



ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRIA



Hospital Clínico
SAN BORJA
ARRIARAN



Dra. Carolina Donoso C.

Cirujano Pediátrico

Profesor Asistente

HCSBA

U de Chile.

DEFINICIÓN

- Concepto clínico caracterizado por hechos anamnésicos y semiológicos entre los cuales destaca el dolor abdominal
- Puede asociarse a otros síntomas.



SÍNTOMAS Y SIGNOS ASOCIADOS

○ Vómitos:

- Alimentarios
- Biliosos
- Fecaloideos
- Con sangre
- Explosivos...

○ Fiebre:

- Intensidad
- Evolución

○ Eliminación de gases y deposiciones

○ Compromiso del estado general.

Otros:
Tos, disnea,
disuria, disfagia,
lesiones cutáneas



DOLOR ABDOMINAL EN DISTINTAS EDADES

Recién Nacido y Lactante

- Intranquilidad
- Palidez
- Llanto inconsolable

Pre-escolar y Escolar

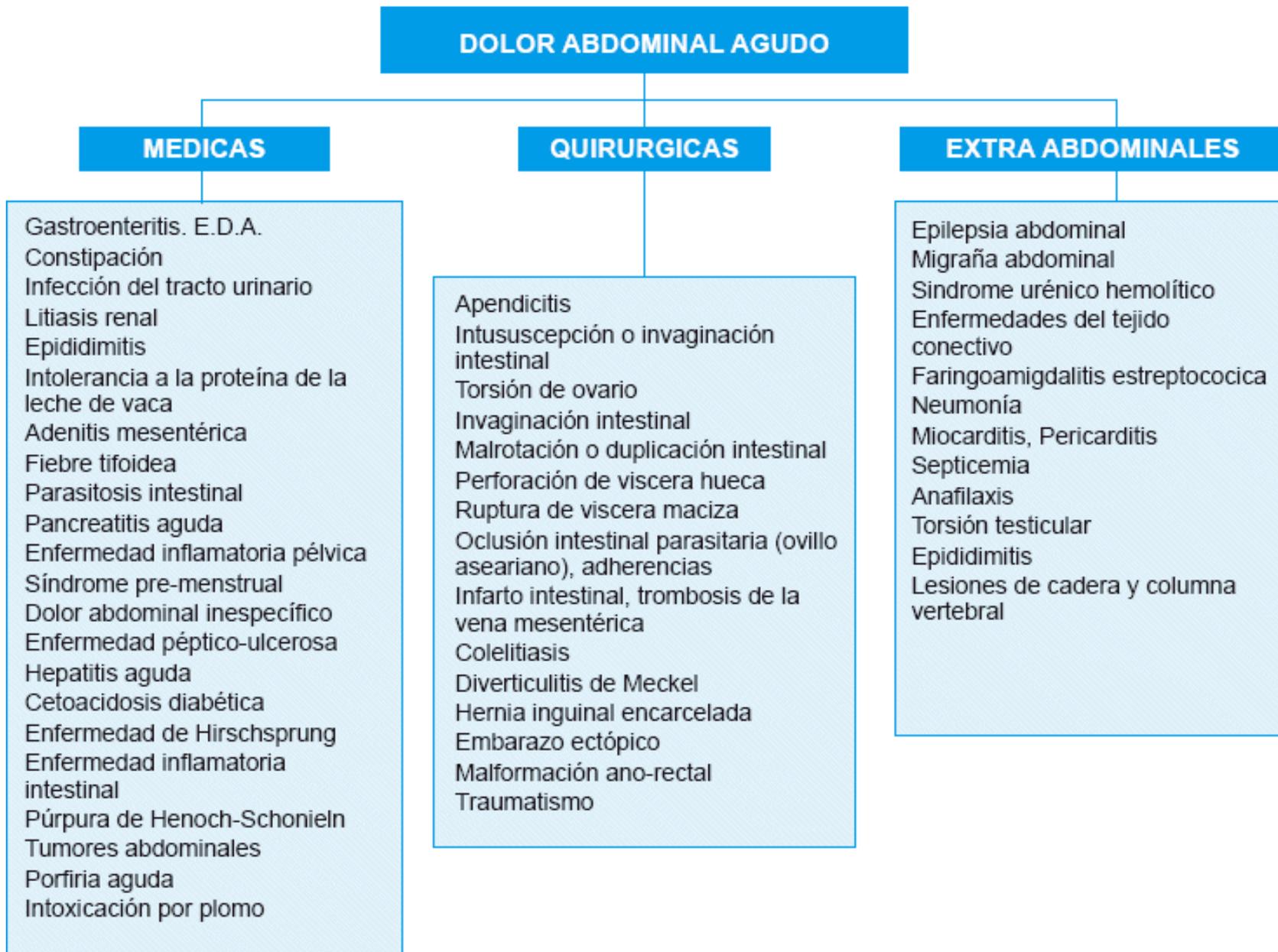
- Dolor Difuso
- Dolor Localizado
- Tipos de Dolor
 - Cólico
 - En puntada
 - Sordo
 - Urente ...



Edad	Cuadro clínico	Síndrome
Recién nacido	Atresias intestinales	Obstrutivo
	Atresia anorrectal	Obstrutivo
	Íleo meconial	Obstrutivo
	Enfermedad de Hirschsprung	Obstrutivo
	Perforación intestinal	Irritativo
	Enterocolitis necrosante	Irritativo/obstrutivo
	Rotación anómala intestinal	Obstrutivo
Lactante	Invaginación intestinal	Obstrutivo
	Hernia incarcerada	Obstrutivo
	Diverticulitis de Meckel	Irritativo
	Obstrucción intestinal por bridas	Obstrutivo
Preescolar	Apendicitis aguda	Irritativo
	Traumatismos abdominales	Traumático/hemorrágico
	Obstrucción intestinal por bridas	Obstrutivo
Escolar-adolescente	Apendicitis aguda	Irritativo
	Patología ovárica	Ginecológico
	Traumatismos abdominales	Traumático/hemorrágico
	Obstrucción intestinal por bridas	Obstrutivo



Cuadro # 1, Diagnóstico diferencial de dolor abdominal agudo.



CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL EN LACTANTES

DOLOR DE ORIGEN NO QUIRURGICO

- Virosis Respiratoria Alta
- Neumonía-pleuroneumonía
- Otitis
- Gastroenteritis
- Infección Urinaria
- Constipación
- Otros....



CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL EN LACTANTES

DOLOR DE ORIGEN QUIRURGICO

- Invaginación Intestinal
- Hernia Inguinal Atascada
- Obstrucción Intestinal
- Malrotación Intestinal
- Divertículo de Meckel complicado



ABDOMEN AGUDO EN LACTANTES

Historia

- Precisión en la recolección de datos
 - Inicio
 - Evolución
 - Síntomas acompañantes
- Conocimiento previo de las patologías más comunes en este grupo etario

Examen Físico

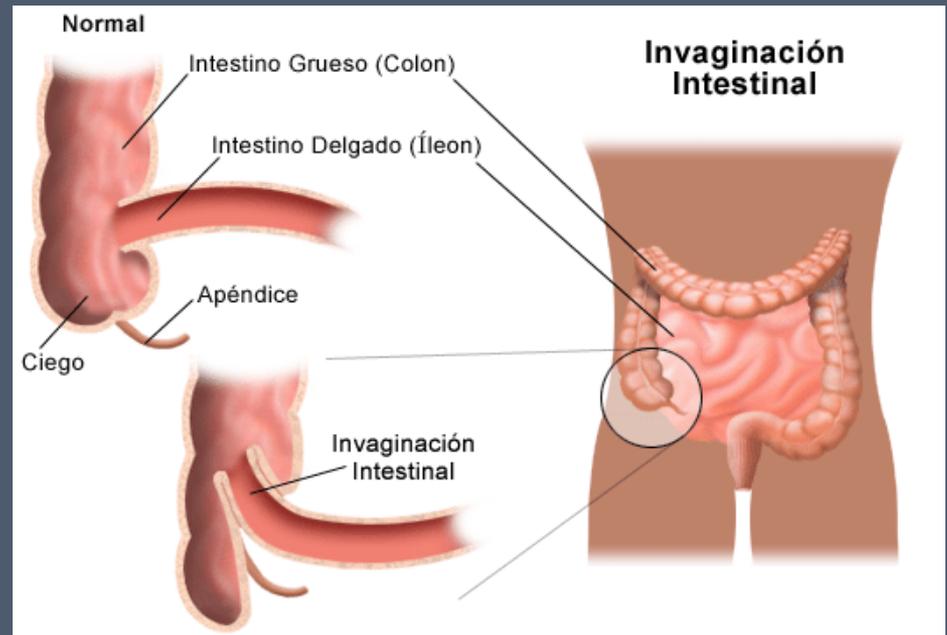
- Dolor abdominal localizado o difuso
- Resistencia muscular
- Masa palpable
- Signos de irritación peritoenal



ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRÍA

1. Invaginación Intestinal
2. Apendicitis Aguda
3. Patología anexial
4. Estenosis Hipertrófica del Píloro (visto en otra clase)

