

Hiemi

hospital interzonal especializado materno infantil
de mar del plata



Tórax y abdomen agudo

Luciana Goñi

Pablo Vattimo

Mayo 2019

CASO CLINICO 1

Paciente femenino de 10 meses de edad,
NT/PAEG alta conjunta a las 48 hs.
Sin antecedentes patológicos de importancia.
Vacunación completa para la edad.

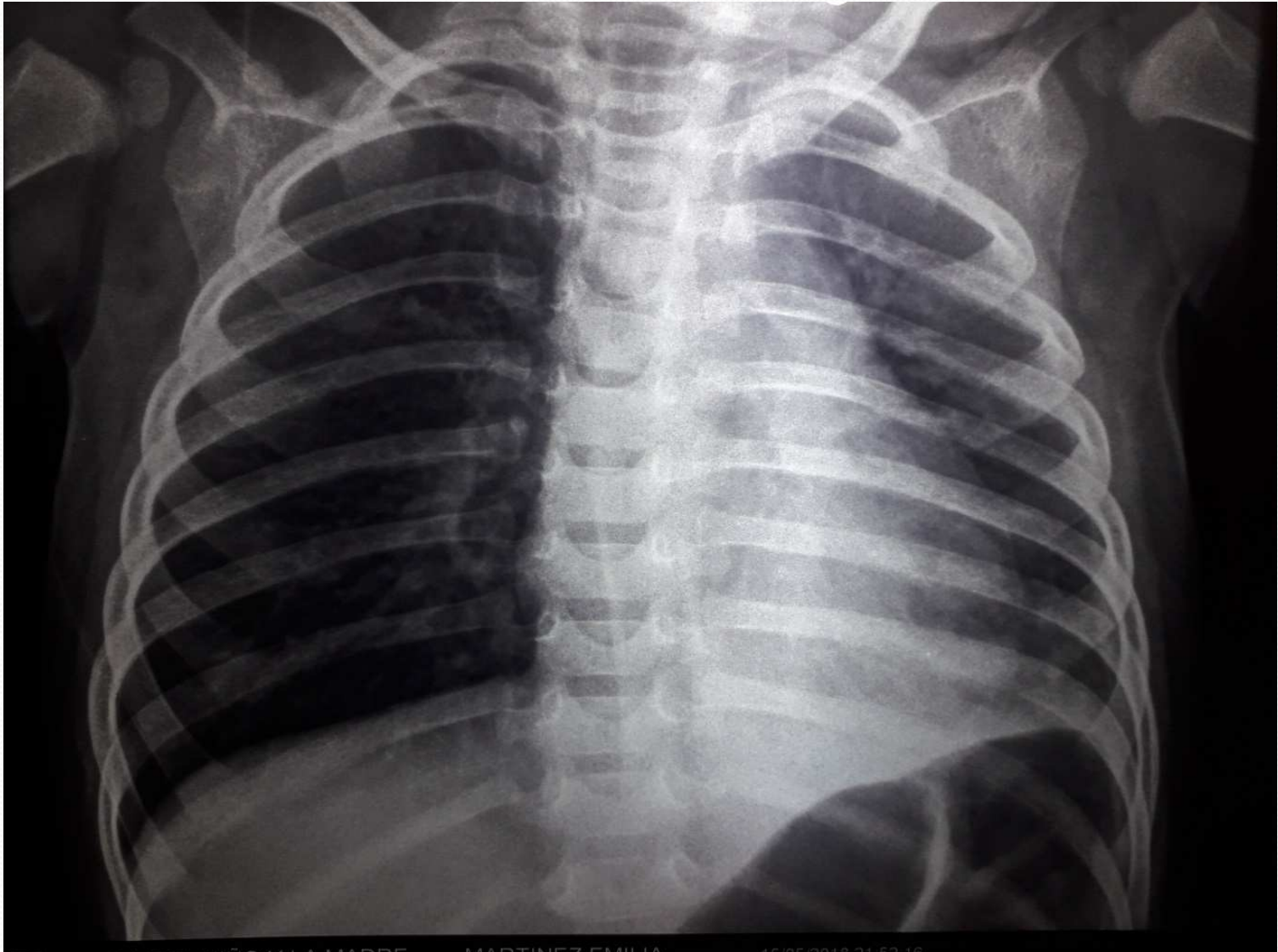
Antecedentes familiares:


Padre asmático.

Forunculosis a repetición

Enfermedad actual

Comienza con CVAS, agregando luego de 3 días registros febriles y agitación. Consulta con pediatra quien solicita Rx de tórax e indica tratamiento con *Claritromicina + Salbutamol*.





Por persistir febril a las 48 hs y empeoramiento clínico,
consulta en guardia donde se decide su internación

Examen físico al ingreso:

