



**Semana de Congresos y  
Jornadas Nacionales  
SAP  
Buenos Aires 2017**

Hospital de Niños Víctor J.  
Vilela.  
Rosario.

# Caso Clínico:

## **Presentación Inusual en EII**

**Autores: Bravo, Silvia; Librici, Estefanía; Bordato, Juan; Aliverti Gustavo Pochettino, Sandra; Lande Hilda; Berutto, Valeria.**

**Servicios de Gastroenterología y Anatomía Patológica del  
Hospital de Niños Víctor J, Vilela.**

# Niña de 12 años

- Eutrófica.
- Sin antecedentes patológicos de jerarquía.
- Cuadro de 48 hs de evolución de dolor abdominal epigástrico con irradiación dorsal.

# Examen físico al ingreso:

- Leve a moderadamente enferma.
- Subfebril.
- Abdomen globuloso, blando, depresible. Doloroso a la palpación con defensa en epigastrio.

# Exámenes complementarios

• Laboratorio: -GB: 10.000 (58/35) -Hto. 33.4

-Hb 11,8 -**VES 60** -Plaq. 360.000 -Ur 25

-Glic.102 -TGO 48 -TGP 57 -**FAL 2345**

-**Amilasemia 430** -**Lipasa en sangre 326**

-**GGT 317** -BT 0,48 (D0,20/I0,28) -Ca9,9.

Orina: normal

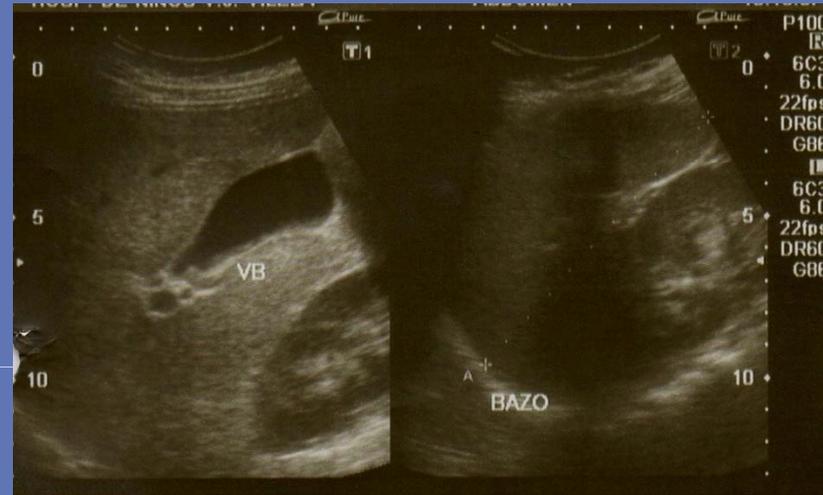
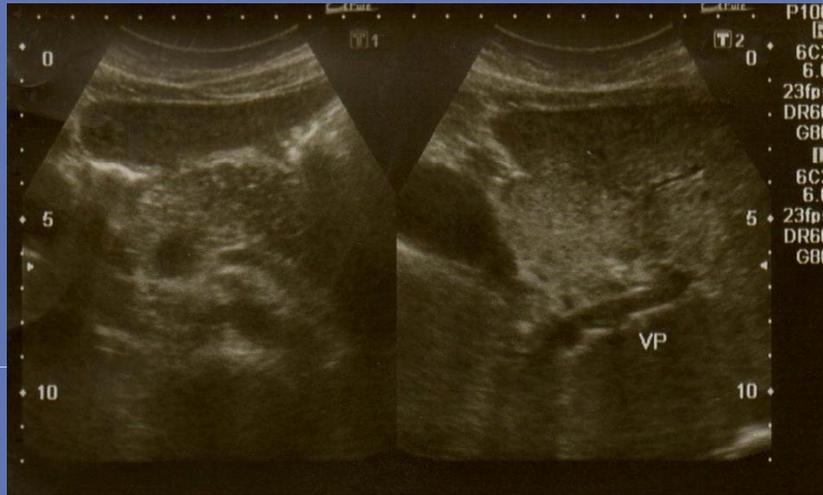
• *Eco abdominal:*

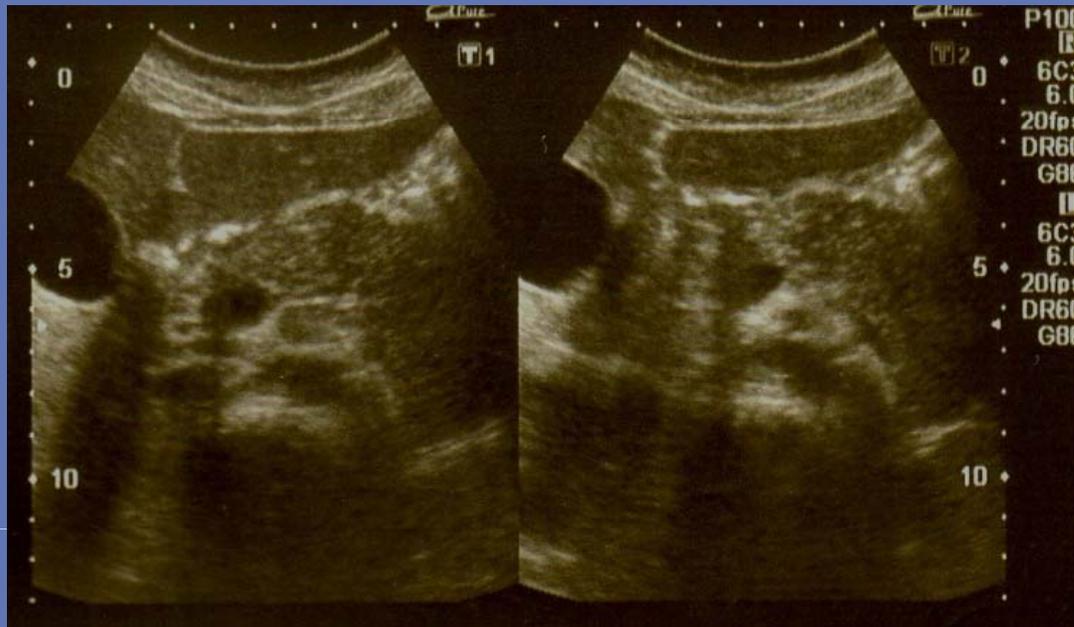
\*Hígado de ecoestructura conservada.

