
Historia Clínica

SECCIÓN A CARGO DE **COMITÉ DE DOCENCIA HNRG**

Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

**BERNARDEZ MARÍA LORENA^a, PANNUNZIO MARÍA EUGENIA^b, SIMONETTO CARLA^b,
ROSSI SANTIAGO^c Y ARIOVICH ALEJANDRA^d**

Datos personales

- Nombre y apellido: T.V.
- Edad: 16 meses.
- Procedencia: provincia de Buenos Aires.
- Motivo de consulta: Síndrome febril, diarrea y vómitos.

Motivo de internación

Deshidratación moderada secundaria a síndrome disentérico.

Enfermedad actual

Paciente con síndrome febril, diarrea y vómitos de ocho días de evolución. Consultó en dos oportunidades al hospital zonal, en donde se indicó tratamiento sintomático con diagnóstico de gastroenteritis aguda. Presentando mala evolución, con fiebre alta (39 °C) y persistente, intolerancia a la vía oral y deposiciones líquidas mucosanguinolentas, consulta a la guardia de nuestro hospital donde se lo valora deshidratado. Se lo interna para estudio y tratamiento.

Antecedentes personales

- Nacido de término, peso adecuado para la edad gestacional.
- Embarazo controlado. Serologías negativas por referencia.
- Vacunas completas para Calendario Nacional.
- Desarrollo neuromadurativo acorde a la edad.
- Realiza controles pediátricos habituales.

Antecedentes patológicos

No refiere antecedentes patológicos de importancia.

Examen físico al ingreso

El paciente ingresa en regular estado general, hemodinámicamente compensado, deshidratado, febril (38,3 °C). Taquicárdico (150 por minuto), taquipneico (28 por minuto), normotenso (100/70 mmHg). Presenta muco-

sas semihúmedas y refiere oliguria.

Se lo valora irritable, sin signos meníngeos. Abdomen distendido, tenso, con dolor a la palpación superficial y profunda asociada a defensa peritoneal generalizada. Ruidos hidroaéreos aumentados.

Resto del examen físico sin particularidades.

Planteos diagnósticos

Abdomen agudo médico:

- Gastroenteritis aguda.
- Síndrome disentérico.

Abdomen agudo quirúrgico:

- Invaginación intestinal.
- Apendicitis aguda. Peritonitis secundaria.
- Perforación intestinal secundario a enteritis.
- Malrotación intestinal complicada.

Exámenes complementarios

Hemograma: GB 23.400/mm³ (11C/52S/0E/0B/31L/6M) Hb 10.4 gr/dl, Plaquetas 464.000/mm³.

Química: urea 41 mg/dl, glucemia 101 mg/dl, Creatinina 0.44 mg/dl, ácido úrico 4.9 mg/dl. PCR ultrasensible elevada (264.07 mg/L).

Estado acido-base: pH 7.35, PCO₂ 37,5 mmHg, HCO₃ 20.5 mmol/L, EB -4.6 mmol/L. Anión Gap: 10.5.

Ionograma: Na 132 meq/L, K 2.3 meq/L, Cl 101 meq/L, Ca 0.94 mmol/L. Láctico 2.2 mmol/L.

Se toman muestras para hemocultivos, urocultivo, coprocultivo, examen virológico y verotoxina en materia fecal.

a. Jefa de Residentes de Clínica Pediátrica.

b. Residente de 4° Año de Clínica Pediátrica.

c. Instructor de Residentes de Clínica Pediátrica.

d. Médica de Planta, Unidad 5.

Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez".

- **Radiografía de tórax** normal.
- **Radiografía de abdomen:** asas dilatadas, niveles hidroaéreos compatibles con ileo, edema de pared intestinal, e imagen redondeada radioopaca homogénea de bordes netos de 1,5 cm en fosa ilíaca derecha, compatible con coprolito (*Imagen 1*).
- **Ecografía abdominal:** Páncreas y retroperitoneo inevaluables por abundante aerocolia. Se observan asas intestinales con ausencia de peristaltismo localizado en fosa ilíaca derecha, edema de pared, meso ecogénico y ganglios linfáticos. Llama la atención en fosa ilíaca derecha una imagen ecogénica con sombra acústica posterior de 10 mm coincidente con imagen visible en Radiografía. Presenta abundante líquido libre particulado denso, localizado en FID, FII, fondo de saco de Douglas e interasas. En hemiabdomen superior se observa abundante aire interasas (*Imagen 2*).