Buen estado general, normohidratada, normoperfundida

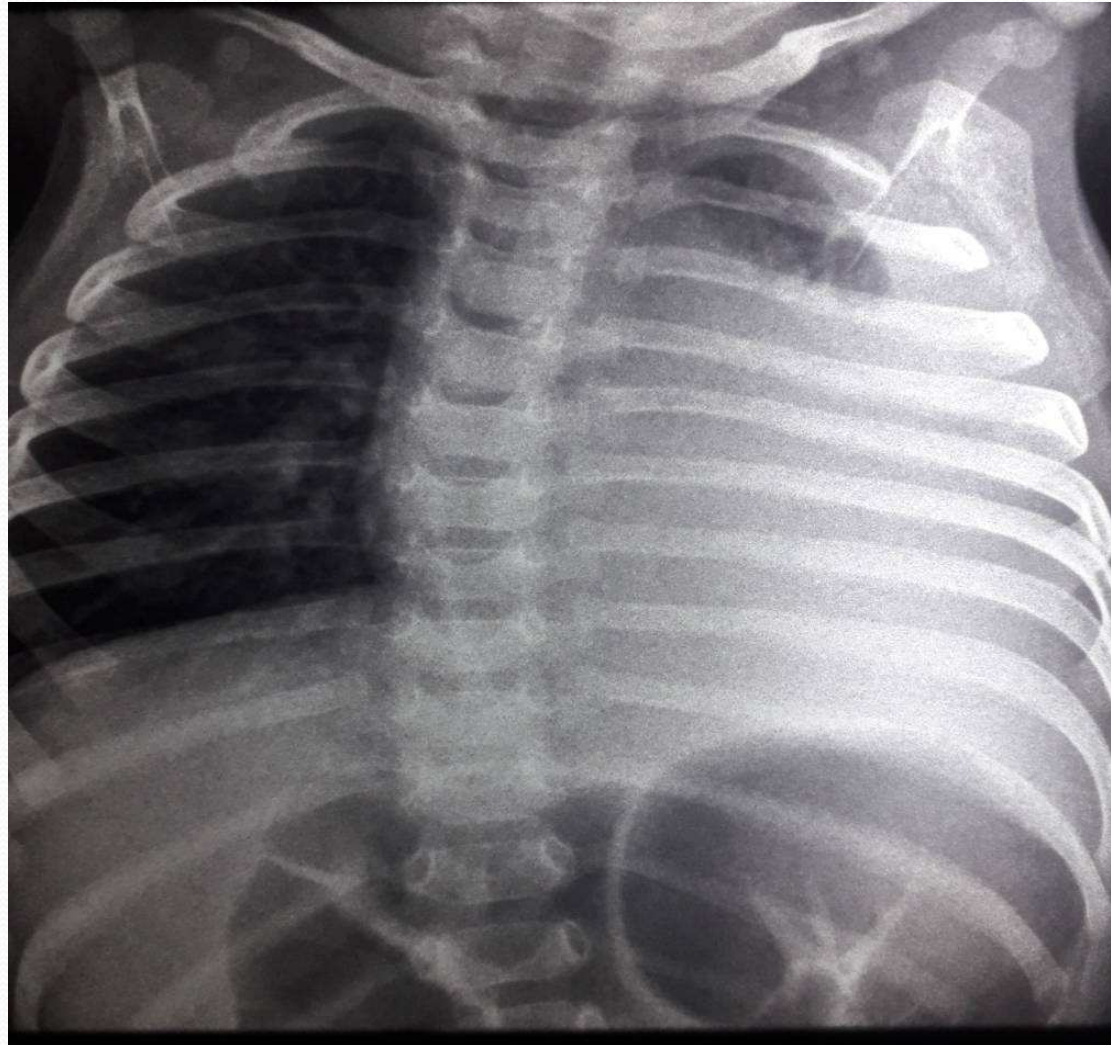
Peso 10 kg

SV: FC 160 x' FR 50 x' TA 85/55 T° 39 Sat 95 %AA

Dificultad respiratoria con tiraje sub e intercostal. Rales subcrepitantes diseminados, sibilancias espiratorias. Hipoventilación en hemitórax izquierdo, disminución de vibraciones vocales.

Matidez a la percusión de la columna.

Rx al ingreso



Usted coloca O2 , solicita laboratorio (HMG,PCR), VSNF y realiza HMC por 2 . Con qué esquema antibiótico empírico iniciaría el *tto*?

1. *CTX (100 mg/kg) + Clindamicina (30 mg/kg).*
2. *CTX (100 mg/kg).*
3. *Ampicilina (200-300 mg/kg).*
4. *CTX (100 mg/kg)+ Vancomicina (40 mg/kg).*
5. *Ampicilina – sulbactam (150 mg/kg)*

Continuamos con el caso clínico:

Laboratorio:

HGM: 37900 (81-10) / 9,7/28,5/ 504000

PCR 380

EAB: 7,47/32/22/99/0,2 Sat 98%

Iono 141/3,5/103

HMC X 2: NEGATIVOS

VSNF: Negativo

ECO pleura:

Derrame pleural izquierdo moderado con múltiples tabiques y líquido de alta ecogenicidad sugestivo de exudado.

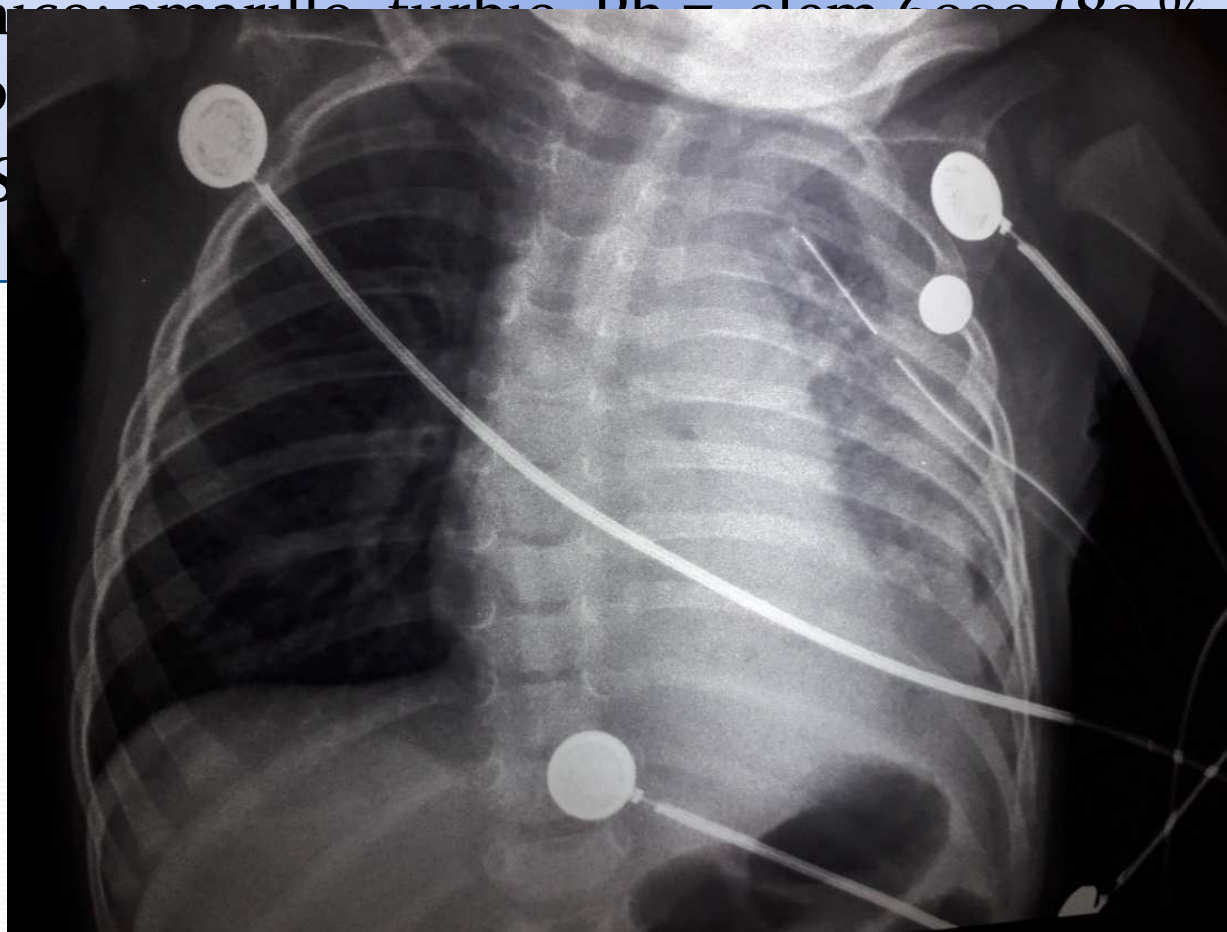
Consolidación parenquimatosa con broncograma aéreo homolateral

QUE HARIAN?