\*Vía biliar intra y extrahepática no dilatada.

\*Vesícula de paredes delgadas y contenido anecoico con discreta cantidad de barro biliar.

\***Páncreas** aumentado de tamaño, heterogéneo visualizado parcialmente por abundante meteorismo.





# Diagnóstico y tratamiento

- **Pancreatitis Aguda Leve.**

- Se solicitan exámenes complementarios orientados a la investigación etiológica.

- Se indica tratamiento sintomático y de sostén.

# Evolución

- Favorable: mejora el dolor, tolera líquidos.
- A las 72 hs. agrega deposiciones líquidas con moco y estrías de sangre.  
Se solicita Coprocultivo y PSMF negativos, y Cleareance alfa 1 antitripsina en materia fecal de 24 hs normal.
- Por mejoría clínica se externa a los 7 días de su ingreso y se controla por consultorio.

# Control Ambulatorio

- Test del Sudor (N).
- Perfil lipídico: Normal.

Persiste con deposiciones disenteriformes.  
Agrega artralgias aisladas

- Se programa Video endoscopía digestiva alta y baja .

# Evolución

- Previo a Endoscopía presenta episodio de dolor abdominal periumbilical. Consulta a guardia, solicitan laboratorio:

-GB 6.500 (35/45) -**VES 40** -Hto32 -Hb10,4

-Plaq. 354.000 -Amilasemia 56 -**TGO 654** -**TGP 371** -**FAL 1161**

-PT 7,4- alb 3,8 -Gammaglobulinemia 1,42

**Clearance Alfa 1 Antitripsina MF : 50.**

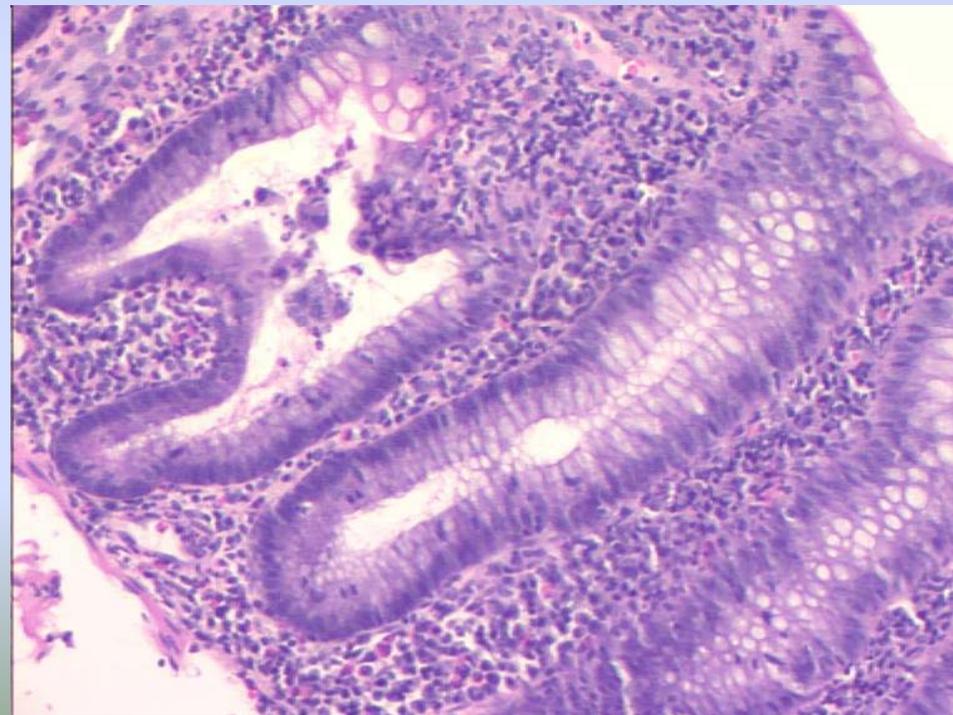
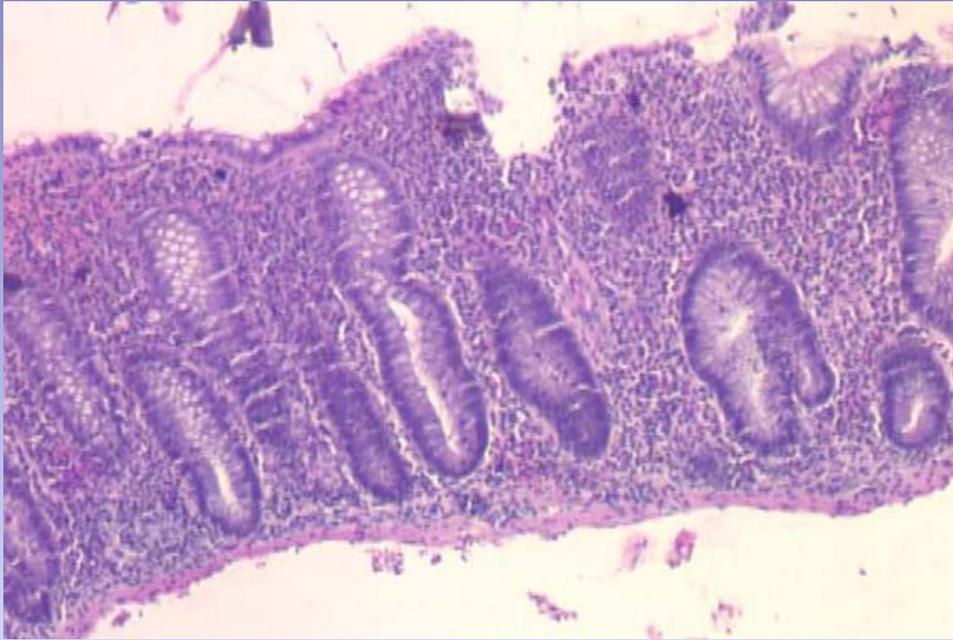
- Virus A, B y C, CMV (-). Ac AntiLKM (no reactivo), FAN (no reactivo), Ac Antimúsc. Liso (no reactivo). pANCA, ASCA y Ac Enf. Celíaca negativos.

