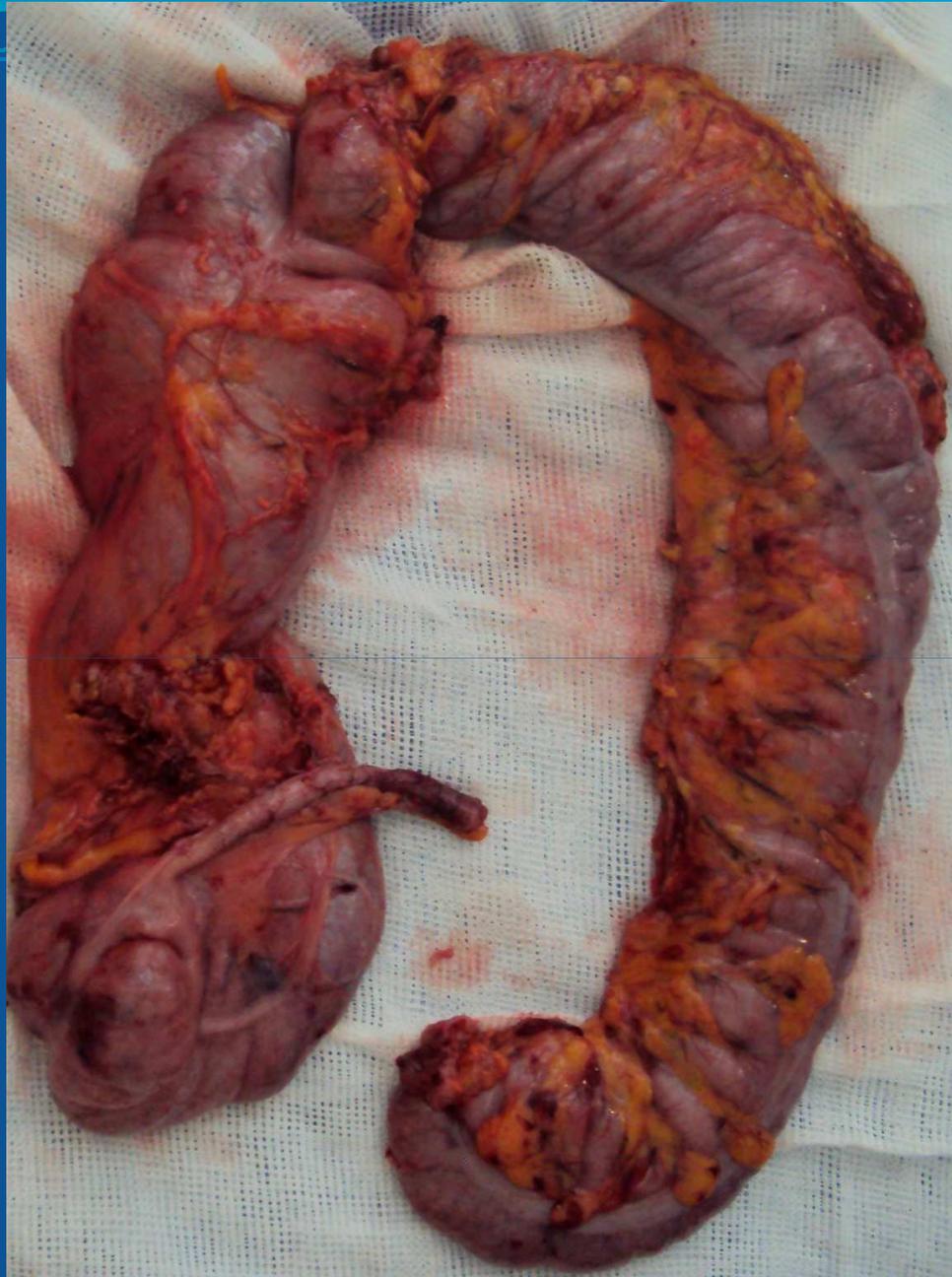
Gr:A5



Cirugía 20/05/10

- Trócar 12 mm umbilical, óptica de 5 mm.
Trócar 5mm hipocondrio izq y FII. Trócar 10mm en FID.
- Disección colon izquierdo y recto hasta ángulo esplénico.
- Se exterioriza colon por ombligo.