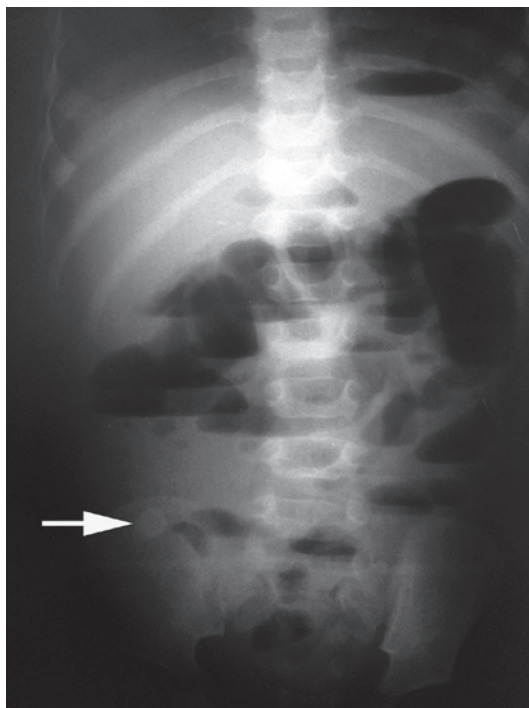
Se recibe laboratorio del paciente que evidencia presenta leucocitosis con desviación hacia la izquierda y anemia, compatible con cuadro inflamatorio. La relación Urea / Creatinina es de 93, se encuentra elevada, compatible con Uremia pre renal. Presenta acidosis metabólica hiperclorémica sin acidemia, hiponatremia e hipokalemia. Se interpreta laboratorio compatible con cuadro infeccioso y deshidratación secundaria a diarrea y presencia de tercer espacio.

La presencia de un coprolito en FID visible tanto en la radiografía de abdomen como en la ecografía, en contexto de ileo, edema de pared y líquido libre en peritoneo; orienta fuertemente al diagnóstico de apendicitis complicada como causa del cuadro clínico del paciente.

Evolución clínica

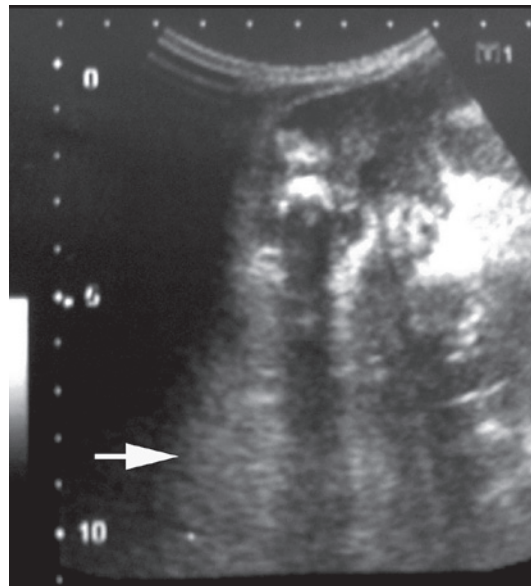
Con la clínica detallada y los estudios complementarios compatibles se realiza el

Imagen 1. Radiografía de abdomen



Se observan niveles hidroaéreos, edema de pared intestinal, e imagen redondeada radioopaca homogénea de bordes netos de 1,5 cm en fosa ilíaca derecha, compatible con coprolito (flecha).

Imagen 2. Ecografía abdominal



Se observan asas intestinales con ausencia de peristaltismo localizado en fosa ilíaca derecha. Llama la atención una imagen ecogénica con sombra acústica posterior de 10 mm coincidente con imagen visible en la radiografía (flecha). Presenta abundante líquido libre particulado denso, localizado en FID, FII, fondo de saco de Douglas e interasas.

diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico y deshidratación moderada. Se inicia plan de hidratación parenteral con déficit del 7%, se indica aporte endovenoso rápido de potasio y tratamiento antibiótico endovenoso con ampicilina, metronidazol y gentamicina.

Ingresa a quirófano, en donde se evidencia abundante líquido purulento en cavidad abdominal, apéndice gangrenoso y perforado; se realiza apendicectomía y lavado abundante de cavidad.

Se recibe posteriormente resultados de hemocultivos, urocultivos con verotoxina, urocultivo y verotoxina en materia fecal negativos. En el coprocultivo se observa crecimiento de *Shigella flexneri*. La infección por dicho germen puede presentar manifestaciones clínicas que van desde la expulsión de excrementos acuosos o laxos con síntomas generales mínimos o sin ellos hasta un cuadro más grave de disentería. La perforación intestinal es una de las complicaciones raras asociadas a esta infección, junto con bacteriemia, síndrome de Reiter, síndrome urémico-hemolítico, megacolon tóxico y encefalopatía tóxica (síndrome de Ekiri).¹

Además presenta ELISA. Además la paciente presenta prueba de ELISA en materia fecal positivo para Rotavirus, prueba

diagnóstica de alta especificidad que puede presentar resultados falsos positivos y reacciones inespecíficas en los individuos con enfermedad intestinal subyacente. En el contexto clínico de nuestra paciente se puede asumir dicho resultado como un falso positivo en el marco de una enteritis bacteriana.²

Diagnóstico al egreso

Peritonitis apendicular, con dos agentes etiológicos probables: la presencia de un coprolito³ y la disentería por *Shigella flexneri*¹. Dichos factores pueden haber actuado de forma conjunta como causales del proceso inflamatorio local que culminó en el cuadro quirúrgico.

REFERENCIAS

1. American Academy of Pediatrics. Infecciones por *Shigella*. Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS, dirs. Red Book: Enfermedades Infecciosas en Pediatría, 28a edición. México: Editorial Médica Panamericana; 2011: 600.
2. American Academy of Pediatrics. Infecciones por rotavirus. Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS, dirs. Red Book: Enfermedades Infecciosas en Pediatría, 28a edición. México: Editorial Médica Panamericana; 2011: 576.
3. Maa J, Kirkwood S. El apéndice. Sabiston. Tratado de cirugía. Cap 49, pág 1333-47. Elsevier 18a Ed. 2009.