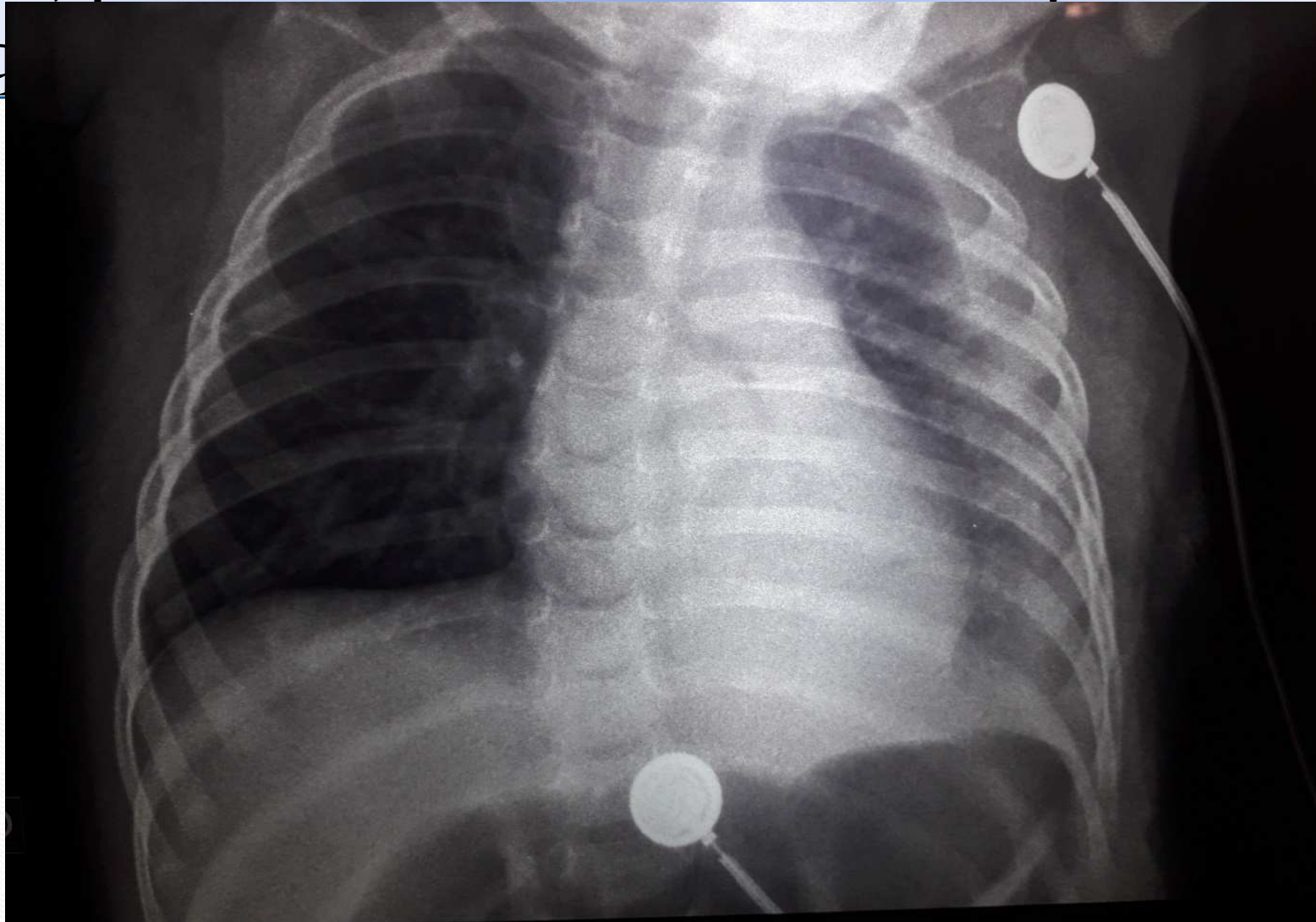
1. Continuar ATB y reevaluar en 48 hs
2. Toracocentesis con envío de material a citoquímico y cultivo
3. Colocacion de tubo de avenamiento pleural con toma de muestras para bacteriología
4. Colocacion de tubo de avenamiento pleural + fibrinolíticos vs Videotoracoscopia, con toma de muestras para bacteriología
5. Toracotomía con tomas de muestras para anatomía patológica, citoquímico y bacteriología

Siguiendo con la paciente:

Se realiza toracocentesis con colocación de TAP
Citoquímica: amarillo turbio, Ph = claro (6000 (80% PMN)),
LDH 1100
Cultivo: S... micina



Al 4to día se evidencia desplazamiento del TAP, persistiendo con dificultad respiratoria y rec...



Conducta?

1. Colocación de nuevo TAP bajo agua
2. Colocación de nuevo TAP para pasaje de fibrinolíticos
3. Videotoracoscopia con colocación de TAP
4. Toracotomía para limpieza de cavidad pleural y reexpansión pulmonar
5. Conducta expectante

La paciente ingresó a quirófano, donde se realizó videotoracoscopía con lavado de la cavidad pleural. Se coloca nuevo T

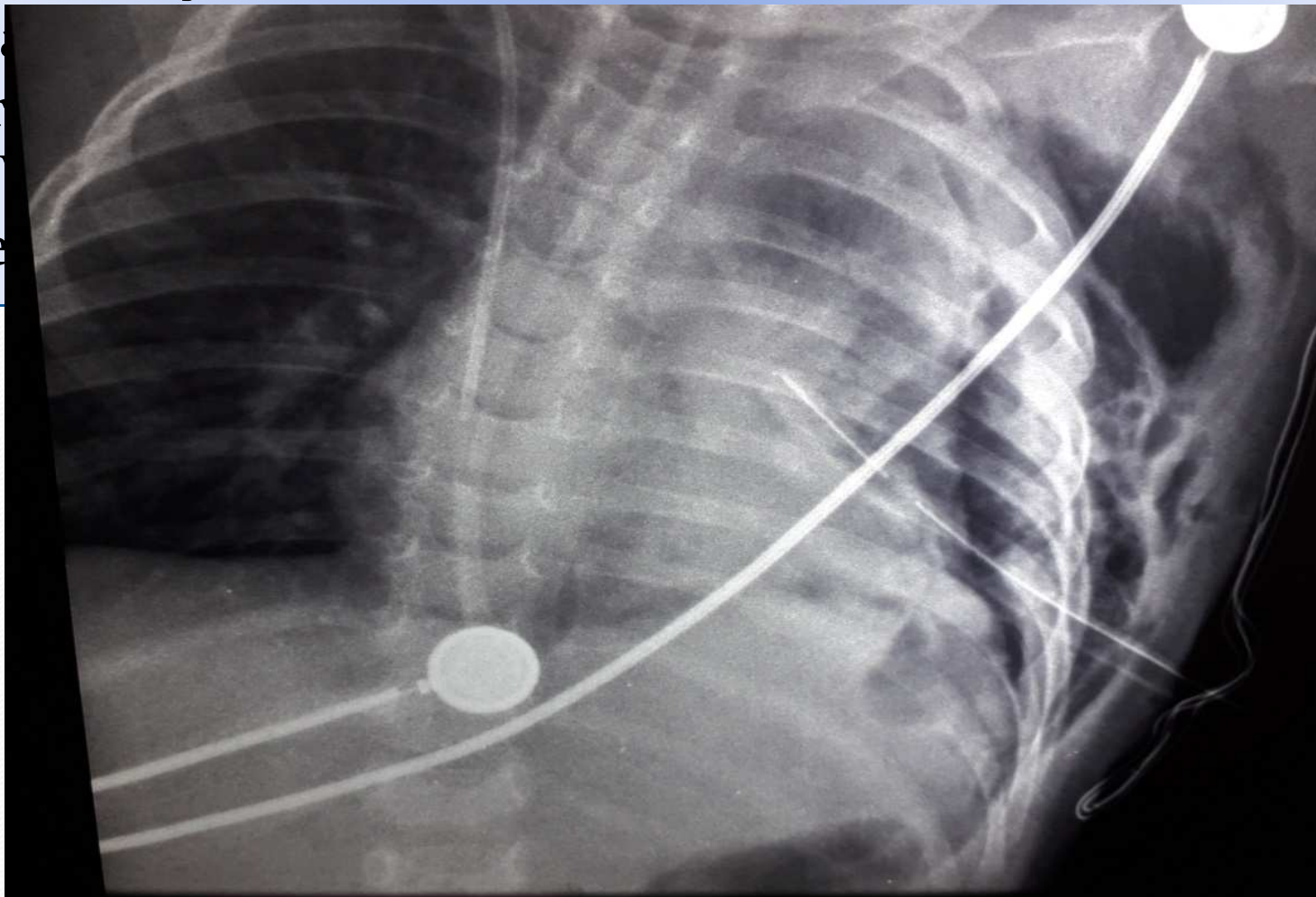


Día 11º de internación: continúa con registros febriles, SIN empeoramiento del estado general.