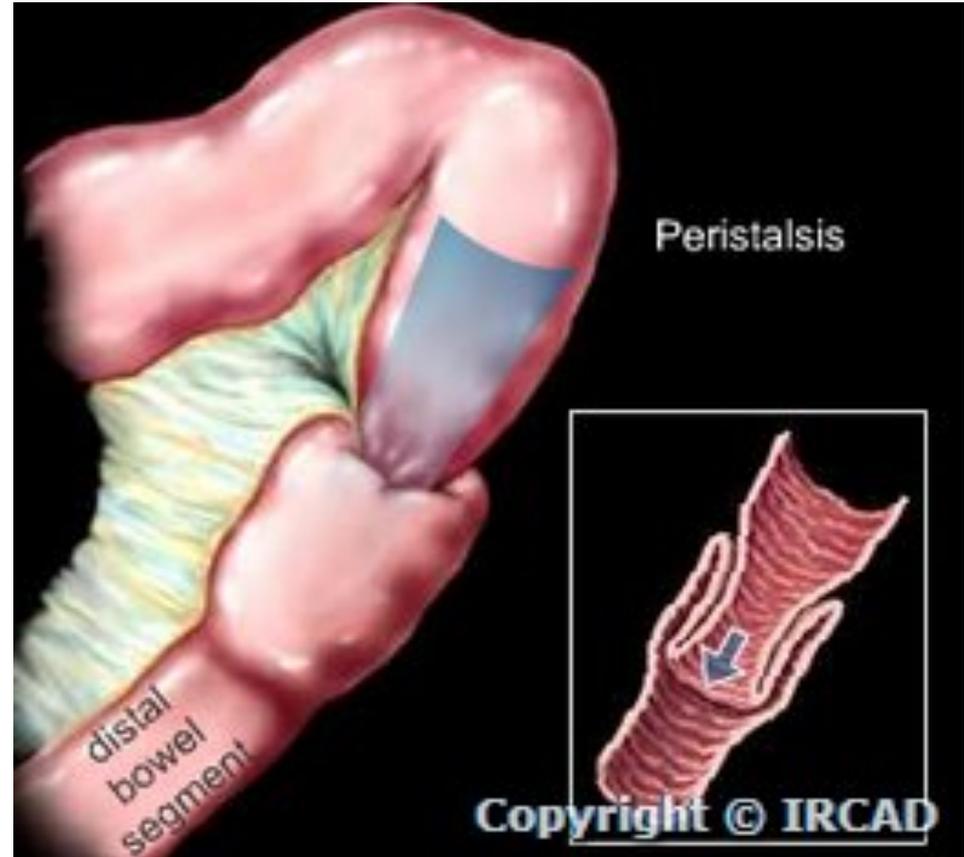




INVAGINACIÓN INTESTINAL

INVAGINACIÓN INTESTINAL

- También conocida como intususcepción
- Es el deslizamiento de una porción intestinal dentro de otra (deslizamiento tipo telescópico)
- Luego de la apendicitis aguda, la invaginación intestinal es la causa más frecuente de abdomen agudo en lactantes



INVAGINACIÓN INTESTINAL

- Más frecuente en lactantes menores de 2 años
- Peak lactantes entre 5-10 meses de edad
- Incidencia: 1,5- 4/ 1000 RNV
- Más frecuente en varones 3:2
- Puede ser idiopática o secundaria
 - Divertículo Meckel, pólipo, tumor, etc
- Invaginación secundaria 2-8%



MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Dolor abdominal tipo cólico
- Masa abdominal palpable
- Inicio súbito
- Crisis de llanto
- Vómitos, alimentarios o biliosos
- Deposiciones sanguinolentas “mermelada de grosella”



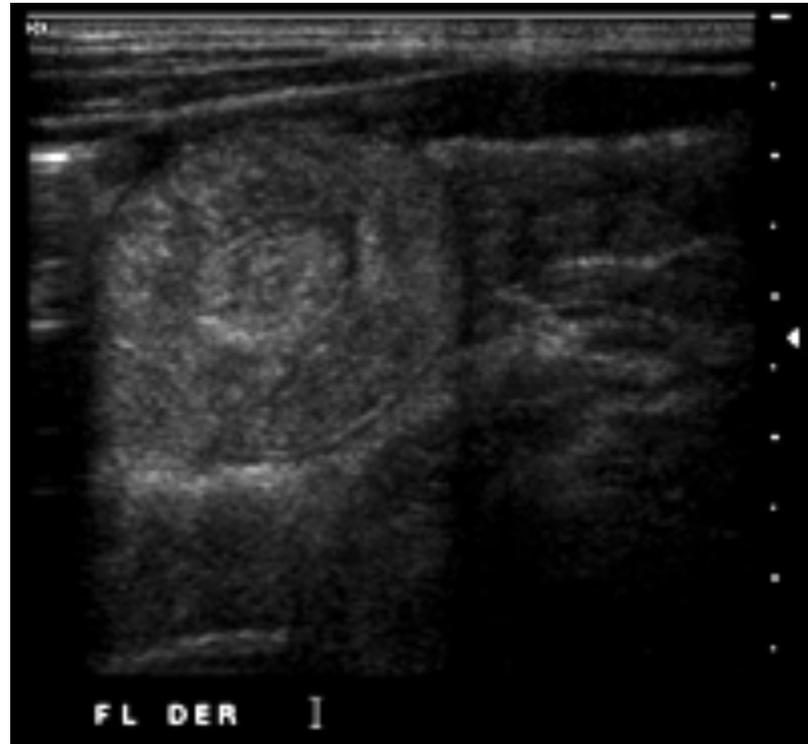
EXÁMENES

- Exs generales
 - Hemograma
 - PCR
 - GSV
 - ELP
 - BUN
 - Crea
- Radiografía de Abdomen (45%)

TC excepcional

○ Ecografía abdominal

- Masa redondeada formada asas de intestino comprometido
- Pseudo riñón (long)
- Tiro al blanco (transv)



TRATAMIENTO

CONSERVADOR

Edad entre 3 meses y 2 años

Menos de 24 hrs de evolución

Sin signos de peritonitis

Sin signos de isquemia intestinal (doppler)

Reducción Hidrostática

Enema baritado

- Bajo radioscopía
- Éxito 42% a 80%

Reducción Neumática

- Se usa aire ambiente o dióxido de carbono
- Presión 60-90 mm Hg



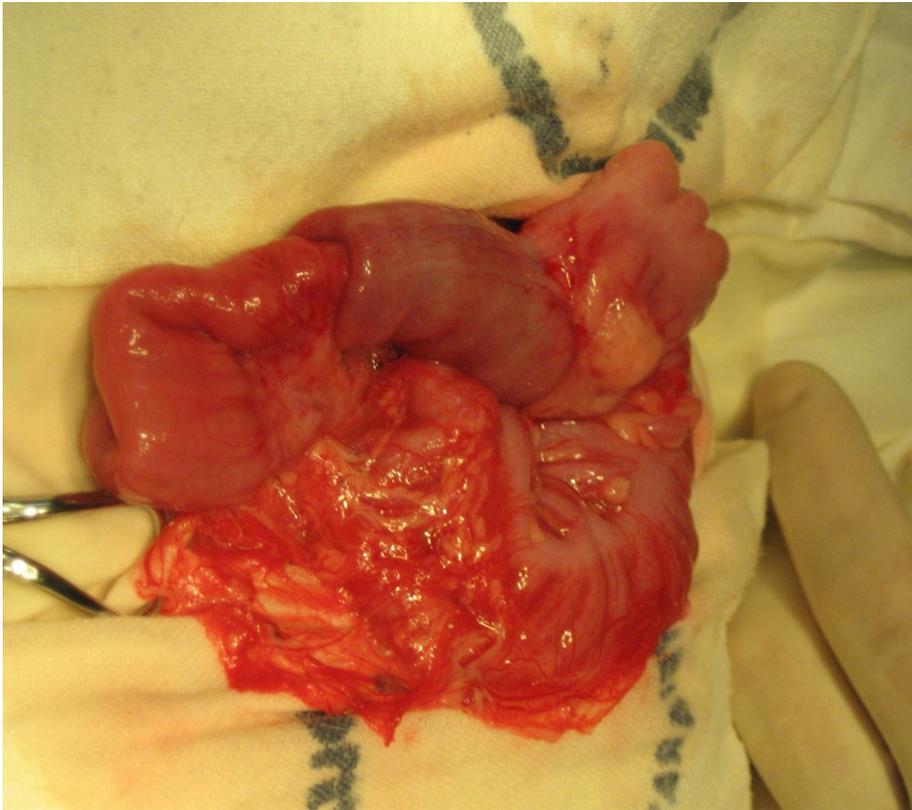
ENEMA BARITADO



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Menores de 3 meses
- Mayores de 2 años
- Mas de 24 hrs de evolución
- Signos de irritación peritoneal
- Falla en la reducción hidrostática o neumática (maximo 3 intentos)
- Signos de sufrimiento de asas
- Recidiva