- Se decide programar PBH y Colangio RMN.

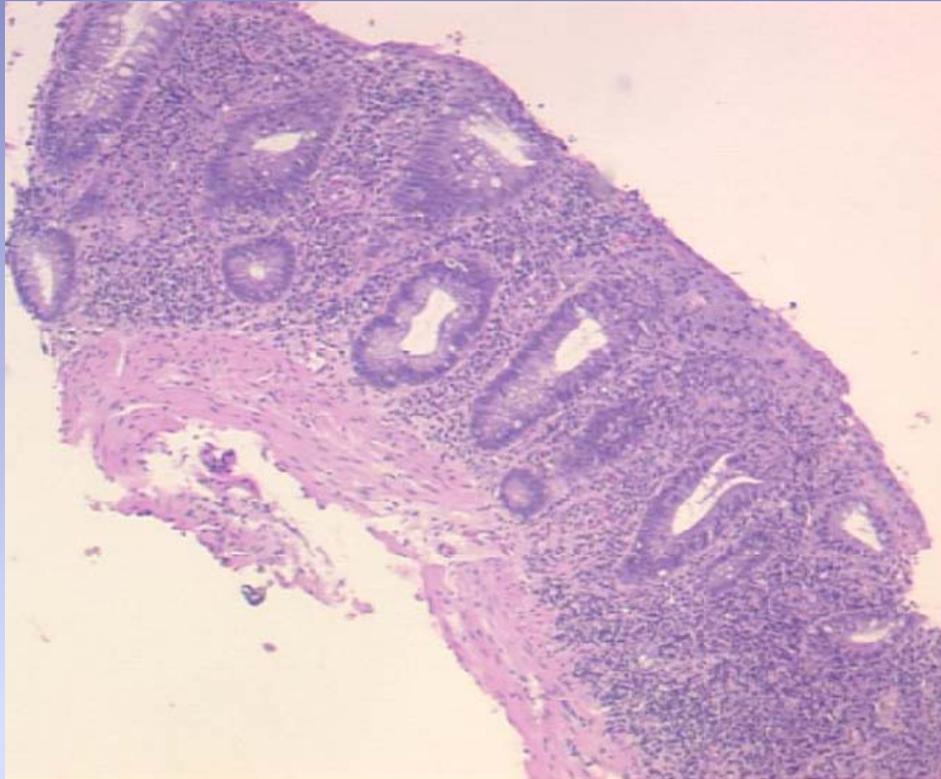
- **VEDA**: normal

- **Colonoscopia**: Se observa desde ángulo esplénico hasta recto pérdida del patrón vascular, ulceraciones en todo el colon, más manifiestas en recto sigma.



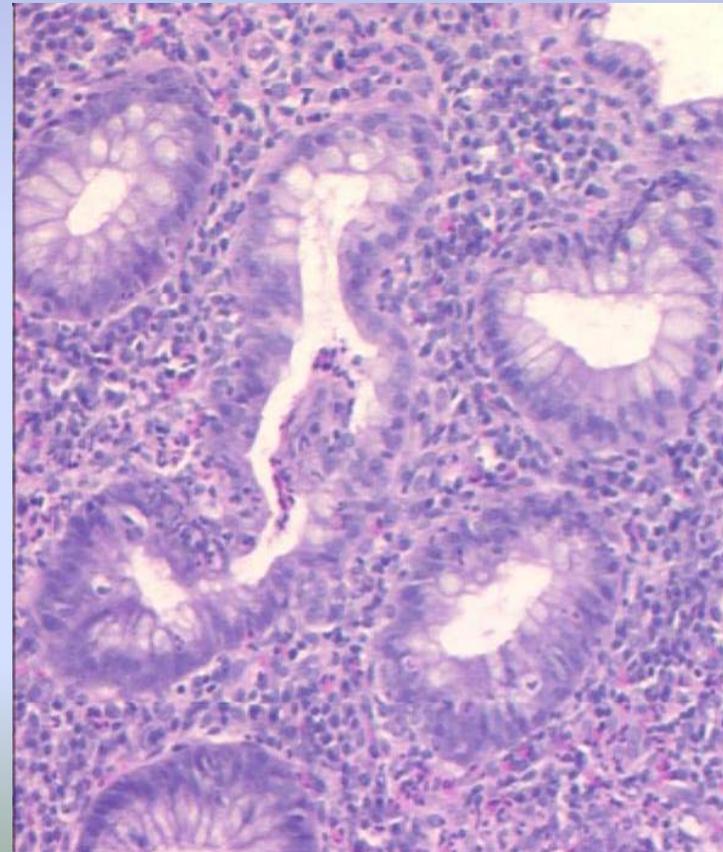
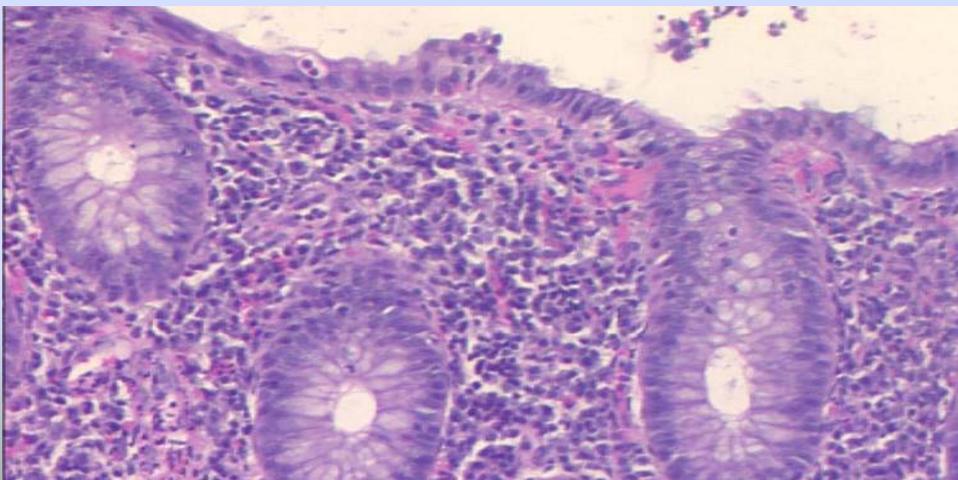


