

ABDOMEN AGUDO NEONATAL

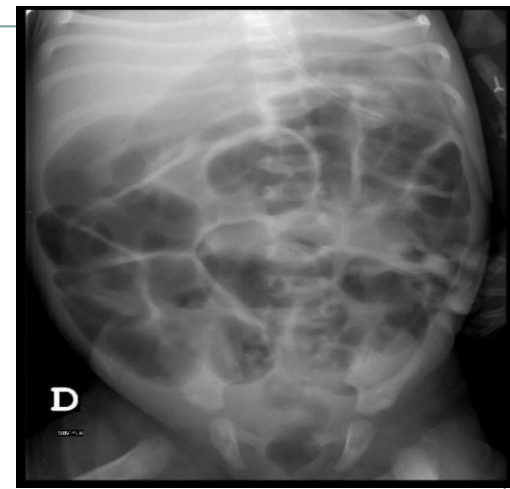


Isabel Montañés Alonso (Rotatorio Pediatría)
Tutora: Dra. Lucía Sanguino (Neonatología)

RNT 9 ddv trasladado desde hospital de origen a UCIN por sospecha de NEC

- Gestación controlada desde semana 20 sin incidencias
- RNT/AEG (41+2)/ 3395 g, Apgar 9/10, LM exclusiva
- *Vómitos* desde alta de maternidad (alimentarios-biliosos)
- *Deposiciones* normales (meconio en maternidad)
- Distensión abdominal y MEG las últimas 24h
- Hospital origen:
 - Analítica: hemograma + coagulación normal, PCR: 25mg/dl
 - Rx abdomen : neumatosis sin perforación--> ¿NEC?--> hemocultivo, antibioterapia IV (ampicilina+gentamicina)

Exploración y pruebas de imagen



HGUA:

- Exploración física: Peso 2905 g (-15% pp) MEG, abdomen distendido, doloroso, eritematoso, masa en FID
- Rx: distensión generalizada asas + posible neumatosis FID
- Ecografía: no confirma neumatosis, leve edema asas FID



Metronidazol , Dieta absoluta, SOG (restos biliosos),NPT
Cirugía Pediátrica--> laparotomía exploratoria

QUIRÚRGICAS

	Obstrucción intestinal alta	Obstrucción intestinal baja
CLÍNICA	Vómitos alimentarios/biliosos	Vómitos biliosos
PRUEBA DE IMAGEN	-Distensión abdominal alta con ausencia de aire distal -Rx, ECO, TGS	- Distensión abdominal generalizada - Rx, ECO, enema opaco
ETIOLOGÍA	<ul style="list-style-type: none"> - Atresia pilórica (1/100000) - EMP (2-5/1000) - Atresia duodenal (1/10000) - Malrotación (1/500) → Vólvulo 	<ul style="list-style-type: none"> - Atresia jejunioileal - Ileo meconial (prematuridad/GQ) - Atresia colon - EH - Colon inmaduro - Apendicitis neonatal - NEC

Diagnóstico diferencial

NO QUIRÚRGICAS

- Infecciosa
- NEC
- IPLV
- Hipotiroidismo
- Medicamentos
- Equilibrio iones

Pruebas diagnósticas y evolución

- Laparotomía no diagnóstica (Biopsia)
 - Tóxicos en orina -
 - Hemocultivo/líquido ascítico + E.Coli
 - Coprocultivo – (virus y bacterias)
 - LCR: BQ normal, cultivo negativo, PCR enterovirus + , PCR E.Coli -
 - Frotis faríngeo + enterovirus
 - Eco renal cerebral y cardiaca normal
 - Biopsia intraoperatoria y rectal: ausencia de células ganglionares
 - Enema colon uniformemente dilatado
- 1 día metronidazol, 6 días ampicilina y 14 cefotaxima
 - 5 días dieta absoluta
 - Deposiciones desde 1º día postQX
 - Distensión abdominal + vómitos
 - Sondaje rectal intermitente
 - Dependencia de NPT (máxima NE 100ml/k/día)

- **Ausencia de células ganglionares desde esfínter interno hasta zona variable en sentido proximal. Causa 25% de obstrucción intestinal en el recién nacido**
- Epidemiología: 1/5000
- Etiología: SN entérico → Interrupción migración cél. ganglionares
- Patofisiología: disfunción de la motilidad del segmento afecto
- Presentación Clínica
 - Obstrucción neonatal (90% 1º meconio > 48h) vómitos biliosos, distensión abdominal
 - Estreñimiento (50% 1º meconio > 48h)
 - Enterocolitis (posterior a estreñimiento no identificado)
- Asociaciones:
 - Enfermedad aislada (70%)
 - Síndromes malformativos (S.Down, Ondine...)
 - Malformaciones de otros órganos sin asociaciones sindrómicas

Pruebas
Dx

Rx
abdomen

Enema
opaco

Manometría
(estreñimiento)

Biopsia-
Histoquímica

Complicaciones/Pronóstico

<i>Tempranas</i>	<i>Tardías</i>
Excoriaciones perianales	Enterocolitis (5-42%)
Ileo prolongado	Incontinencia fecal (5-25%)
Dehiscencias	Estreñimiento (8-20%)
Obstrucción intestinal	Enuresis (5-26%)
Infecciones	

Situación actual de la paciente

Tratamiento preoperatorio:

- Irrigaciones con SSF cada 8 horas
 - Nutrición enteral completa
- Pendiente mapeo y tto quirúrgico

Conclusiones

- ▶ El RN con abdomen agudo precisa diagnóstico precoz para reducir morbimortalidad importante
- ▶ Las pruebas de imagen orientan a etiología obstructiva alta o baja
- ▶ La laparotomía exploratoria no siempre es diagnóstica
- ▶ La EH se puede presentar con síndromes clínicos diferentes
- ▶ El retraso en la evacuación de meconio no siempre está presente
- ▶ El diagnóstico definitivo es la biopsia
- ▶ El tratamiento siempre es quirúrgico
- ▶ El pronóstico es variable y empeora con la longitud de colon afecto

Bibliografía

- Preni Puri, Rennir & Robertson's Textbook of Neonatology 5th Edition, Hirschsprung disease, 554-564
- Alwan R, Drake M, Gurria Juarez J, et al. A Newborn With Abdominal Pain. Pediatrics. 2017;140(5):e20164267
- Stanescu AL, Liszewski MC, Lee EY, Phillips GS. Neonatal Gastrointestinal Emergencies Step-by-Step Approach. Radiol Clin NA [Internet]. Elsevier Inc; 2017;55(4):717–39.
- Langer JC. Hirschsprung disease. 2013;25(3):368–74.
- Sellers M, Udaondo C. Enterocolitis asociada a enfermedad de Hirschsprung : estudio observacional sobre clínica y manejo en un servicio de urgencias hospitalarias. An pediatr (Bar) 2017.
- Singh V, Pathak M. Congenital Neonatal Intestinal Obstruction : Retrospective Analysis at Tertiary Care Hospital. 2016;5(4):4–7.