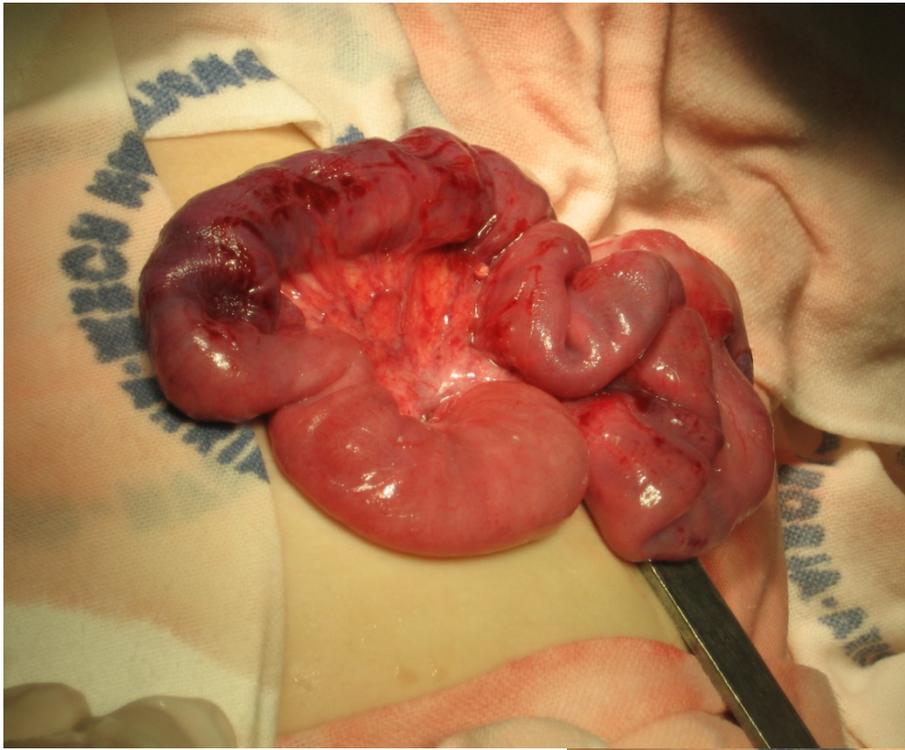


DESINVAGINACIÓN QUIRÚRGICA



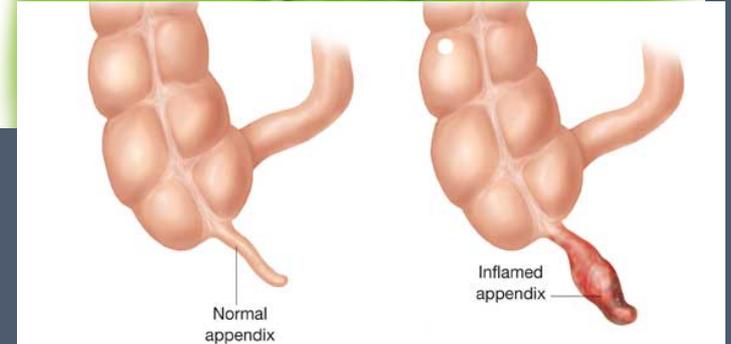
DESINVAGINACIÓN QUIRÚRGICA





SEGMENTO

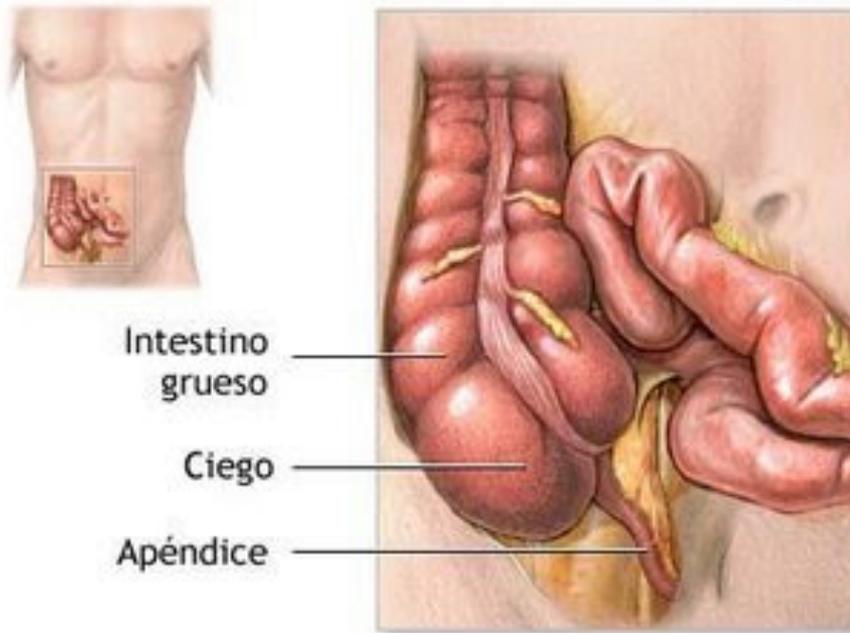
DESINVAGINADO



APENDICITIS AGUDA

APENDICITIS AGUDA

- Proceso inflamatorio del apéndice vermiforme que constituye la causa mas común de abdomen agudo quirúrgico; y la afección quirúrgica más frecuente intervenida en los servicio de urgencia



EPIDEMIOLOGÍA

Antecedentes

- Incidencia 1/250 niños
- 8,6% hombres. 6,7% mujeres
- Hombre : mujer = 1,3 : 1
- Mayor frecuencia niños de 5-12 años (media 10 años)
- Poco frecuente en menores de 2 años (<2%)

Mortalidad

- 26,4% 1902
- 4,3% 1912
- 1,1% 1948
- 0,6% 1963
- <0,5% actualidad



FISIOPATOLOGÍA

Obstrucción del lumen



Edema e inflamación: Mayor presión



Menor circulación venosa y linfática



Menor circulación arterial



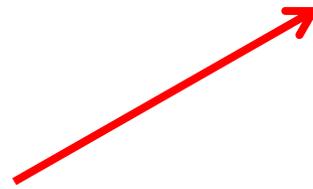
Necrosis de la pared por capas



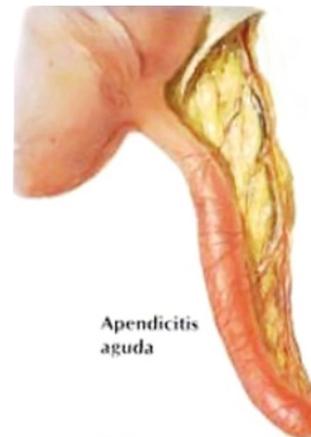
Invasión bacteriana



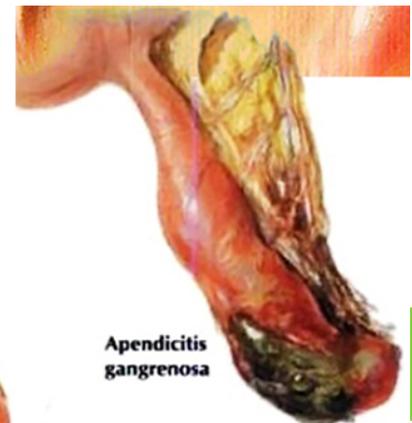
Perforación



60% hiperplasia
Linfoide
30% coprolitos
5% cuerpos
extraños
2% tumores
1% Otros



Apendicitis aguda



Apendicitis gangrenosa

CLASIFICACIÓN

Tabla 1. Diversos esquemas de clasificación de la AA y sus correlaciones entre sí.

2 estadios ¹¹	3 estadios ¹²	4 estadios ¹¹	4 estadios ¹¹
No complicada	Ia Edematosa	I Congestiva o catarral	Congestiva
	Ib Flegmonosa o abscedada	II Flegmonosa	Flegmonosa o Purulenta
Complicada	Ic Necrosada sin perforación	III Gangrenosa	Gangrenosa
	II Perforada con absceso localizado	IV Perforada	Perforada
	III Peritonitis generalizada		



CLÍNICA

Síntomas

- Dolor Abdominal
- Irradiación del dolor a FID
- Inapetencia
- Náuseas, vómitos
- Fiebre
- Disuria, dolor abdominal al orinar
- Tenesmo rectal