Todos los especímenes muestran en su extensión intenso proceso inflamatorio crónico que abarca enteramente el espesor de la lámina propia y que se asocia a moderada inflamación activa con imágenes de criptitis y abscesos crípticos.



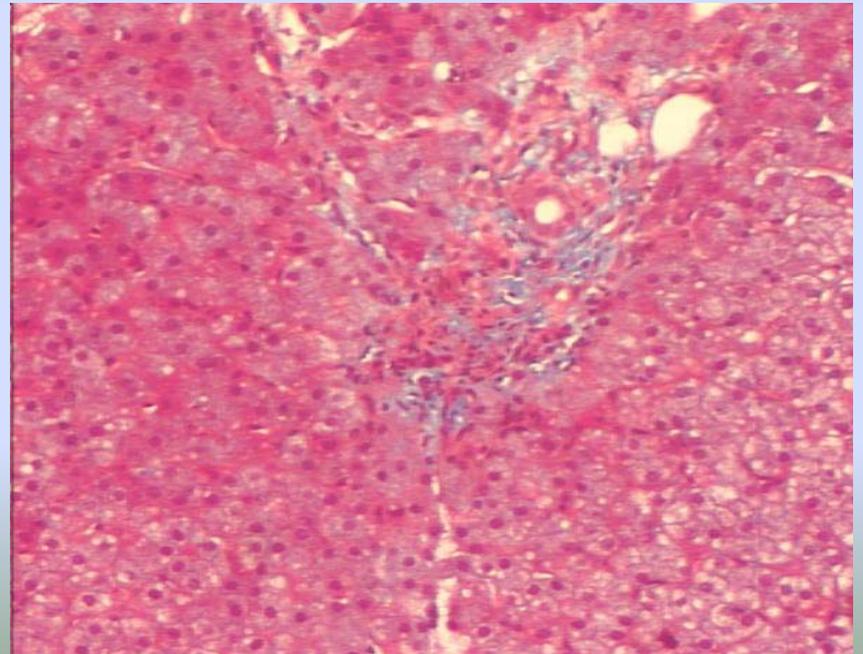
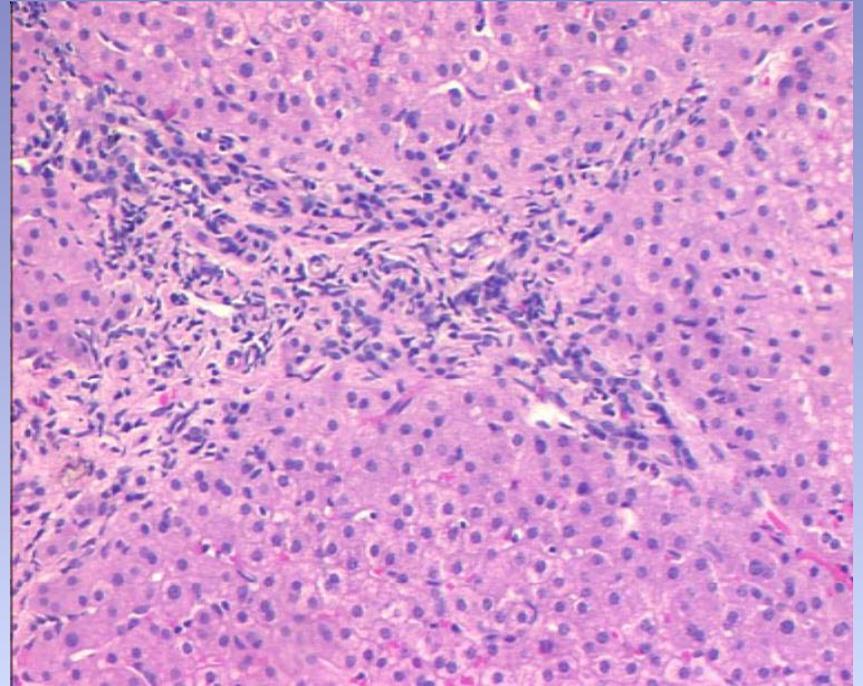
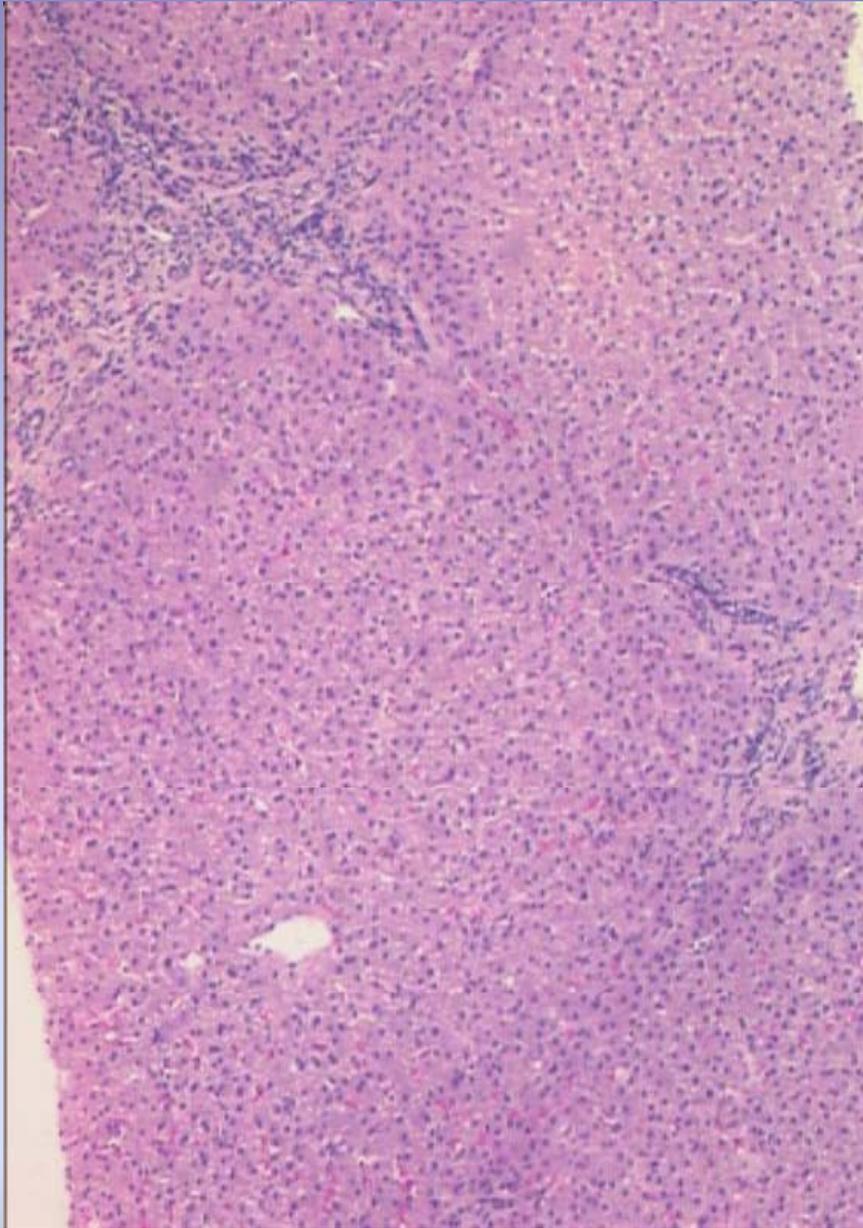
Las criptas se hallan ligeramente deformadas con algo de angulación.

