Abdomen agudo en pediatría: Perforación duodenal.

Presentación de caso.

Dra Hidalgo C. *Dra Enriquez N. Dr Achachi. G. Dr Fernandez F.Dr de Arcos F*

Introducción: Aunque la ingesta de C.E. es común en la población pediátrica. La mayoría de ellos son eliminados espontáneamente. Un 10% requieren extracción endoscópica, menos del 1% requiere cirugía. De ellos solo un pequeño porcentaje (11%) se localiza en el intestino delgado.

Caso clinico: Paciente que ingresa por dolor abdominal de 48hs asociado a vómitos. Al ingreso abdomen blando, doloroso en flanco derecho.

Laboratorio: HTO 36 GB 12700 (72/1/24/3) VSG 65 OC NORMAL.
Ecografía abdominal: no informa cambios patológicos.

El paciente continua con dolor intenso, por lo que se decide L.E. donde se objetiva apéndice cecal sin cambios, líquido bilioso libre y cuerpo extraño (palito de chupetín) libre en cavidad. Se realiza maniobra de koccher, objetivando 3er porción del duodeno perforada. Se realiza rafia del mismo, se coloca sonda transrrafia y se coloca drenaje al lecho.

El paciente se mantiene en reposo gástrico por 5 días. Comenzando PTO al 6to día, con buena evolución, con alta a los 10 días.

La ingesta de C.E. es un motivo frecuente de consulta en edad pediátrica. Como también lo es el dolor abdominal. En nuestro caso el motivo de consulta fue dolor abdominal sin referir antecedentes de ingesta de C.E. Pese a que la radiografía y ecografía pueden acercarnos a un diagnostico diferencial, es la clínica de persistencia del dolor, la que nos define la conducta quirúrgica.