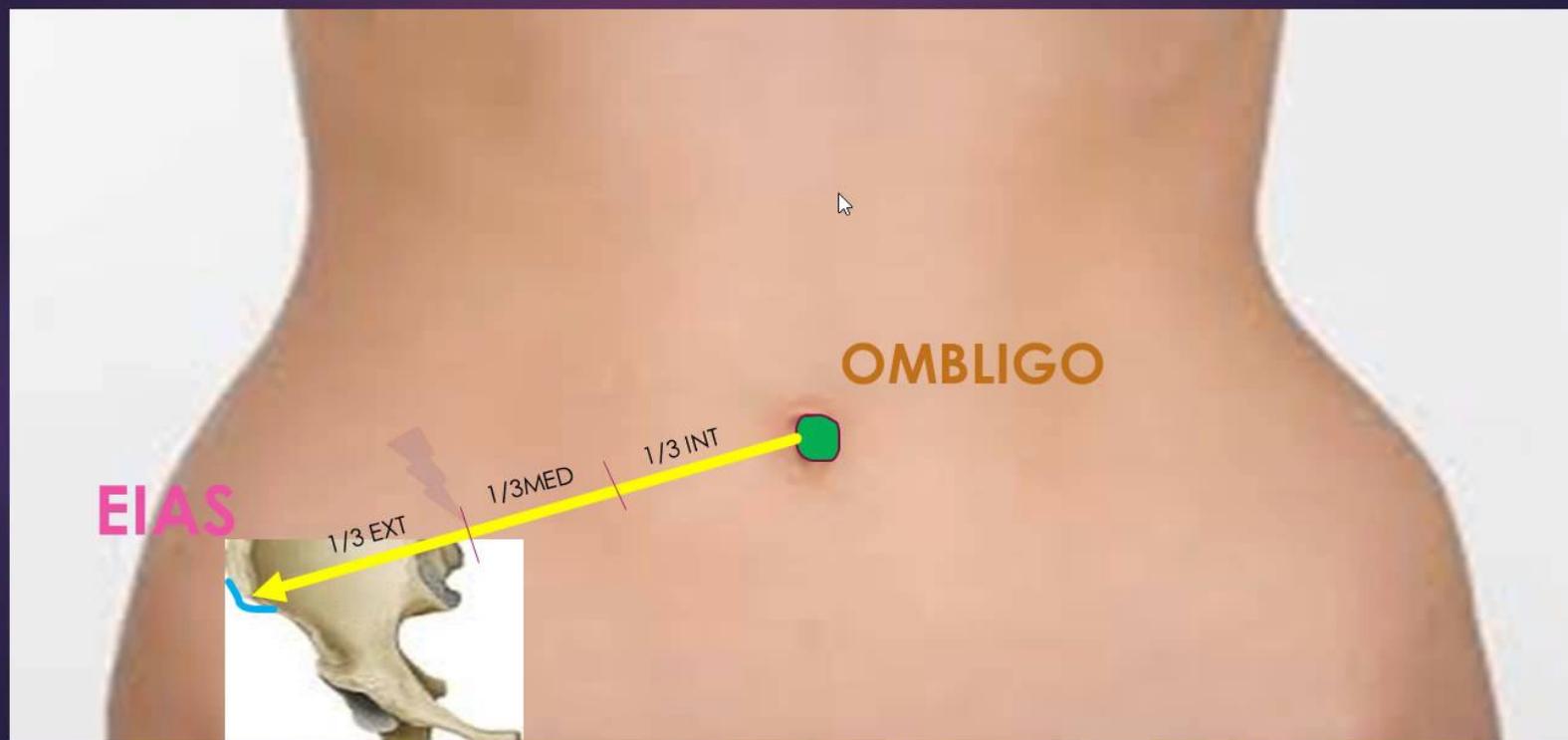
Signos físicos

- Resistencia musculatura abdominal involuntaria (Summer)
- Dolor localizado a la palpación en FID. (McBurney +)
- Signos de irritación peritoneal:
 - Blumberg o rebote
 - Rovsing
 - Psoas
 - Obturador
 - Grito del Douglas (T. Rectal)



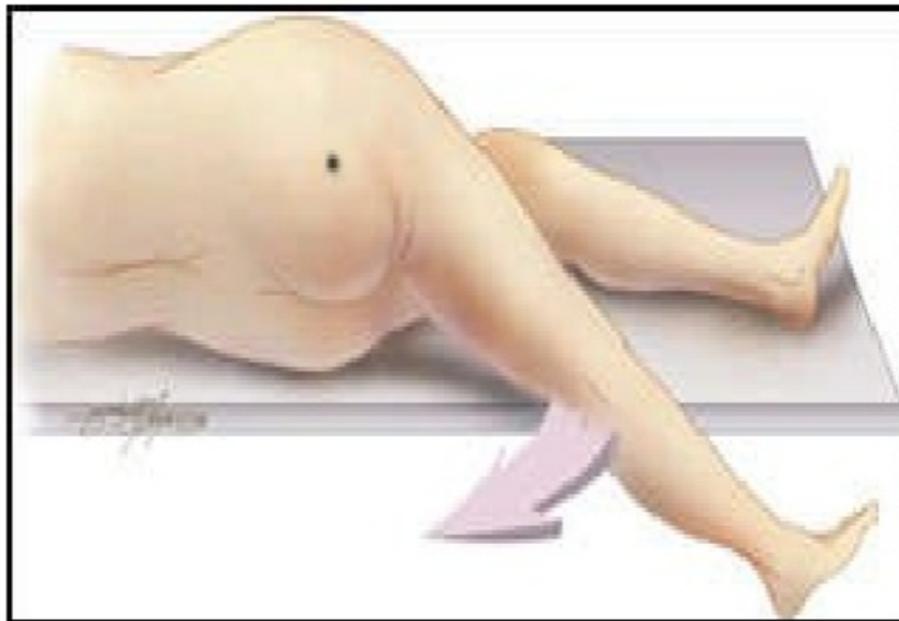
CLÍNICA

PUNTO DE MC BURNEY (+)



SIGNO DEL PSOAS

- Decúbito lateral izquierdo. Al extender muslo derecho dolor irritativo en FID: ↻



© 1999 Floyd E. Hosmer

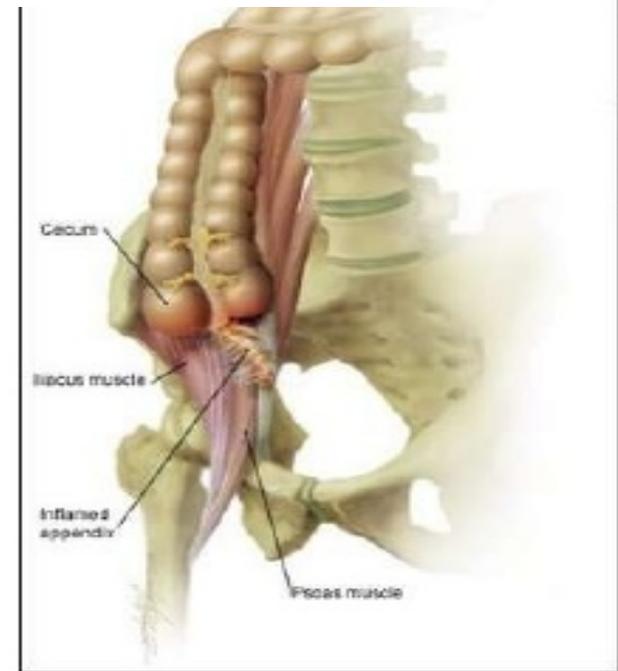
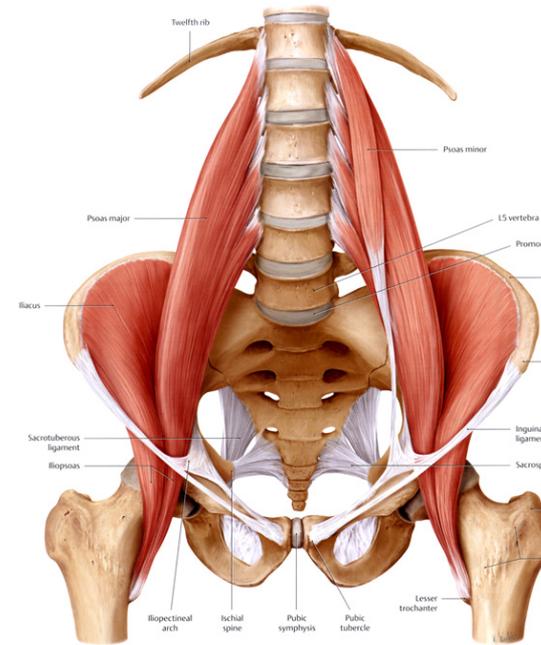
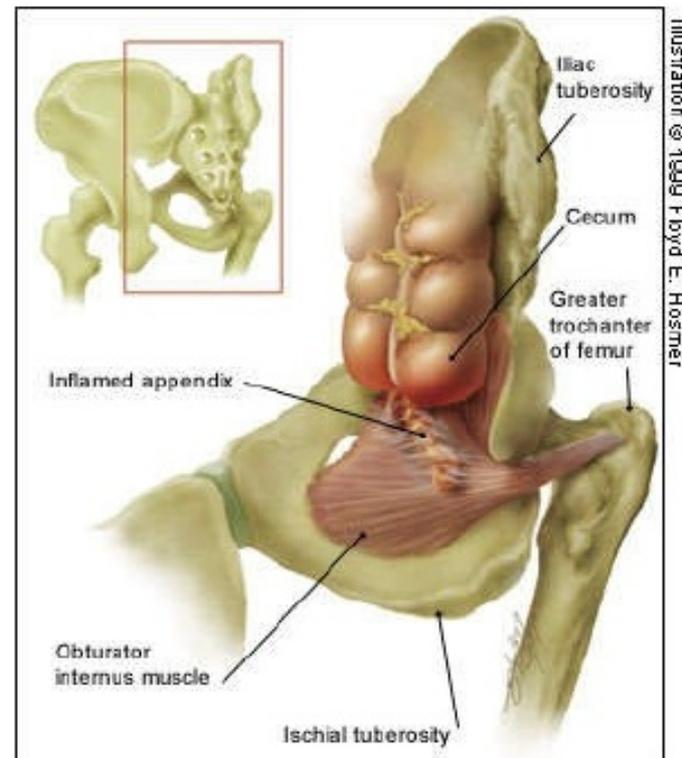
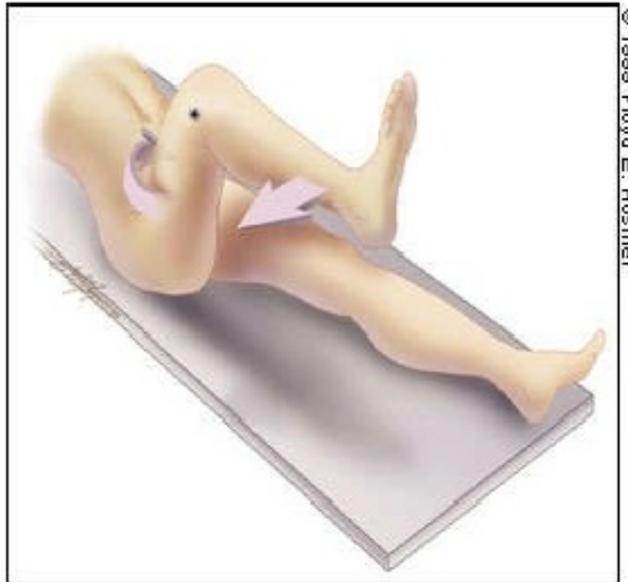