Se realizan HMC x 2, agregándose cobertura ATB para BGN hasta cultivos negativos (7 días).

Como complicación presentó fistula pleuro – cutánea en sitio de colocación de 1er TAP.

Día 15 de internación: Presenta aumento de la dificultad respiratoria y fiebre. Se solicita TAC de Tórax: consolidación del pulmón izquierdo. Se solicita ingreso a UCI por síndrome de dificultad respiratoria aguda. Se solicita ingreso a UCI por síndrome de dificultad respiratoria aguda.



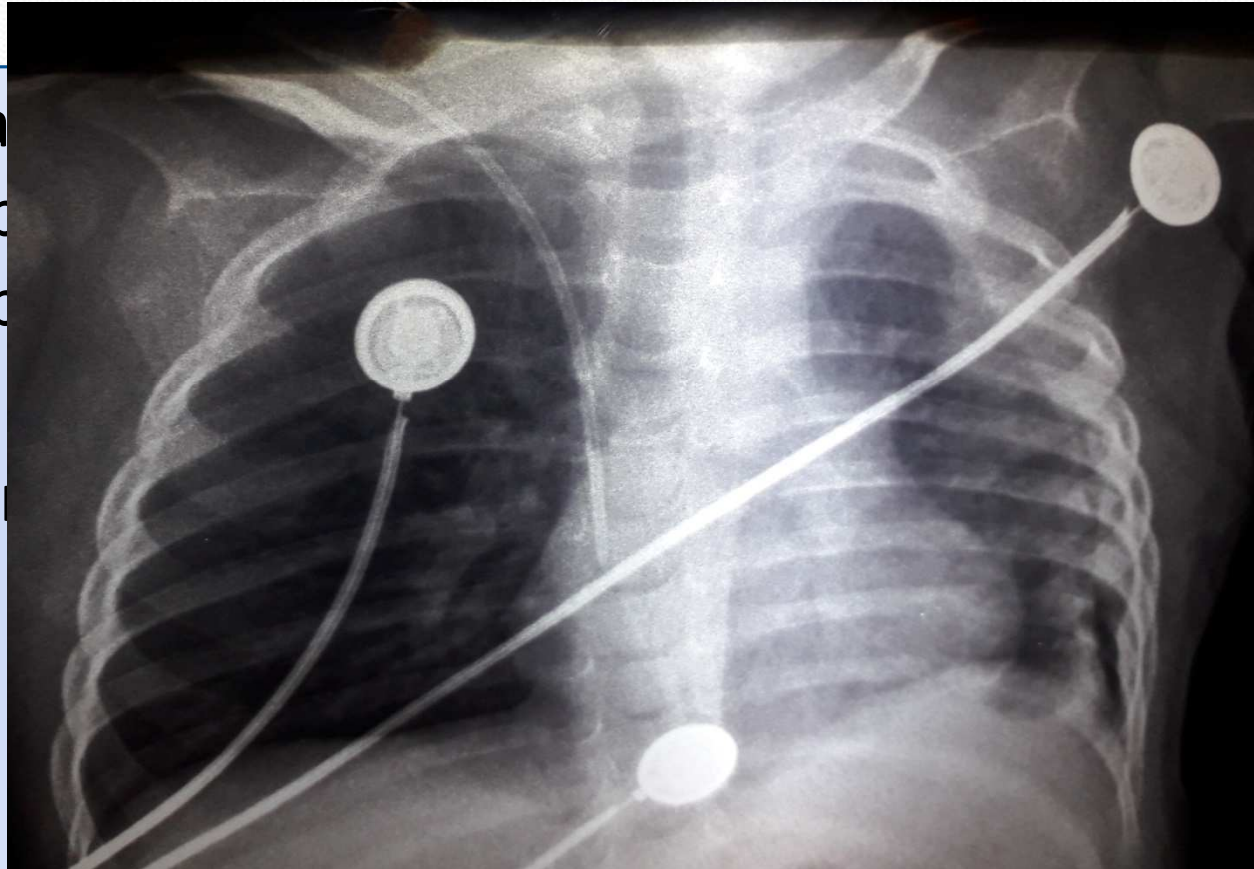
Día 19 de internación: Paciente en mejoría clínica, afebril durante últimas 72 hs, TAP oscila, no burbujea. Escaso débito de 10 ml en últimas 24 hs. conducta?

1. Retirar TAP, Rx control, continuar ATB EV x 24-48 hs y luego rotar ATB a VO y egreso hospitalario a completar 4 semanas de tratamiento
2. Retirar TAP, rotar ATB a VO y luego de 48 hs egreso según estado clínico
3. Clampear TAP durante 24 hs, realizar RX y eventualmente retirar. Continuar 48 hs más con ATB EV y eventual egreso hospitalario para completar 4 semanas VO
4. Ante sospecha de obstrucción del TAP, instilar 10 ml de SF. Solicitar IC con cirugía para evaluar nueva colocación de TAP vs desobstrucción del mismo
5. Retiro TAP, Rx control, rotar ATB a VO para cumplir 4 semanas. Egreso según estado clínico

Evolución...

La pa
cump
comp

Labor
PCR:



n TMS.

20000

A pesar de los avances antibióticos, de la introducción de vacunas y de nuevas técnicas quirúrgicas, la supuración pleuropulmonar se asocia a una importante morbi-mortalidad con internaciones prolongadas y costosas.

El tratamiento inicial se basa en :

DRENAJE QUIRURGICO PRECOZ

☞ se requieren mayores estudios randomizados y controlados en niños para determinar el mejor procedimiento

ANTIBIOTICO

- Esquema empírico inicial : **ampicilina** 300 mg/kg (vacunación completa)
- Considerar S. Aureus en caso de:
 - compromiso bilateral.
 - asociación con infección de piel y partes blandas.
 - requerimiento de UCI.



Caso clínico 2

Abdomen agudo en lactante...un desafío

LUCIANA GOÑI, PABLO VATTIMO
HIEMI Mar del Plata.

Caso clínico

Paciente de **15 meses** de edad, nacida de embarazo controlado, de término y PEAG, sin complicaciones. Recibió lactancia materna exclusiva hasta los 3 meses.

Vacunación completa para la edad.

Sin antecedentes patológicos familiares de relevancia.

Antropometría: Peso 10,200 Kg(pc 50) Talla 77 cm(pc 50)

Enfermedad actual

Paciente que comienza con vómitos, diarrea y fiebre. Luego de 5 días, agrega deposiciones sanguinolentas.


Consulta en guardia, donde se solicitan los siguientes exámenes complementarios:

HGM: HTO 36.8%, HB 12 g%,
GB 7600 (Ns 45/L50) PLaq 455000

Función renal: Uremia 0.16 gr/L, Cr 0.43 mg/dl

Directo de MF: 35-40 leucocitos/campo. 8-10 hematíes/campo.