El epitelio que las reviste tiene cambios regenerativos, y presenta disminución de la carga de mucina.

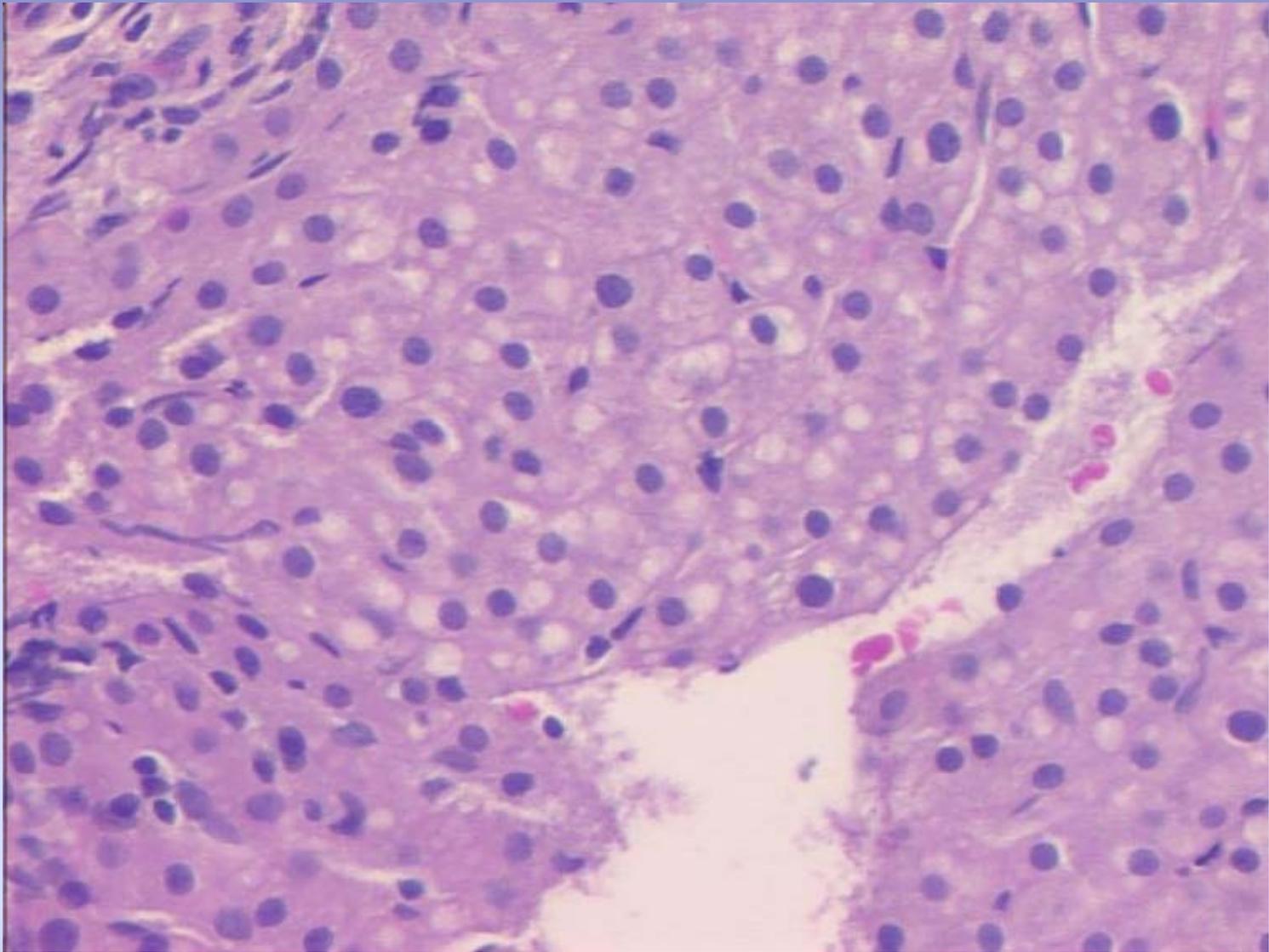


## PBH y Colangio RMN

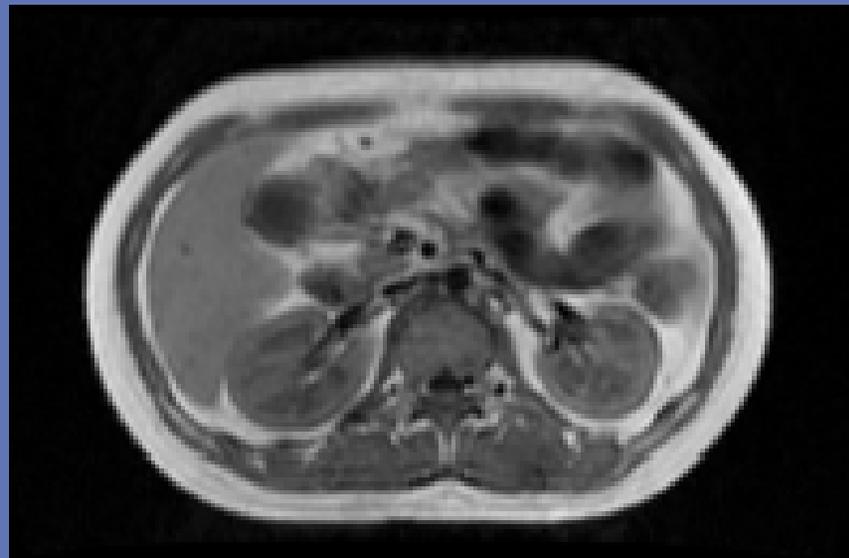
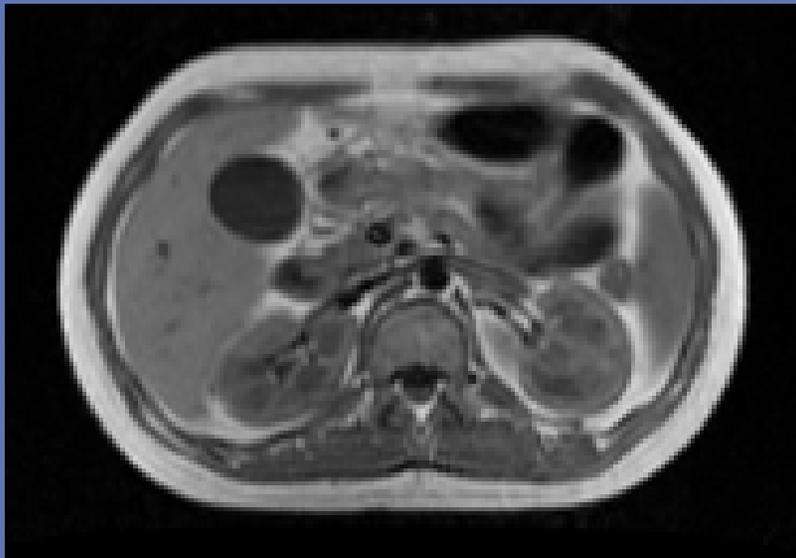
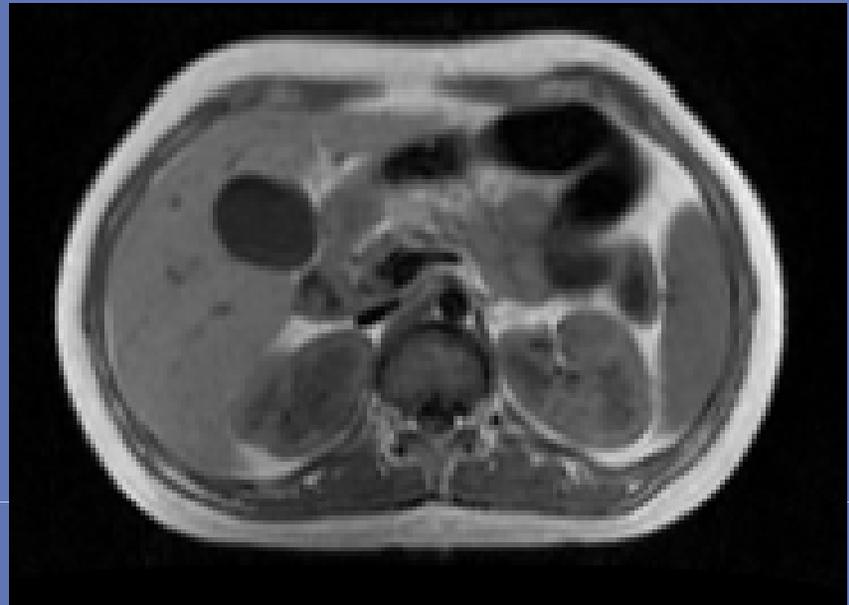
