

Historia Clínica

SECCIÓN A CARGO DE COMITÉ DE DOCENCIA HNRG

Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

Rodrigo González^a, Luis Mammì^a y SANTIAGO ROSS^b

Datos Personales

- Nombre y Apellido: R.M.
- Edad: 14 años.
- Fecha de nacimiento: 07/10/97.
- Sexo: Femenino.
- Fecha de Ingreso: 15/08/12.
- Procedencia: Merlo, Buenos Aires.

Motivo de consulta

Síndrome febril y dolor abdominal.

Motivo de internación

Abdomen agudo en paciente mielomeningocele con válvula de derivación ventriculo-peritoneal.

Enfermedad actual

Paciente de 14 años de edad de sexo femenino, mielomeningocele, con válvula de derivación ventrículo peritoneal que consulta a clínica privada por dolor abdominal y síndrome febril de 24 hs. de evolución asociado a un vómito de contenido gástrico. El laboratorio realizado inicialmente evidencia elevación en el valor de amilasa sérica (366 U/l). Hemograma, función renal y hepatograma con valores dentro de límites normales. Con diagnóstico de abdomen agudo se deriva al Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez para evaluación y tratamiento.

Antecedentes personales

- Segundo gemelar, nacida pretérmino (35,5 semanas) con peso adecuado para la edad gestacional (2.170 g).
- Mielomeningocele en seguimiento multidisciplinario, presenta válvula de derivación ventrículo peritoneal, deambula por

sus propios medios, controla esfínteres, realiza sondaje vesical intermitente, concurre a una escuela especial con buena adaptación social.

- Vacunas de calendario nacional completas.
- Menarca a los 8 años, FUM incierta, no inició actividad sexual.

Antecedentes patológicos

1997:

- Síndrome de *distress* respiratorio transitorio al nacimiento.
- Diagnóstico posnatal de mielomeningocele, permaneció internada hasta los dos meses de vida por:
 - Plástica de mielomeningocele sacrolumbar grado II-III a los 20 días de vida.
 - Meningitis post quirúrgica por *enterobacter cloacae*.
 - Colocación de válvula de derivación ventrículo peritoneal a los 45 días de vida.

1999:

- Cirugía de reducción de luxación congénita de cadera derecha.

2000:

- Recambio de la porción distal del sistema valvular por obstrucción de la misma.

2003:

- Recambio de la porción proximal del sistema valvular por disfunción de la misma.

2011:

- Urodinamia: Vejiga neurogénica, sin reflujo vesicoureteral. Presencia de residuo miccional. Controla esfínteres, realiza sondaje vesical intermitente dos veces por día; en tratamiento con oxibutinina. Sin antecedente de infecciones urinarias.

Examen físico al ingreso

La paciente ingresa en buen estado general, peso 63 kg (p90), febril (38,7°), normohidratada. Abdomen blando, depresible, doloroso en epigastrio e hipocondrio derecho, sin defensa peritoneal. No presenta visceromegalias ni globo vesical. Se palpa abundan-

a. Residente de Clínica Pediátrica, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

b. Instructor de Residentes de Clínica Pediátrica, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

te materia fecal en marco colónico, con ruidos hidroaéreos conservados. Refiere catarsis positiva. Puño percusión negativa. Refiere disuria. Cicatriz sacra por plástica de mielomeningocele sin signos de infección ni flogosis. Escoliosis moderada, pie equino. Tanner M5 G5 VP5.

Tratamiento

- Ayuno enteral.
- Plan de hidratación cubriendo necesidades basales.
- Ceftriaxona 50 mg/kg/día.
- Metronidazol 30 mg/kg/día.
- Oxibutinina 7,5 mg cada 12 hs.
- Ranitidina 150 mg/día.
- Hioscina N-Butilbromuro 10 mg c/8 hs dosis por 48 hs.

Planteos diagnósticos

- Pancreatitis.
- Colecistitis.
- Colelitiasis.
- Pseudoquiste de extremo distal de válvula.
- Pielonefritis.
- Impactación de materia fecal.

Exámenes complementarios realizados

- **Hemograma:** 21.700 GB/mm³ (2% C/ 80% S/ 16% L/ 2% M), Hb. 14,1 gr/dl, Hto. 41,2%, Plaq. 286.000/mm³.
- Urea 12 mg/dl, Creatinina 0,38 mg/dl, Bilirrubina total 0,54 mg/dl, GOT 21 U/l, GPT 17 U/l, Amilasa 51 U/l.
- **Orina completa:** densidad 1020, pH 5, 20-30 leucocitos/ campo, 2-3 glóbulos rojos/ campo, abundantes gérmenes
- **Urocultivo:** $\geq 10^5$ UFC de *E. coli*.

- **Rx. abdomen:** abundante materia fecal, aire distal presente, sin niveles hidroaéreos ni signos sugestivos de pseudoquiste de extremo distal de válvula.
- **Ecografía abdominal:** "Vesícula de paredes engrosadas (4,3 mm) ligeramente distendida con un lito a nivel del fondo (16 m) y otro a nivel del bacinete (12 mm)".

Evolución clínica

Presenta evolución clínica favorable, afebril luego del registro térmico del ingreso. Reinicia la alimentación vía oral a las 48 hs. de iniciado el tratamiento con buena tolerancia. Recibe terapia antibiótica endovenosa con ceftriaxona y metronidazol cubriendo eventuales focos infecciosos abdominales y de vías urinarias. Teniendo en cuenta la clínica y estudios complementarios se arriba al diagnóstico de **infección urinaria por *E. coli* y colecistitis**. Se desestima el diagnóstico de pancreatitis secundaria a colelitiasis debido a la evolución clínica y a la rápida normalización de parámetros de laboratorio. Al día 4 de tratamiento se obtiene un sedimento urinario dentro de límites normales. Luego de siete días de tratamiento antibiótico parenteral continúa con ciprofloxacina vía oral a completar 14 días totales cubriendo foco urinario y de vías biliares, a la espera de resolución quirúrgica de su litiasis vesicular.

Diagnóstico al egreso

- Infección urinaria por *E. coli*.
- Colecistitis aguda.
- Colelitiasis a la espera de resolución quirúrgica.