Coprocultivo en marcha



Con dichos laboratorios, se asume el cuadro como disentería, por lo que se indica egreso hospitalario con pautas de alarma e hidratación VO con SRO y control en 24 hs con pediatra de cabecera.


Al otro día...

...por persistir con deposiciones sanguinolentas, y agregar múltiples episodios de vómitos se decide su internación.

Al ingreso, la niña se encontraba en regular estado general, reactiva, con llanto de difícil consuelo.

FC 130 TA 80/40. BEAB sin ruidos agregados.

Abdomen blando, depresible, doloroso en forma generalizada, de tipo cólico.
Mucosas húmedas. Diuresis + en el pañal.



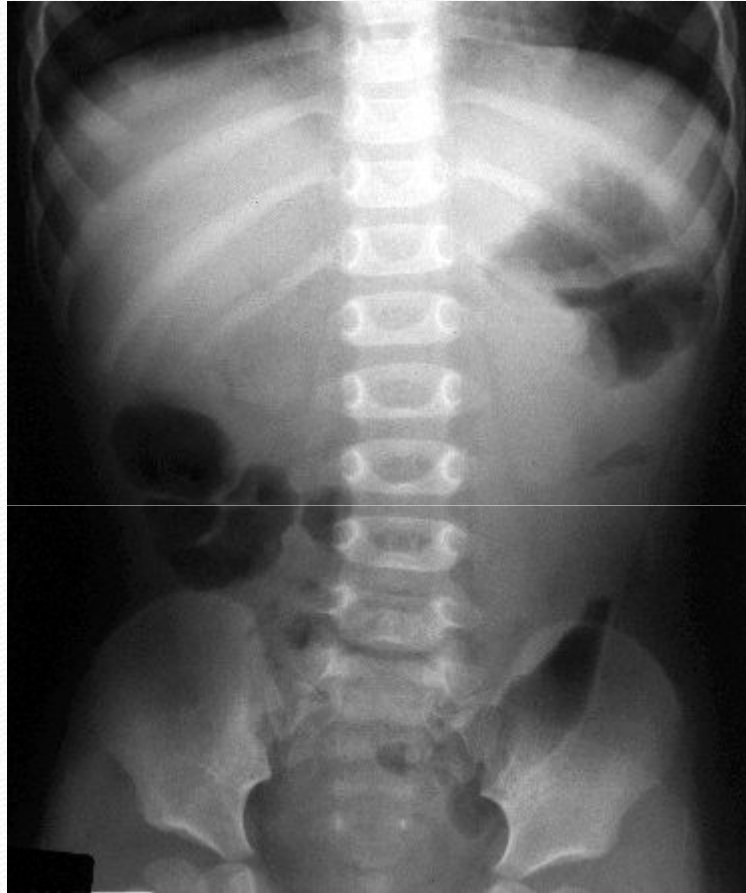
Al interrogatorio dirigido la madre refiere que la niña durante las últimas horas presenta por momentos un sensorio normal, que alterna con episodios de llanto e irritabilidad seguidos de somnolencia y desconexión.

Diagnóstico. Conducta

- 1-Convulsión febril simple de causa GEA.** Indica oxígeno y benzodiacepina. Solicita interconsulta con neurología
- 2-SHU:** Solicita nuevo hemograma con plaquetas, función renal y orina completa buscando proteínas en orina (el coprocultivo ya está en marcha)
- 3-Sepsis de foco abdominal vs meníngeo:** Solicita expansión con SF 20 ml/kg, oxígeno, HC x 2, citoquímico y cultivo de LCR, laboratorio de sepsis y medica con Ceftriaxona 80 mg/kg/día + Clindamicina 30 mg/kg/día EV
- 4-Invaginación intestinal:** Solicita ecografía abdominal, Rx abdomen pie, hemograma, coagulograma, EAB, ionograma, función renal
- 5-Desequilibrio hidroelectrolítico:** Solicita EAB, ionograma, urea, creatinina. Inicia expansión con dextrosado al 5% 20 ml/kg hasta resultado de laboratorios

y la correcta sería....

Invaginación intestinal: Solicita ecografía abdominal, hemograma, coagulograma, EAB, ionograma, función renal



Continuamos con la paciente...

Previo a la realización de ecografía se coloca acceso venoso, SNG abierta, se indica PHP a necesidades basales, y sale laboratorio.

Se recibe laboratorio:

HMG: HTO 38% HB 12,6 g%

GB 8200 (Ns55/L40/M5) PLaq 455000

Función renal: Uremia 0.18 gr/L, Cr 0.45 mg/dl

Glucemia 100 mg/dl

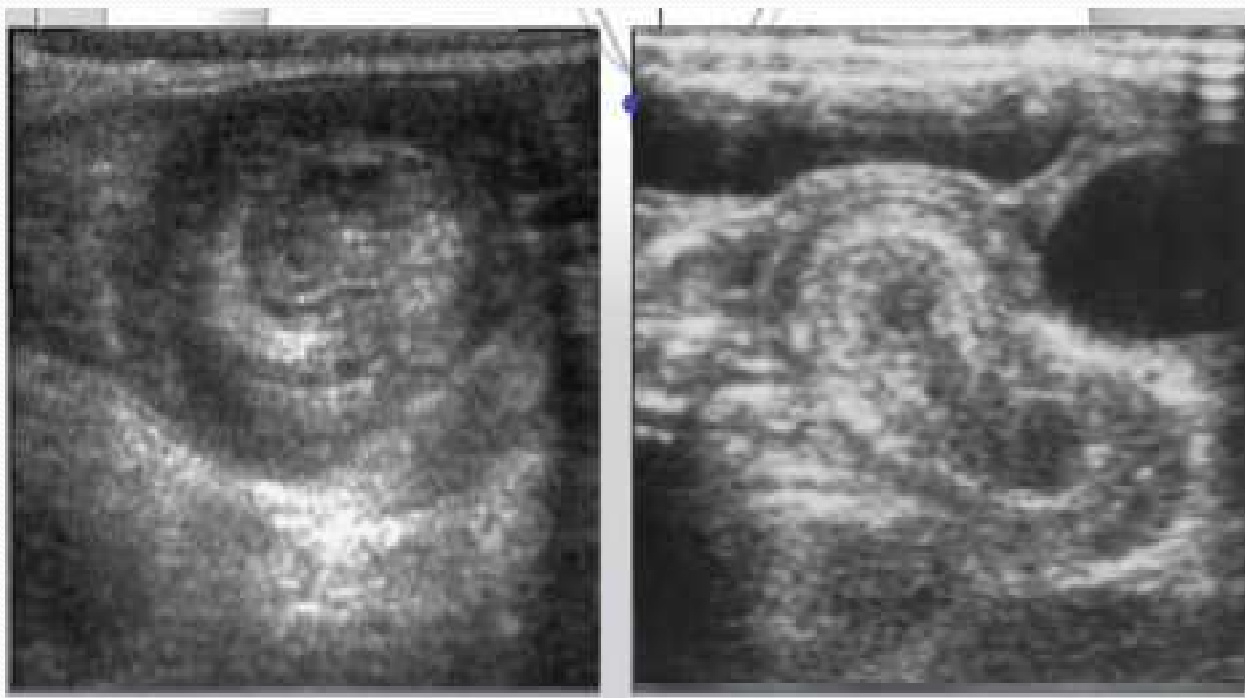
EAB 7.41/43/27/+1.7/69

Ionograma: Na 142 mEq/l, K 3.3, Cl 103.