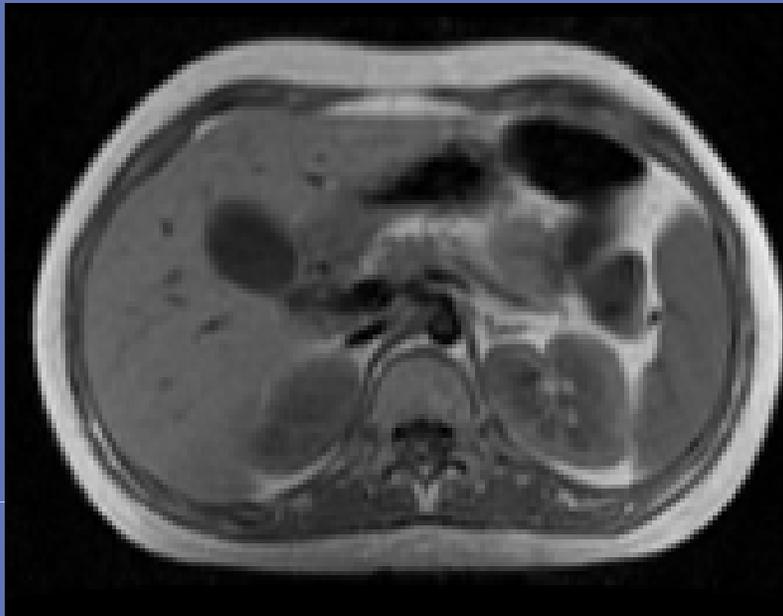
- Histoarquitectura general preservada, solo leve infiltrado inflamatorio crónico linfocitario a nivel portal y aisladas vacuolas grasas de pequeño tamaño. No se observa necrosis ni actividad necro inflamatoria aguda.
- Colangio resonancia: Normal.