Illustration © 1998 Floyd E. Hosmer

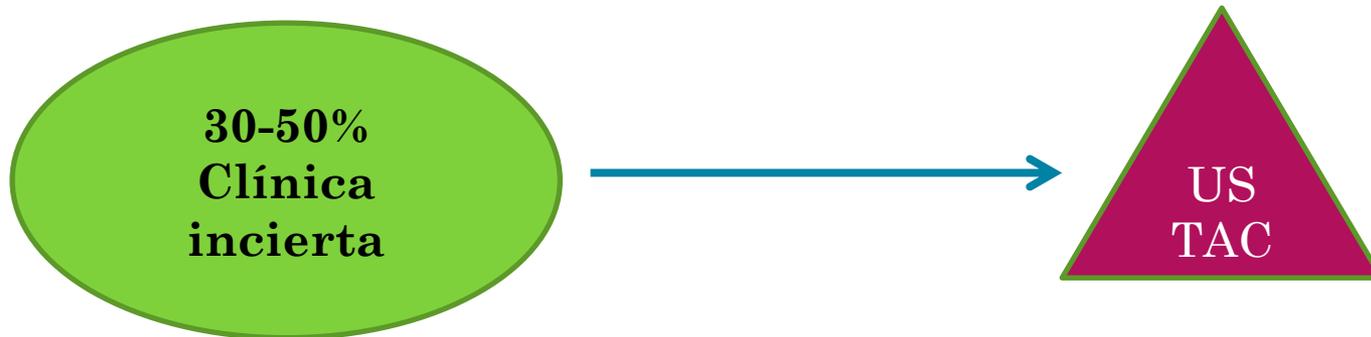
SIGNO OBTURADOR

- En decúbito supino, al realizar rotación interna del muslo flexionado derecho, hay dolor inguinal-pélvico



DIAGNÓSTICO

- El diagnóstico de la Apendicitis Aguda es principalmente clínico
- Cuadro clínico completo (anamnesis y ex físico) diagnóstico certero 60-70% casos



EXÁMENES

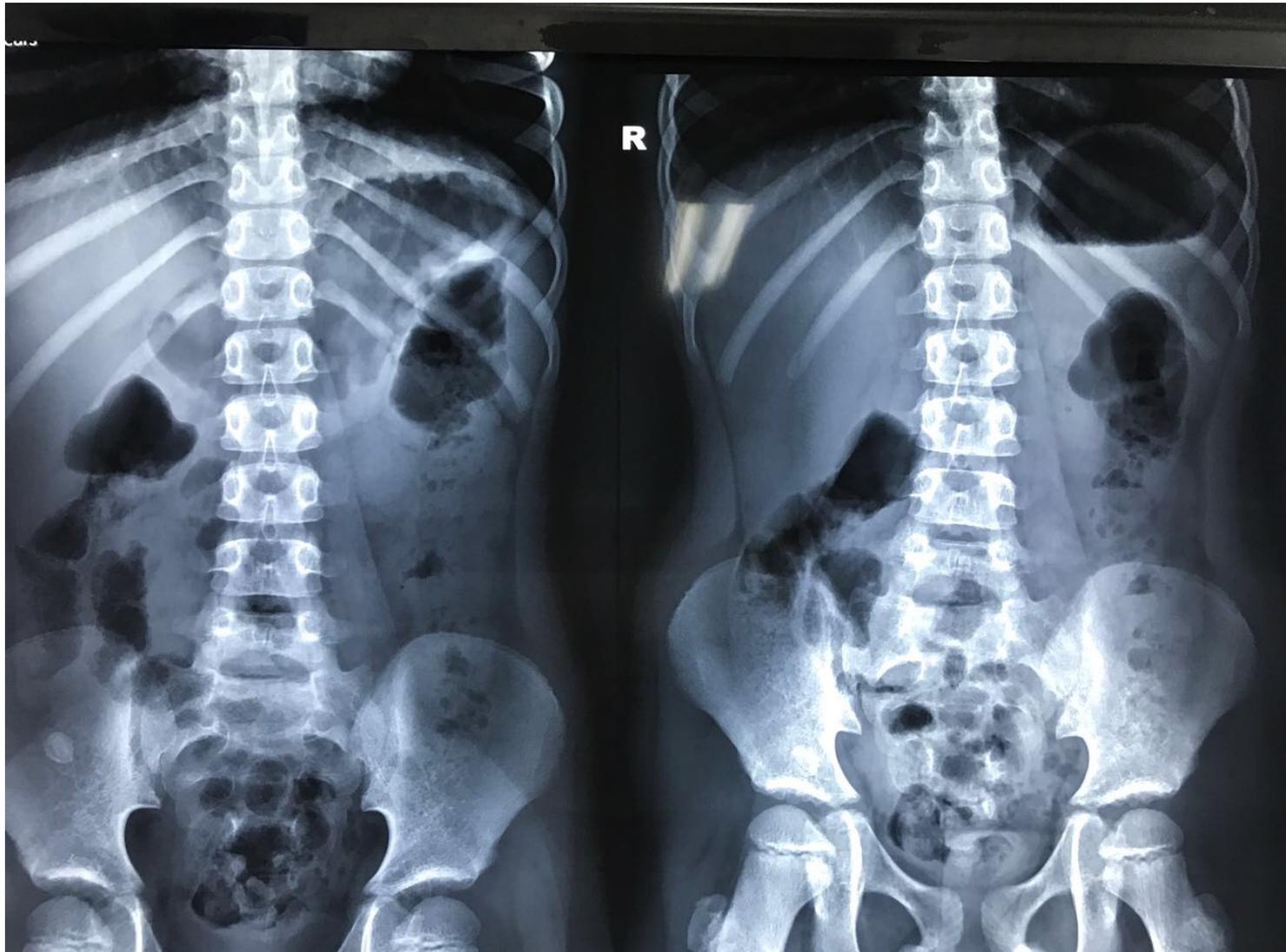
Laboratorio

- Hemograma
 - Leucocitosis
 - Desviación izq
- PCR
- GSV
- ELP
- Glic
- BUN
- Crea
- Protombina

Radiografía

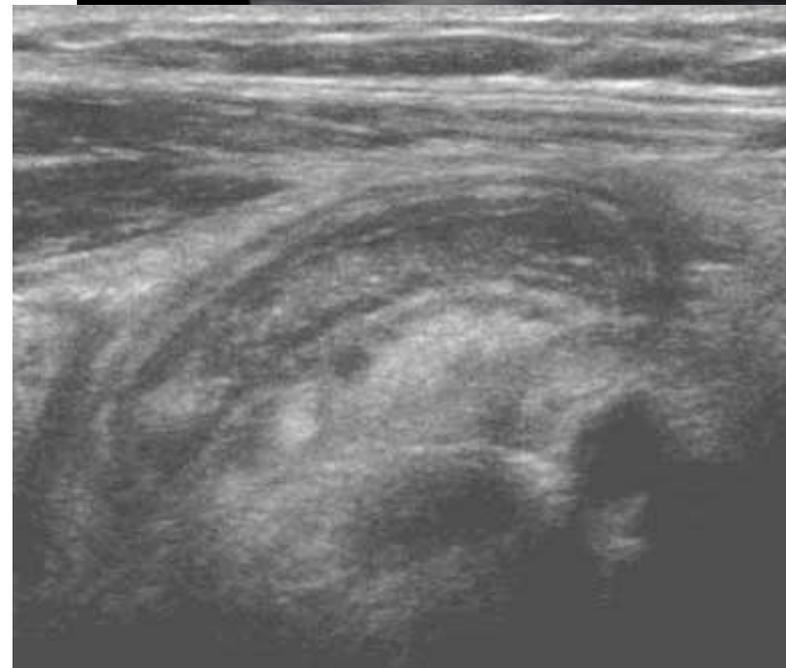
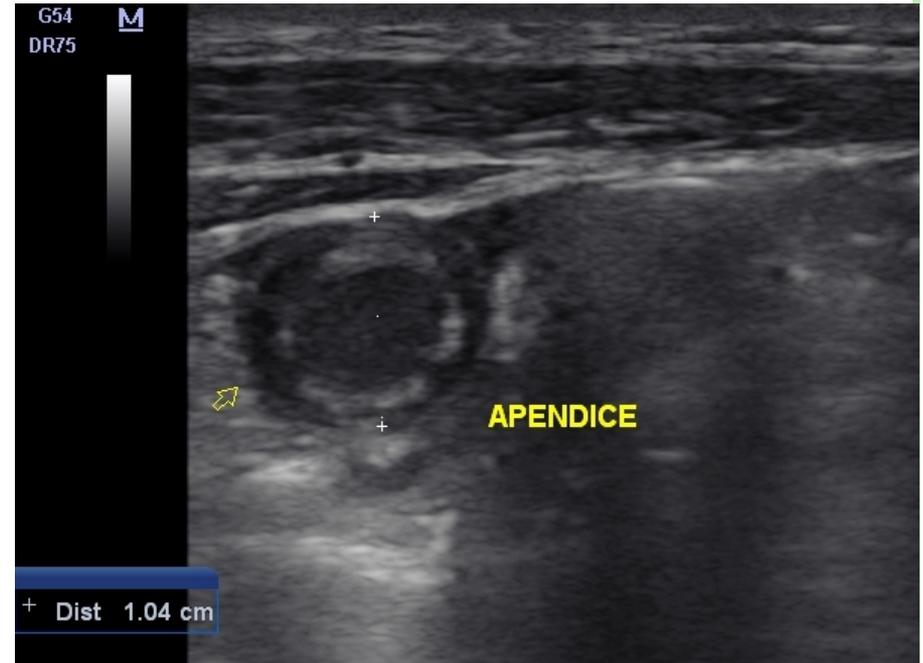
- Coprolito
- Opacidad cuadrante inferior derecho
- Asa fija
- Niveles HA localizados
- Borramiento del psoas