Orina completa: densidad 1015, ph 6.5. sin hematuria.

Informe ecográfico

Hígado, vesícula, páncreas y riñones de características ecográficas conservadas. Imagen compatible con **invaginación intestinal** en ángulo hepático; sin líquido libre.



Cuál es la imagen ecográfica característica?

- 1-Líquido libre intraabdominal
- 2-Falta de peristalsis en asas intestinales
- 3-Imagen de pseudoriñón
- 4-Conglomerado ganglionar en FID
- 5-Signo de la doble burbuja

La correcta sería

El signo de la escarapela corresponde al corte transversal, y la imagen de pseudoriñón al corte longitudinal

Conducta

Ud realiza interconsulta con cirujano de guardia y servicio de diagnóstico por imágenes y deciden conjuntamente:

- 1) Intentar reducir la invaginación por colon por enema.
- 2) Laparoscopia urgente
- 3) Laparotomía, reducción manual y exploración de la cavidad
- 4) Reducción por colon por enema en servicio de rayos, previa realización de Rx para descartar perforación intestinal
- 5) Realización de colon por enema en quirófano

y la correcta sería...

Solicita interconsulta con cirujano y ecografista para realización de **colon por enema en quirófano**

La causa más probable en nuestro paciente sería...

1-Linfoma

2-Hiperplasia linfática parietal

3-Divertículo de Meckel

4-Ganglio linfático mesentérico

5-Duplicación intestinal

Y la correcta sería

Hiperplasia linfática parietal

Regresa de quirófano. Conducta?

- 1) Ayuno durante 24 hs, luego PTO y egreso a las 48 hs
- 2) Ayuno por 8 hs, luego PTO y egreso luego de 24 hs por riesgo de reinvaginación
- 3) PTO con líquidos, a las 2 horas dieta blanda. Con buena tolerancia, egreso a las 4 hs
- 4) PTO a las 4 hs. RX abdominal AP de pie; si es normal, egreso a las 8 hs
- 5) Reinicio de alimentación precoz, control por 24 hs. Egreso

La correcta sería...

Reinicio de alimentación precoz, control por 24 hs y egreso

Evolucion de la paciente:

Se logro desinvaginacion mediante colon por enema con contraste hidrosoluble.

Inicio PTO a liquidos a las 4 hs, progresandose alimentacion de manera favorable. Se otorgo egreso a las 24 hs



Caso Clínico 3: ABDOMEN AGUDO

Luciana Goñi
Pablo Vattimo

MAYO 2019

Paciente de 11 años, RNT, PAEG. vacunas completas para la edad. Tanner II. Peso: 60 kg (pc 90) Talla 140 cm (pc 50) IMC 30,6 kg/m² (PZ 2.9)

Antecedentes patológicos personales:

ITU a *E. coli* a los 4 años

Varicela a los 6 años, sin complicaciones

Asmática en tratamiento preventivo con *Budesonide* 400 ug/día

Sin antecedentes patológicos familiares de relevancia.

ENFERMEDAD ACTUAL

Comienza 48 hs previas a la consulta con dolor abdominal tipo cólico de intensidad moderada inicialmente generalizado asociado a vómitos alimentarios. Niega fiebre.

En guardia se evidencia paciente en regular estado general, pálida, taquicárdica, mucosas semihúmedas. Afebril.

FC 110 T 36,5 TA 100/60 SAT 99 %AA

Presenta abdomen distendido, blando, doloroso a la palpación superficial y profunda a predominio de FID. RHA presentes. No se palpan organomegalias. Catarsis negativa 24 hs.

Resto del EF sin particularidades a destacar

QUE CONDUCTA TOMARÍA INICIALMENTE?

- 1) Indica *Metoclopramida* IM, da pautas de alarma y control con pediatra de cabecera.
- 2) Solicita OC y UCO con sospecha de pielonefritis.
- 3) Con sospecha de GEA, indica reposición hídrica con sales de RHO, *Paracetamol* según temperatura y observación en guardia.
- 4) Con sospecha de abdomen agudo quirúrgico solicita valoración por cirugía de guardia.
- 5) Realiza expansión con *SF* a 20 ml/kg, realiza HC X 2, indica iniciar tratamiento con CTX y solicita su internación.

Teniendo en cuenta las características del dolor abdominal y el cuadro clínico que presenta la paciente cual sería su sospecha diagnóstica:

- 1) **Apendicitis aguda**: Por la localización del dolor, a predominio de FID y su característica de tipo cólico; asociado a DSH moderada.
- 2) Debido a que el dolor en la **Torsión de ovario** siempre es continuo, descarta dicha entidad
- 3) **Infarto de epiplón**: Debido a presentar distensión abdominal, vómitos alimentarios y regular estado general
- 4) **Obstrucción intestinal**: Debido a presentar distensión abdominal, vómitos, y catarsis negativa en las últimas 24 hs.
- 5) **Pancreatitis aguda**: Debido a la localización del dolor, sus características cólicas y la ausencia de fiebre.

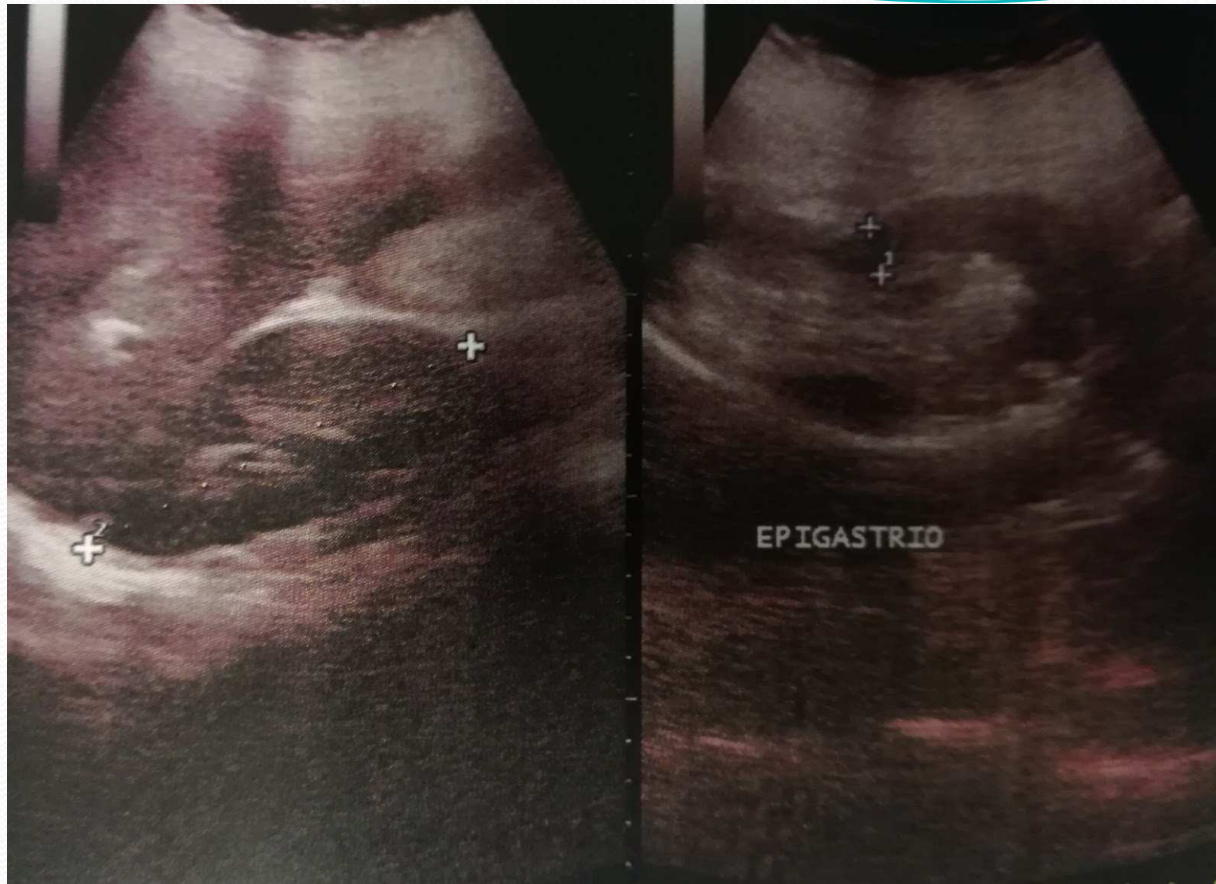
Es evaluada en conjunto con cirujano de guardia, quien decide solicitar laboratorio, Rx abdomen y eco abdominal:

Laboratorio:

Hto 43%, Hb 14,7, GB 14000 N80/L10%, plaq 403000,
Gluc 0,98, creatinina 0,70, urea 0,35, VSG 10, amilasa 36,
TP 85% y KPTT 31 seg.

Ecografía abdominal: *imagen ovoidea con centro ecogénico de 94x38 mm en FID.*





¿Qué conducta tomarían con dichos resultados?

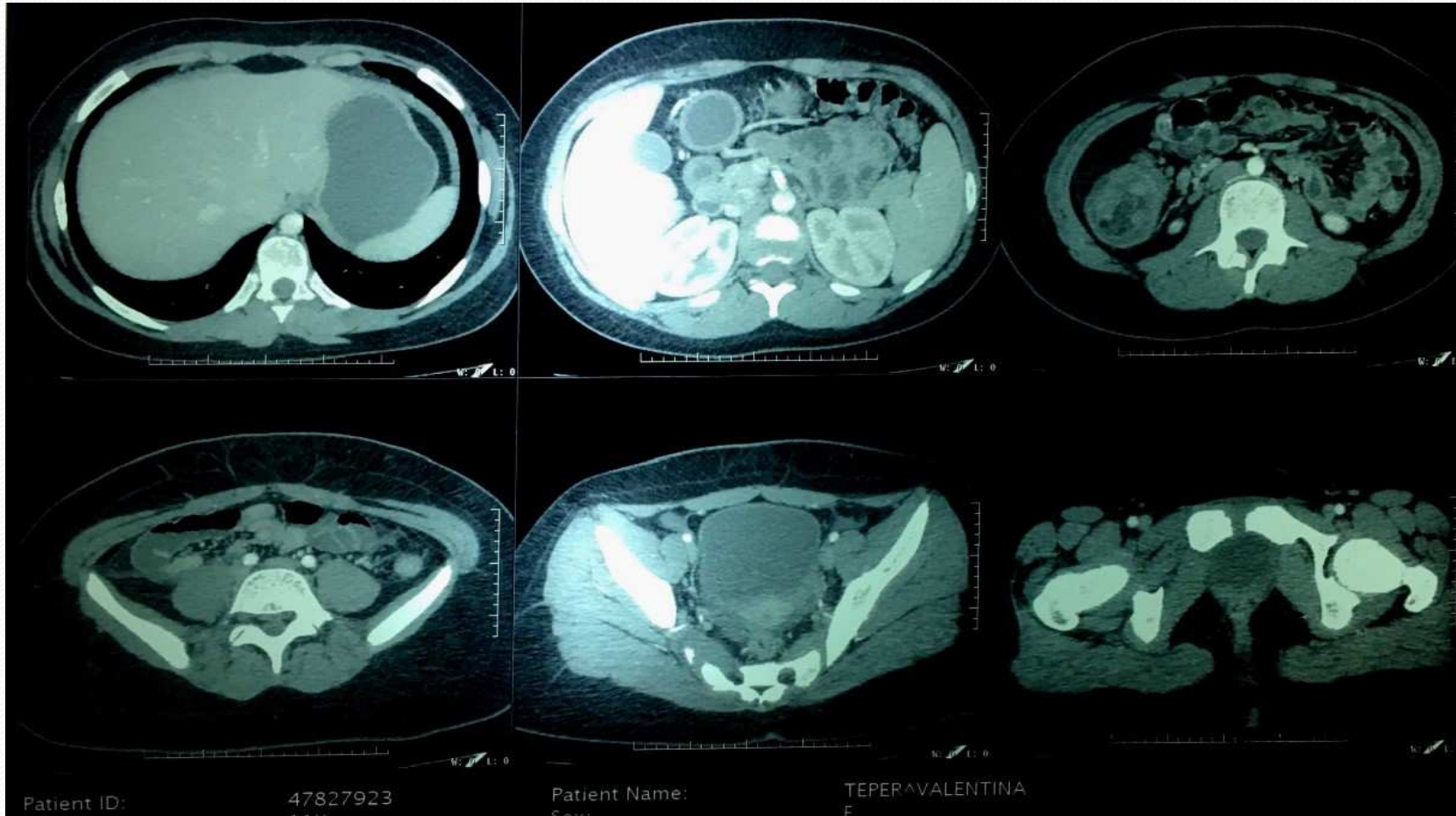
- 1) Nueva valoración por servicio de cirugía infantil para resolución quirúrgica
- 2) Solicita TAC de abdomen y pelvis para confirmar diagnóstico e interconsulta con cirugía para resolución quirúrgica
- 3) Indica ayuno, PHP y control evolutivo
- 4) Interconsulta con cirugía infantil y servicio de imágenes para resolución por colon por enema
- 5) Indica ayuno, PHP, ATB EV, control evolutivo y seguimiento en conjunto con servicio de cirugía


Pero en el caso de nuestra paciente...

Se completó estudio con TAC de abdomen con contraste que informó:

- *Imagen compatible con intususcepción colo-colónica y estructuras ganglionares en su interior.*

De esta manera se confirmó el diagnóstico de *Obstrucción intestinal secundario a invaginación intestinal*






Con dichos resultados se decide su ingreso a quirófano donde se constata invaginación intestinal ileo-ceco-cólica y se desinvagina manualmente + resección y anastomosis intestinal. Se envía muestra a AP.

Paciente que luego de la cirugía evoluciona favorablemente, reiniciando alimentación con buena tolerancia, otorgándose el egreso con seguimiento ambulatorio.

Se rescata informe de AP: Hiperplasia linfoide.

A LOS 2 MESES, CONSULTA NUEVAMENTE EN GUARDIA POR CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO Y NÁUSEAS. QUE CONDUCTA TOMARÍAN?

- 1) Conducta expectante y control en 24 hs
- 2) Solicito OC y UCO con sospecha de ITU
- 3) Solicito Eco abdominal urgente + internación
- 4) Solicito TAC de abdomen dado los antecedentes clínicos
- 5) Indico *Metoclopramida* 0,2 mg/kg/dosis + ranitidina 1 mg/kg/dosis y evaluo respuesta.