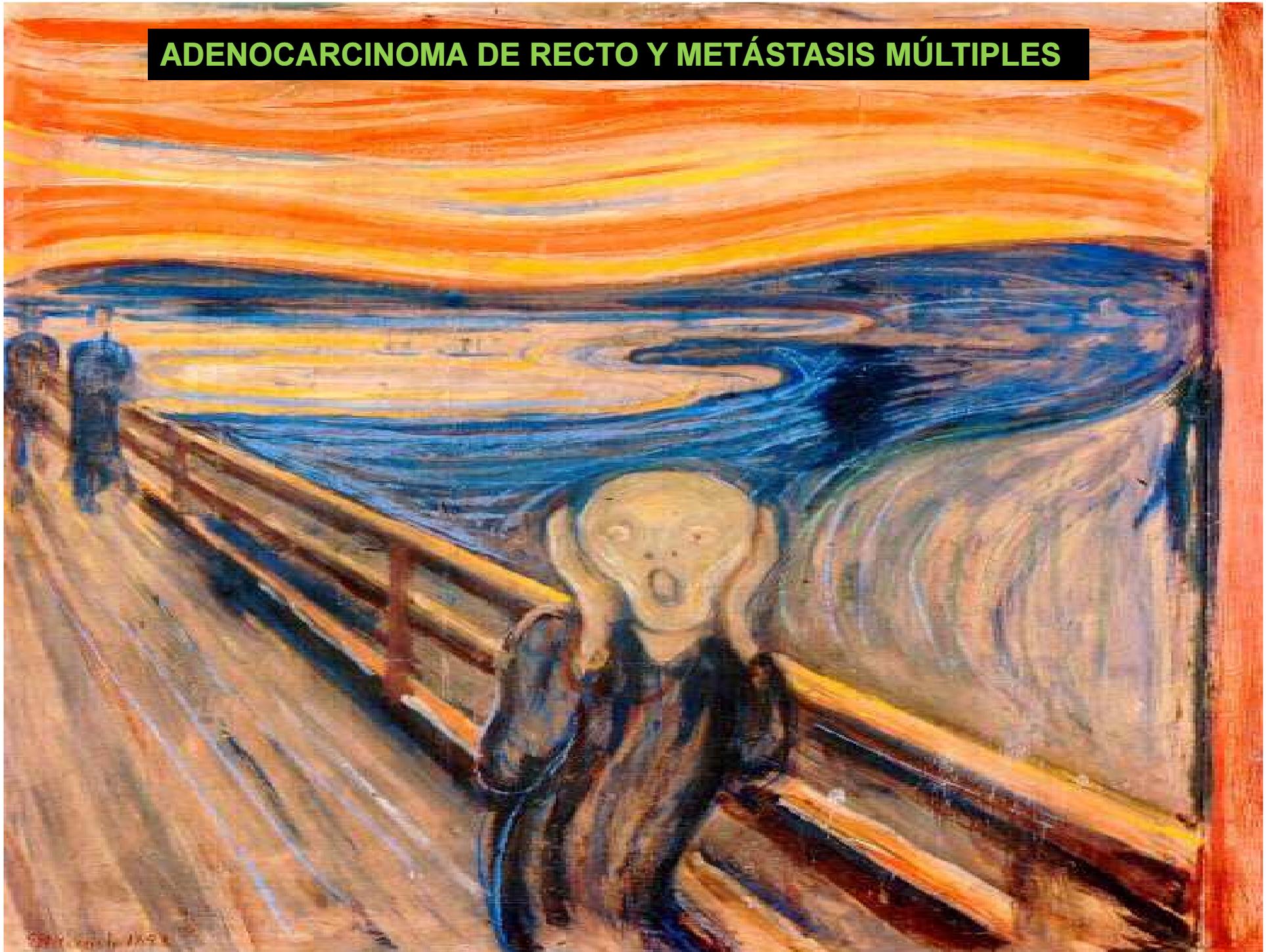
- Disección endoanal. Mucosectomía. Múltiples pólipos y fibrosis.
- Ileostomía en asa en FID a 20 cm de pouch ileal.

Evolución U15

- Post-operatorio(POP): Sangrado activo región perianeal. Requirió 3 TGRD. Hb 7,6 HTO23,7.
- Se realizó taponaje hemostático.
- 2do. día pop, comienzo aporte enteral
- 3er. día pop, cese del sangrado

- 7 POP Inicia aporte enteral con Kas 1000 18% 40ml/h. Amilasa 150. Lipasa 1224. Eco abdominal: normal.
- 11 POP. Buena tolerancia aporte enteral 40 ml/h. Amilasa 108.