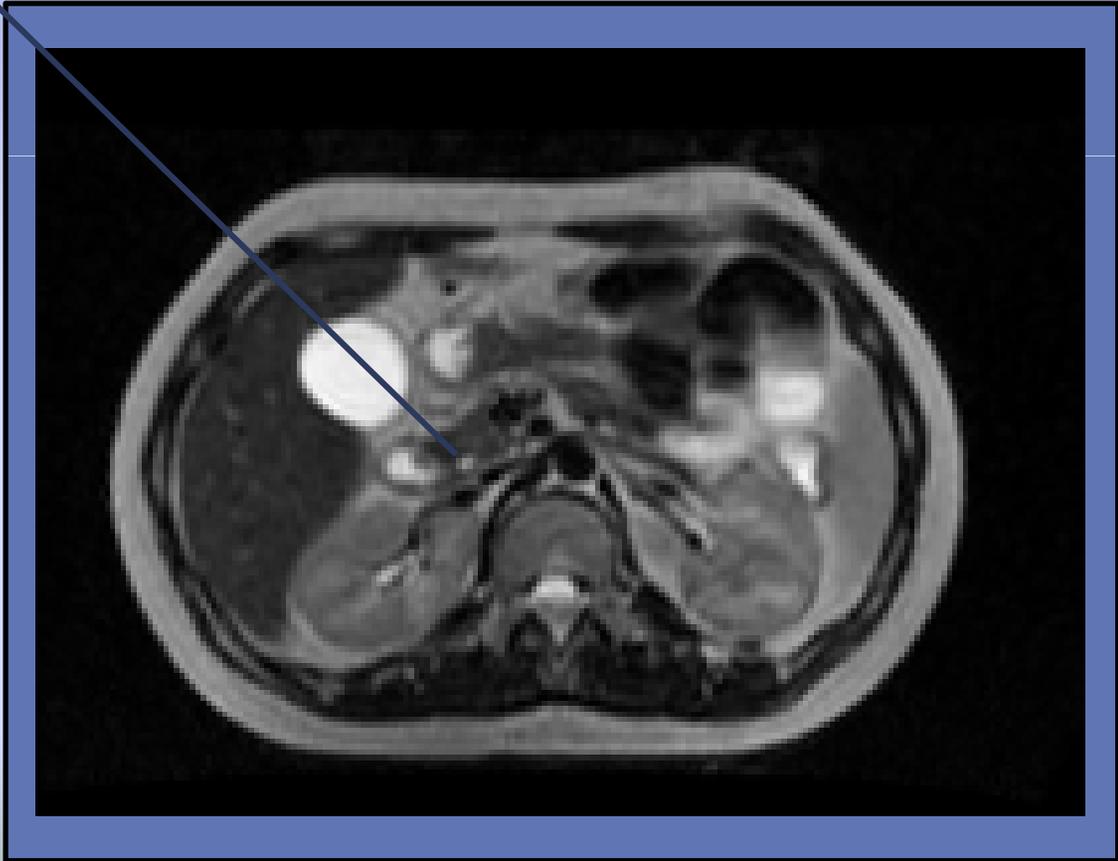
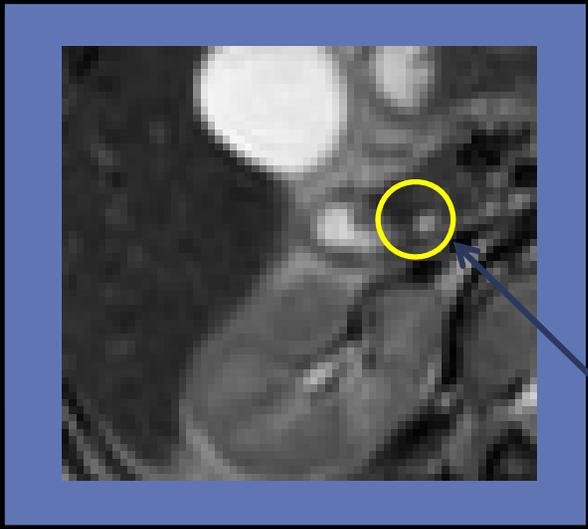