EXÁMENES ECOGRAFÍA ABDOMINAL

- Diámetro transversal > 6 mm
- Apendicolito
- Liquido libre
- Engrosamiento de pared apendicular > 2 mm
- Apéndice No compresible
- Dolor en FID con transductor: McBurney ecográfico



TRATAMIENTO

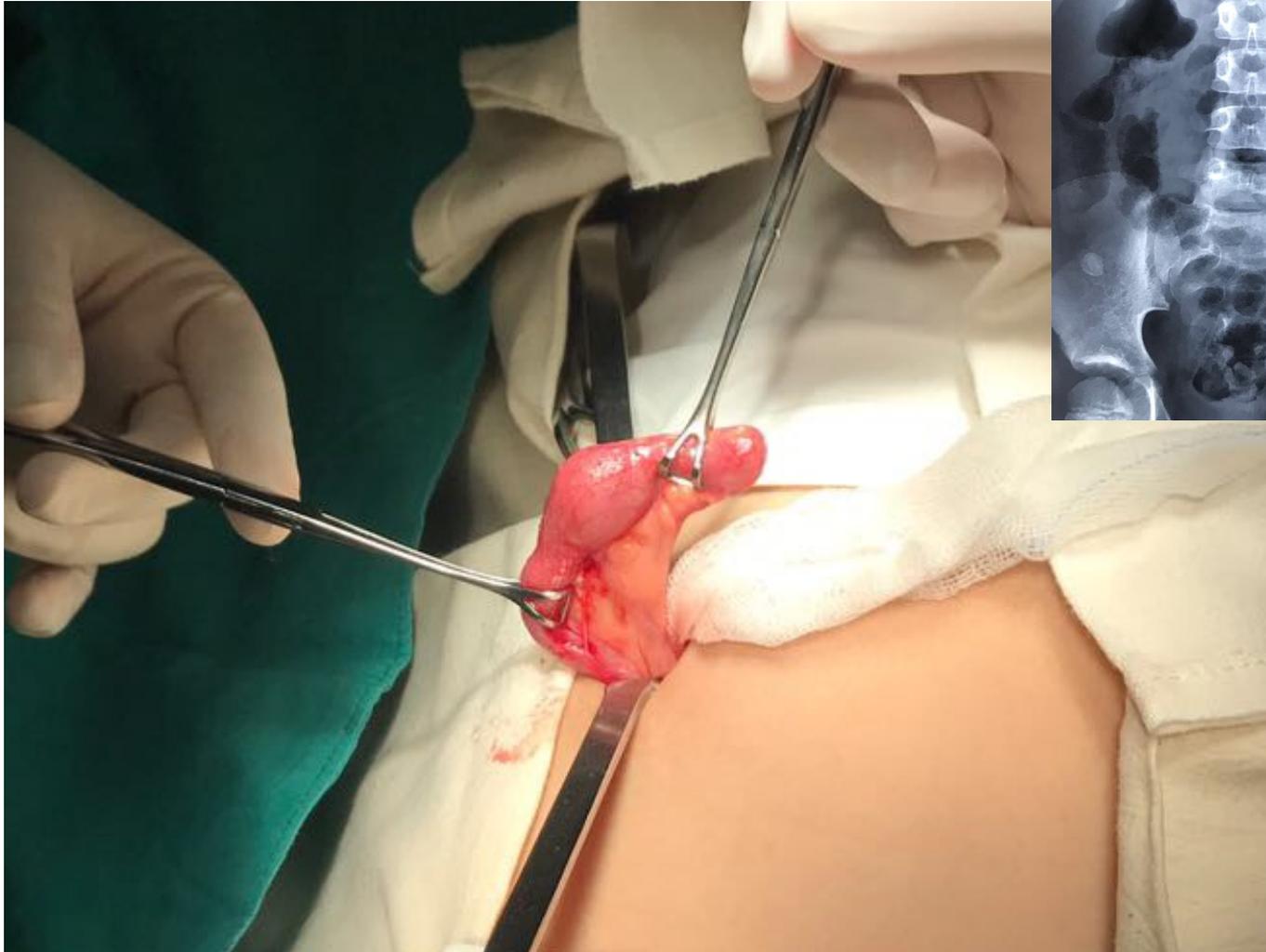
○ Quirúrgico

- Régimen cero
- VVP, hidratación endovenosa
- Analgesia ev (AINES)
- Profilaxis pre operatoria antibiótica
 - Metronidazol
 - Cefazolina
- Tratamiento antibiótico post op
 - Metronidazol: Anaerobios
 - Aminoglicosido (amiká, gentá): Gram (-)
 - Ampicilina. Enterococo

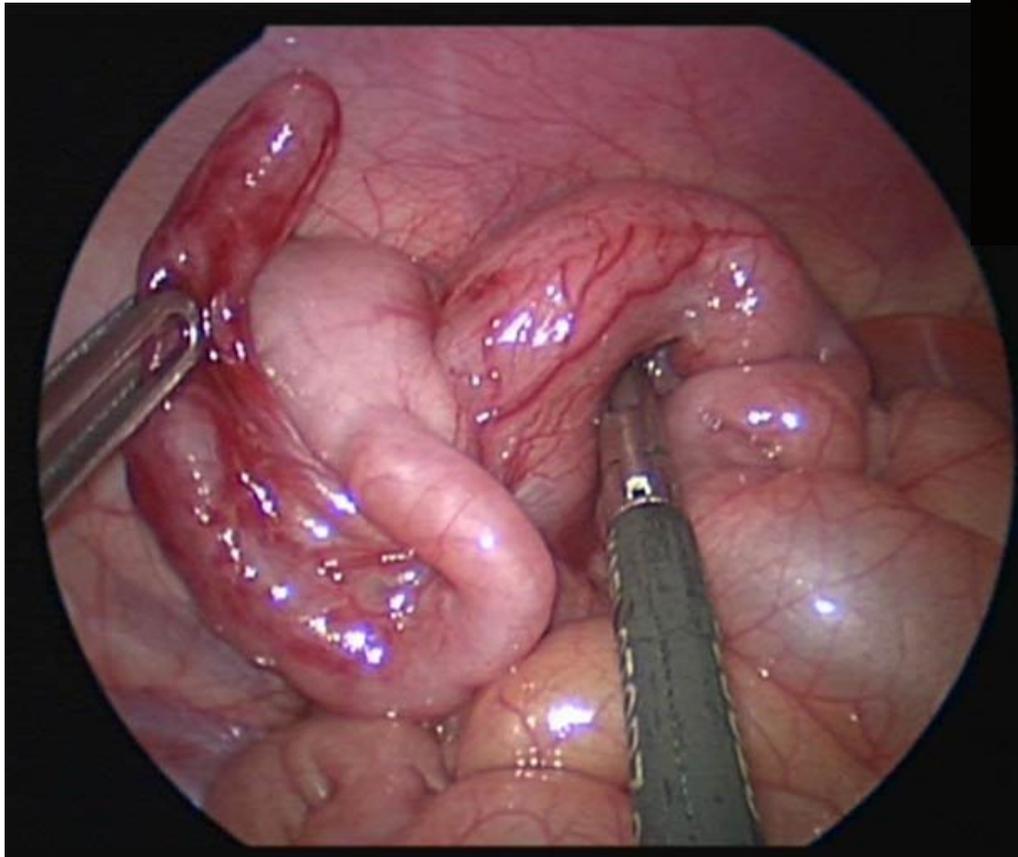
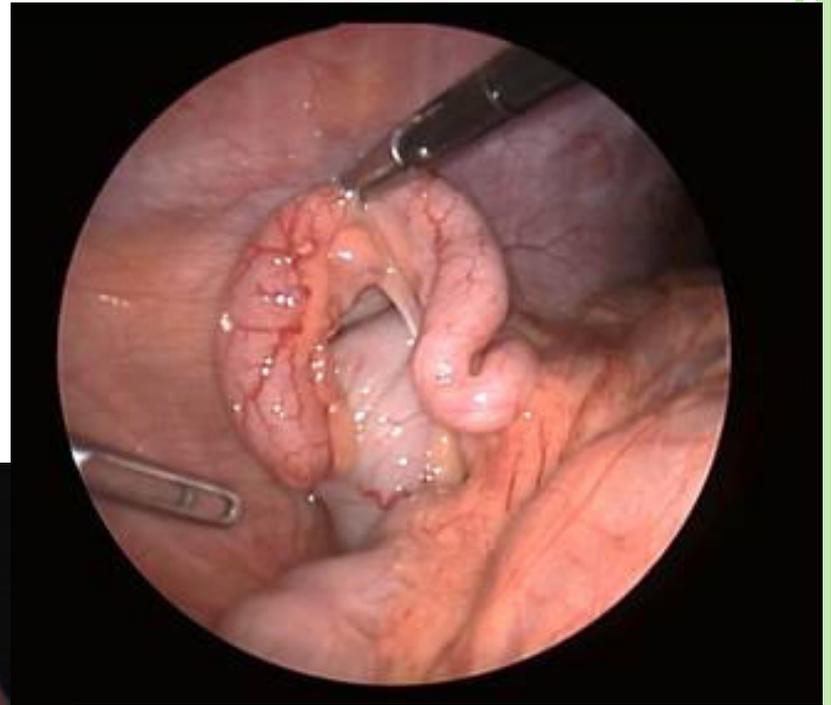
Tratamiento antibiótico,
apendicitis aguda
Necrótica ó Perforada