ADENOCARCINOMA DE RECTO Y METÁSTASIS MÚLTIPLES

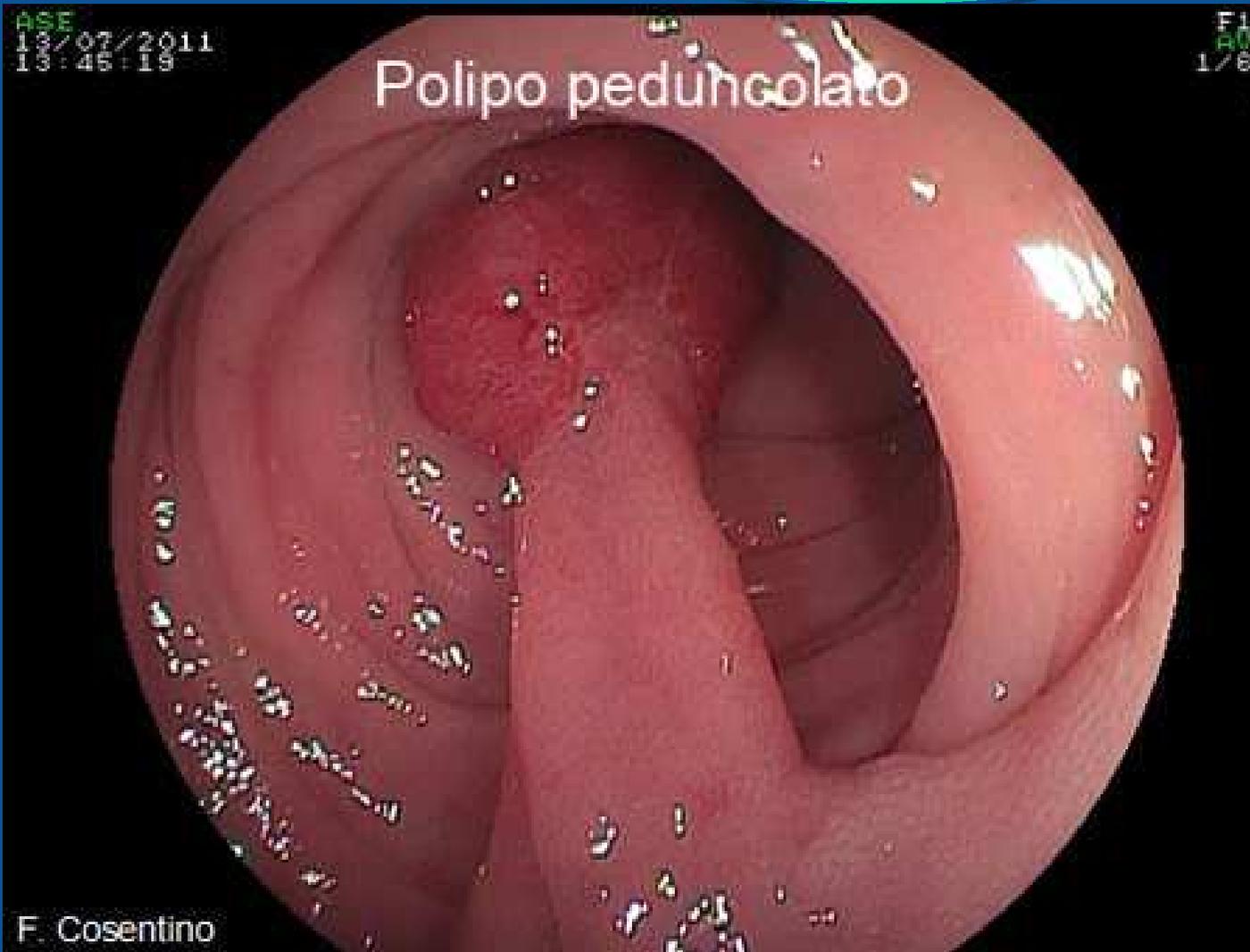












10/07/2011
13:45:19

F1:
R0:
1/8

Polipo peduncolato

F. Cosentino







DEPARTAMENTO DE CLINICA
UNIDAD 4
HEPATOLOGIA



¡¡¡MUCHAS GRACIAS!!!