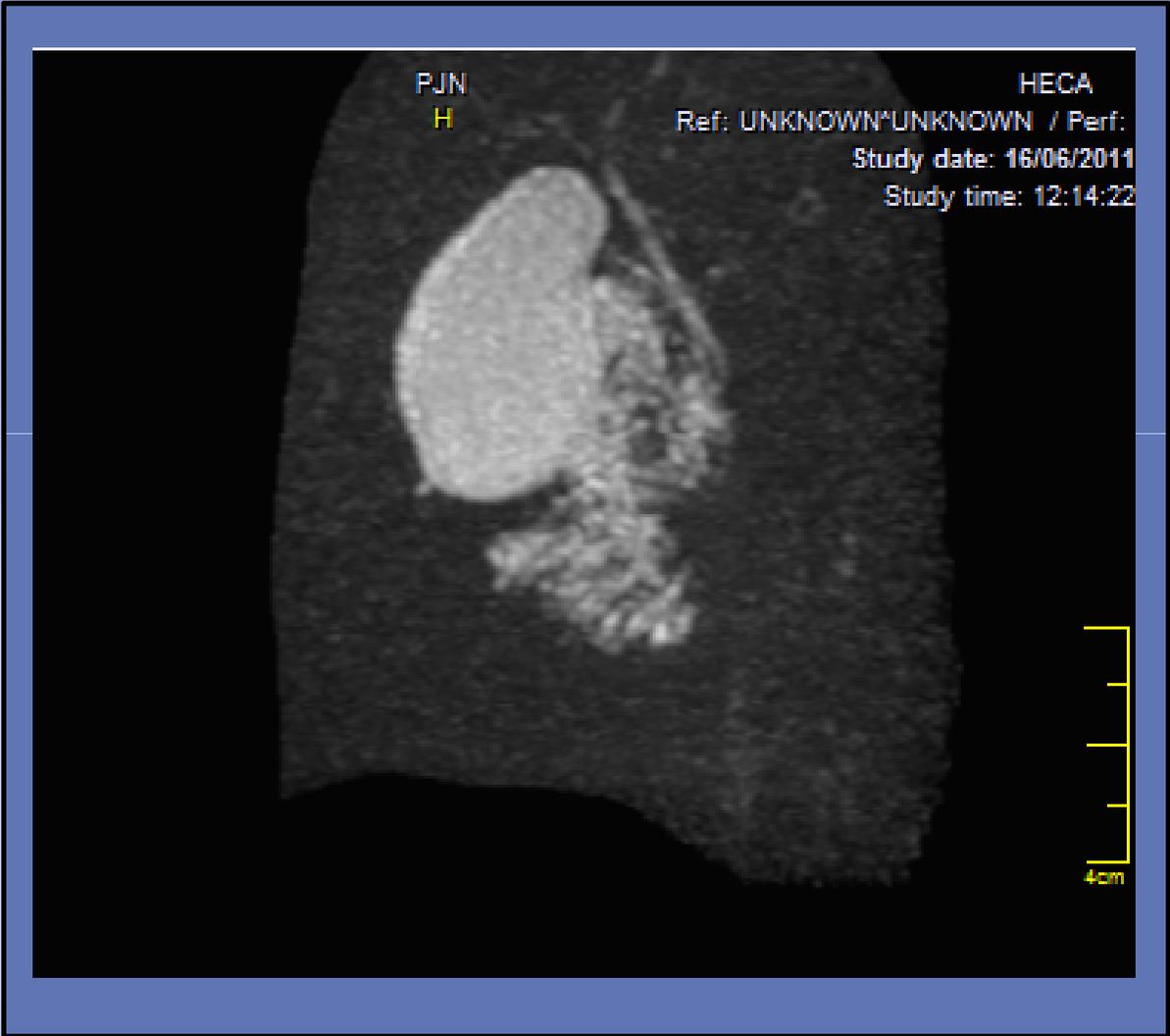
**PBH**



PBH







## Se asume como:

Por clínica (moderada S/score de Truelove y Witts ,PUCAI 60), endoscopía y anatomía patológica se interpreta como Colitis Ulcerosa Moderada (Pancolitis).

Comienza tratamiento con Mesalazina a 60 mg/kg y Prednisona a 1,5mg/kg.

# Evolución clínica:

- Mejora el número y tipo de deposiciones
- Ante el descenso gradual de la corticoterapia, presenta recaída clínica por lo que debe aumentarse nuevamente la dosis, asumiéndose como cortico-dependiente.
- Tratamiento con 6 mercaptopurina a 1,3 mg/kg (controles hematológicos según algoritmo) con buena evolución clínica.

# Colonoscopia de control



## Evolución Clínica:

Durante su evolución no volvió a presentar recaída, permaneciendo con Mesalazina y 6 Mercaptopurina.

## Conclusión

- Sugerimos ante la presencia de pancreatitis idiopática en niños y adolescentes realizar seguimiento para la posible detección precoz de EII.

Muchas Gracias!



*Servicio de  
Gastroenterología,  
Hepatología y  
Endoscopía Digestiva*