APENDICECTOMÍA CLÁSICA



APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA





ABDOMEN AGUDO GINECOLÓGICO



DEFINICIÓN

- El abdomen agudo ginecológico tiene varias definiciones y es diferente en la niña que en la mujer adulta
- El abdomen agudo ginecológico se caracteriza por dolor abdominal y compromiso del estado general, donde la patología compromete a los órganos genitales.
- Es más frecuente en edad reproductiva.
- Corresponde al 7-20% de todos los abdómenes agudo en mujeres





ETIOLOGÍA

○ Causa Ginecológica

- Infección:
 - PIP
- **Hemorrágico:**
 - **Folículo roto sangrante**
 - **Embarazo ectópico**
- **Mecánico:**
 - **Torsión de anexo**
 - **Torsión quiste para-ovárico**
 - **Torsión de quiste ovárico**
- Hormonal
- Traumático
- Endometriosis

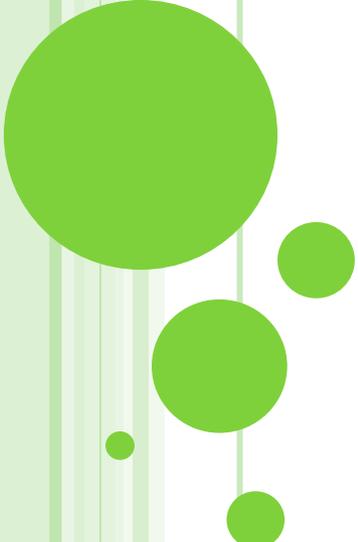
○ Médica

- Metabólicas, tóxicas, diabetes, hemofilia, etc

○ Extraginecológica

- Apendicitis Aguda
- Diverticulitis
- Cólico ureteral
- Colecistitis Aguda



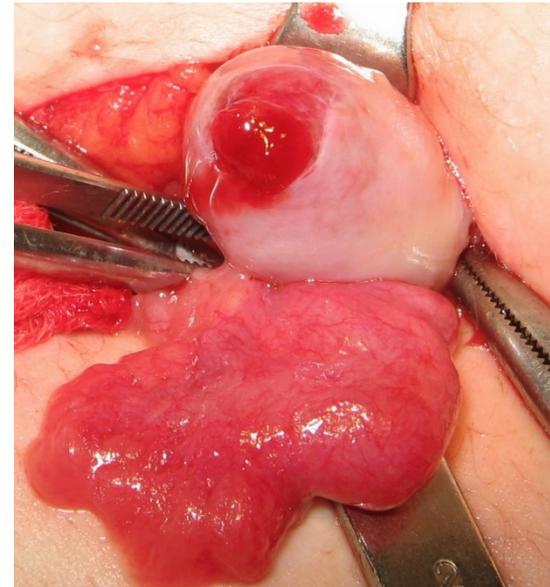


FOLICULO ROTO HEMORRÁGICO



FOLÍCULO ROTO HEMORRÁGICO

- Ocurre generalmente en la fase intermedia del ciclo, entre los días 13 y 15.
- Presenta dolor agudo del abdomen, puede ir acompañado de resistencia muscular
- Clínica:
 - dolor
 - nauseas
 - vómito
 - CEG
- Cuando se rompe puede originar hemoperitoneo de diversa intensidad
- Diagnóstico:
 - Eco ginecológica
- Su tratamiento es médico
- Quirúrgico solo si hay deterioro clínico, hemodinámico



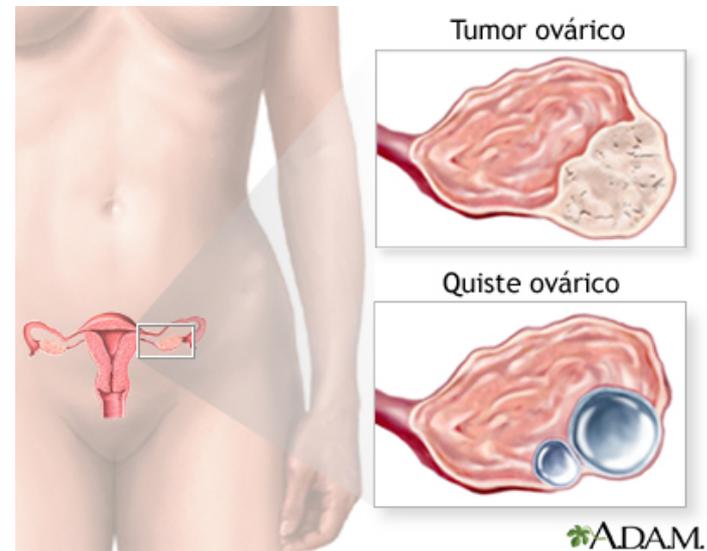


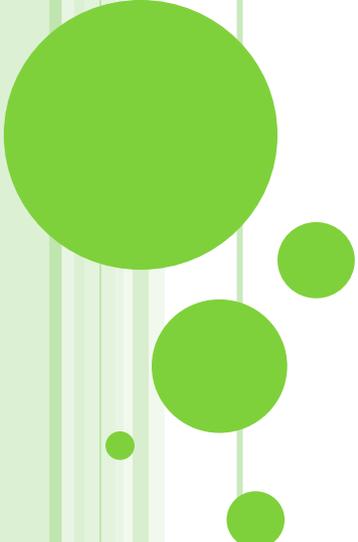
**AAG MECÁNICO.
TORSIÓN OVÁRICA, QUISTE
OVÁRICO Ó QUISTE
PARAOVÁRICO**



MASA (TUMOR, QUISTE) OVÁRICA

- **La torsión de ovario** suele estar asociada a una patología quística o tumoral;
 - En las niñas los órganos genitales son intra-abdominales, y producen un abdomen agudo fácilmente
- Cuando hay una masa de más de 4 cms de diámetro, hay riesgo de torsión.
- **Un tumor, quiste o masa ovárica** en una niña prepúber, probablemente corresponda a un tumor de zona germinal, generalmente un teratoma.
- Los marcadores tumorales son la BHCG, la alfa-fetoproteína y la LDH.
- La presencia o aumento de estos marcadores orienta a la presencia de un tumor maligno, sobre todo si existe el antecedente de una masa ovárica.