Se realiza Ecografía que informa a nivel de hipogastrio imagen hipoecoica de 80 x 42 mm con contenido central hiperecogenico aperistáltico; se percibe línea hiperecogenica periférica, también aperistáltica, no compresible, dolorosa a la exploración, con alteración de planos grasos adyacentes (hallazgo compatible con invaginación)

QUE CONDUCTA TOMARÍAN?

- 1) Laboratorio e interconsulta con cirugía infantil para resolución quirúrgica
- 2) Laboratorio, ayuno, PHP, evaluación por cirugía y control evolutivo.
- 3) Completar estudio con nueva TAC de abdomen y pelvis.
- 4) Interconsulta con cirugía infantil y servicio de imágenes para resolución por colon por enema.
- 5) Con sospecha de adenitis abscedada como cabeza de invaginación iniciar tratamiento ATB con CTX + *Metronidazol*.

Se reciben laboratorios:

Hto 37%, Hb 12.3, GB 7000 N58/L34, plaq 275000,
TP90%, KPTT93seg.

Ingresa a quirófano para realización de laparoscopia exploradora, donde se evidencia gran conglomerado ganglionar en el meso de aproximadamente 10 cm como cabeza de invaginación. Se realiza desinvaginacion manual y se toman biospias para AP

CUÁL SERIA SU SOSPECHA CLÍNICA?

- 1) Síndrome linfoproliferativo
- 2) Divertículo de Meckel
- 3) Adenitis mesentérica
- 4) Adenitis mesentérica abscedada
- 5) Duplicación intestinal

Ante la sospecha de síndrome linfoproliferativo, ¿solicitarían otros estudios/ interconsultas?

- 1) Conducta expectante hasta informe de citometría de flujo y AP
- 2) Completar laboratorio con parámetros de lisis tumoral, Rx tórax y evaluación por Hemato-oncología
- 3) Evaluación por hemato-oncología
- 4) Iniciar hiperhidratación y medidas de prevención de síndrome de lisis tumoral
- 5) Completar laboratorio con parámetros de lisis tumoral, Rx de tórax, evaluación por Hemato-oncología y evaluar iniciar medidas de prevención de síndrome de lisis tumoral

Se recibe laboratorio:

Na 145 K 3.5 Cl 106 Ca 9 P 4.8 Mg 1.59

LDH 495.

EAB 7,38/42/24/-0,9

Glucemia 1.28, Ac úrico 6,

TGO 9, TGP 8, FAL 333,

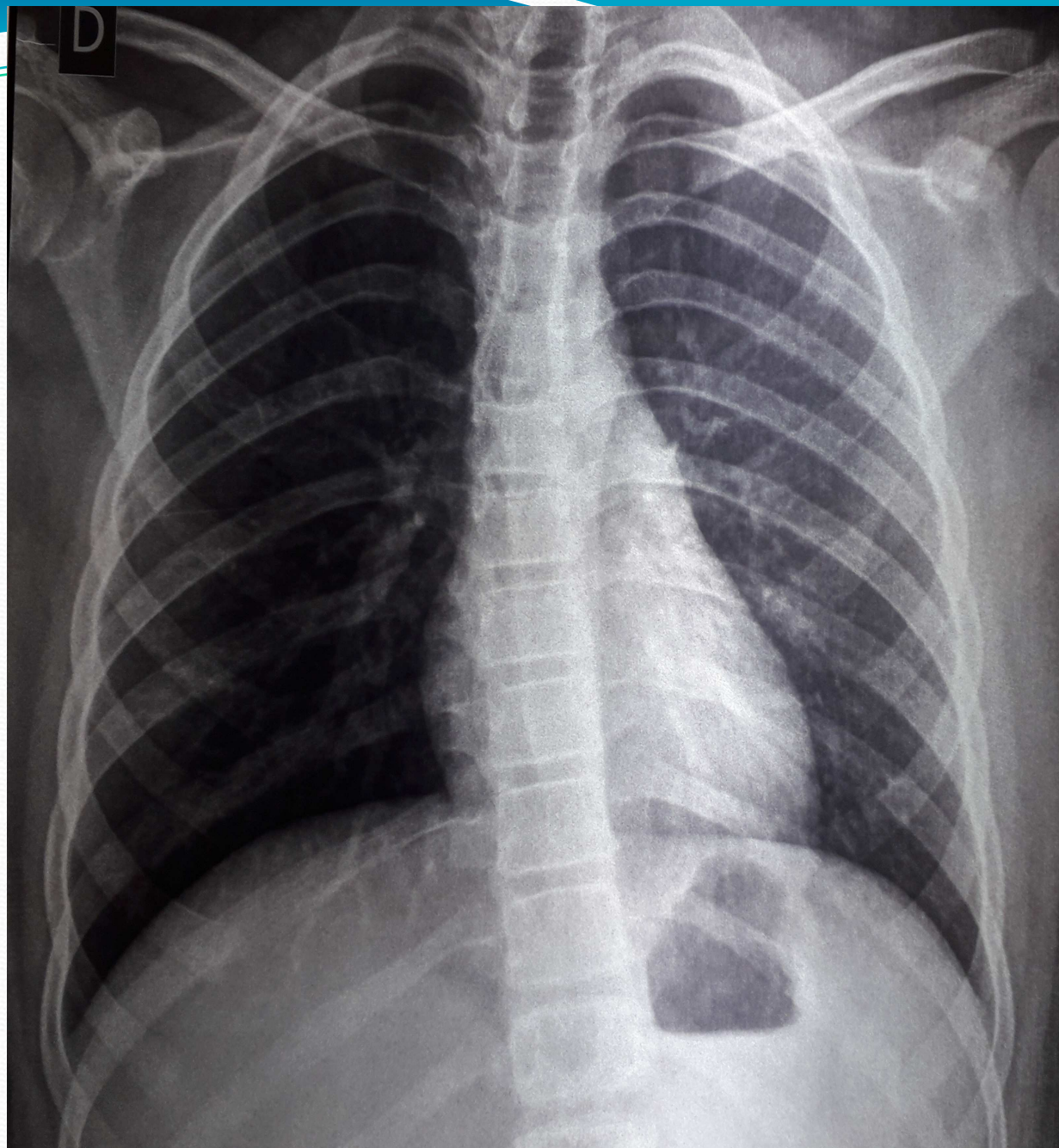
Evaluación por hematología:


GB 9620 N66/L24/M10 Hb 11,8 Hto 34% plaq

277000

Frotis normal.

Rx Tórax





Se recibe resultado de citometría de flujo:
Hallazgo compatible con *síndrome linfoproliferativo crónico de células B/ Linfoma de origen centrofolicular.*

RECUERDE

- La invaginación intestinal constituye una emergencia médica por la potencial isquemia, translocación bacteriana, necrosis y perforación intestinal.
- La edad de presentación más común es entre los **5 meses y los 2 años de vida.**
- La mayoría - idiopático
 - 2 a 12% factor anatómico (d. Meckel, pólipos , tumores)
- Método diagnóstico de elección ⇨ ecografía abdominal, alta sensibilidad y especificidad (95-100%).
- Tratamiento:
 - reducciones hidrostáticas o neumáticas con una alta tasa de éxito (80- 95%)
 - **Quirúrgico:** - fracaso de la reducción por enema.
 - en caso de cuadro peritoneal o shock.
 - **se sospecha causa anatómica o > 2 años**



MUCHAS GRACIAS