QUISTE PARA-OVÁRICO TORCIDO

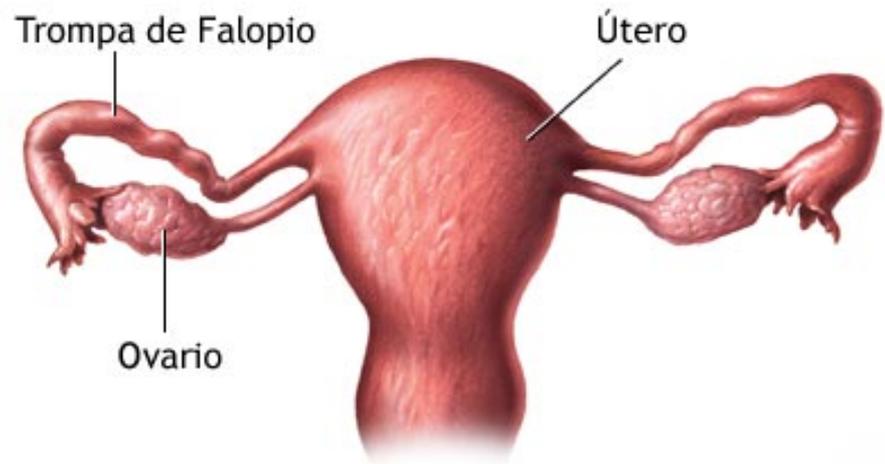


QUISTE PARA-OVÁRICO

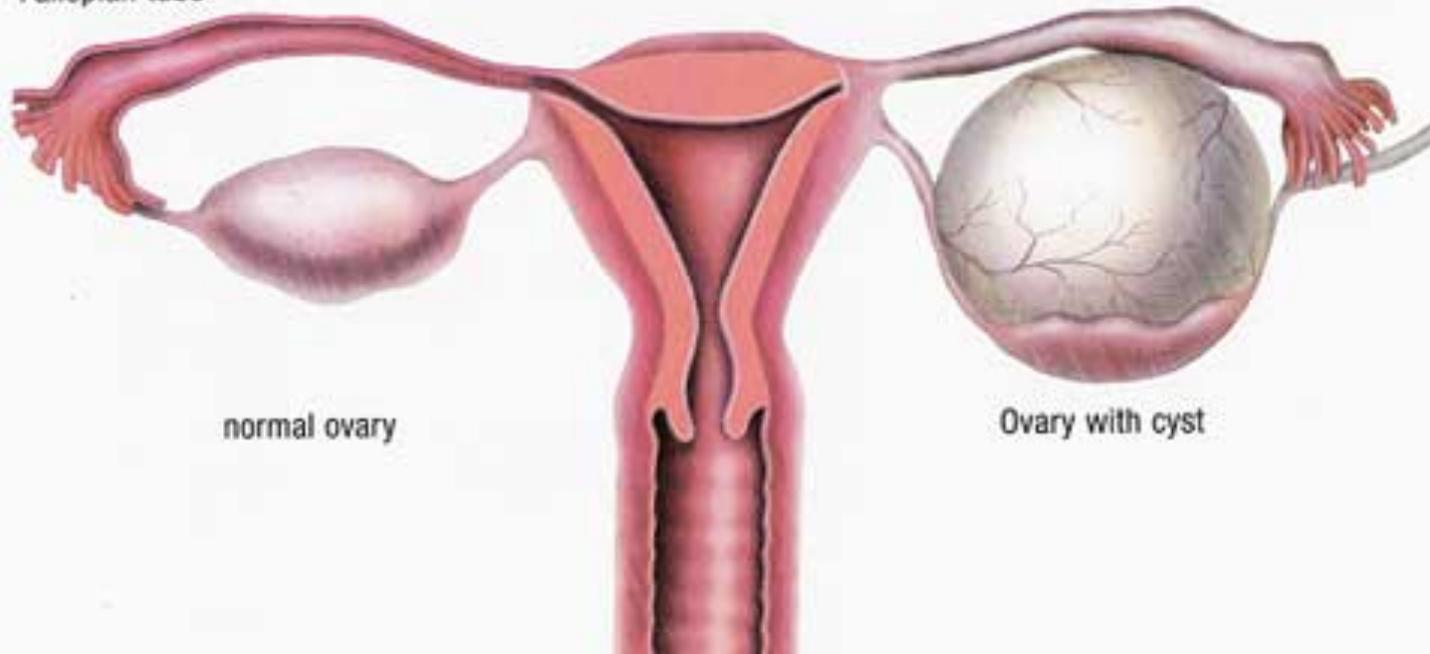
- Causas más raras de dolor
- Derivan de remanentes de los conductos mesonéfricos o paramesonéfricos
- Se identifican adheridas al extremo fimbriado de las trompas o en el ligamento ancho.
- Su torsión puede comprometer la trompa y, más raramente, el ovario con consecuencias mayores para la paciente.



QUISTE PARA-OVÁRICO



Fallopian tube

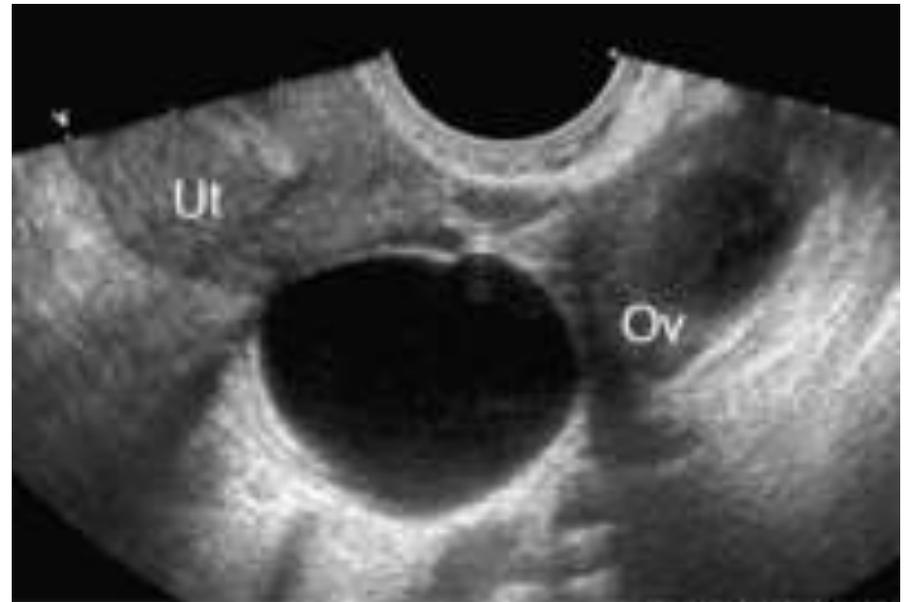




QUISTE PARA -OVARICO

Ecografía

- A la US son quistes de aspecto redondo u ovoideo,
- De paredes finas, uniloculares
- De contornos lisos
- Contenido anecogénico
- La sospecha debe surgir al visualizar ambos ovarios de aspecto normal y una formación quística lateral al útero

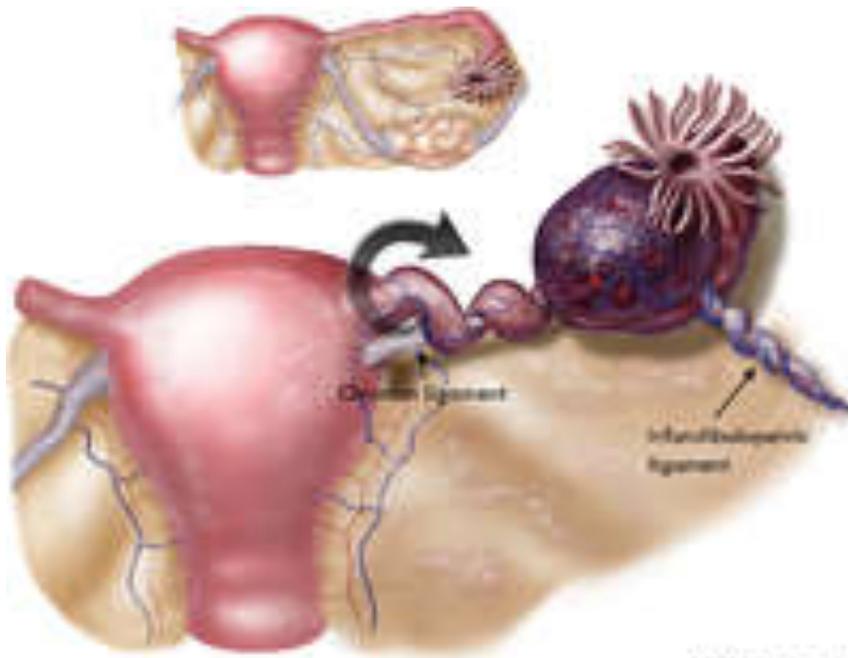


© 2008 Elsevier Inc.

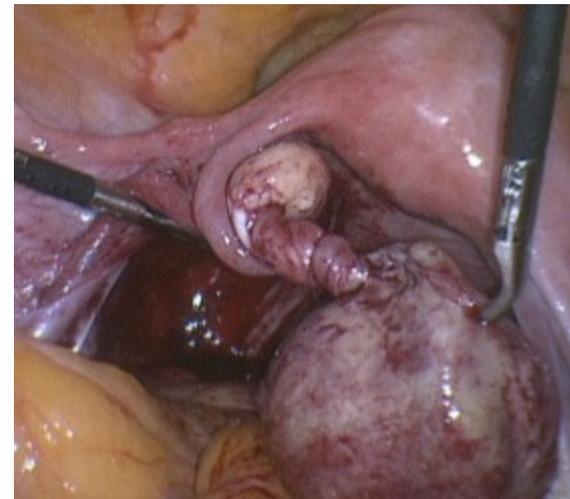




QUISTE PARAOVARICO TORCIDO



© 2001 Elsevier Inc.



TORSIÓN

- Es una urgencia quirúrgica
- Riesgo de isquemia ovárica
- Laparotomía Pfannenstiel ó
Laparoscopia exploradora



GRACIAS



ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO PEDIÁTRICO
DRA. CAROLINA DONOSO C.

