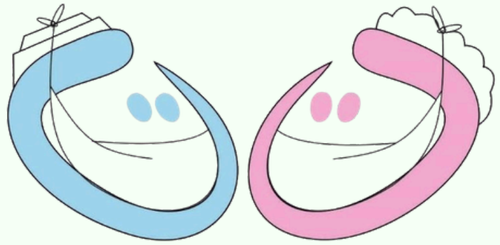
JORNADA INTERRESIDENCIA

SÍNDROME OCLUSIVO EN EL LACTANTE, A PROPÓSITO DE UN CASO

- *Dra Gonzalez Milagros- R2 Cirugía Infantil Cepsi Eva Perón*



CePSI EVA PERON
CENTRO PROVINCIAL DE SALUD INFANTIL

PRESENTACIÓN CLÍNICA

PACIENTE MASCULINO, 7 MESES DE EDAD.

Motivo de consulta: Fiebre y vómitos.

AEA: Cuadro de 3 días de evolución caracterizado por fiebre + vómitos inicialmente alimenticios y posteriormente biliosos.

Últimas 24 hs: decaimiento general, rechazo alimentario, disminución de la diuresis.

- Sin antecedentes perinatologicos y patológicos de relevancia.
- Primera internación.

EXAMEN FÍSICO

Estado general: Mal estado general, afebril. Mucosas pálidas, deshidratadas.

Ap. neurológico: Alteración del sensorio, episodios de somnolencia e irritabilidad. Fontanela normotensa.

Ap. gastrointestinal: Abdomen blando, distendido, aparentaba doloroso a la palpación. RHA disminuidos.

Ap. CV: Hemodinamicamente compensado. Relleno capilar enlentecido (>2seg)

Ap. genitourinario: Diuresis disminuida.

Entonces:

Lactante con deterioro clinico y signos de compromiso sistémico en el contexto de un abdomen distendido y vómitos biliosos

En qué pensamos?

SHOCK SÉPTICO
VS
ABDOMEN OCLUSIVO

CONDUCTA

MANEJO INICIAL

- Ingreso a Shockroom
- Oxigenoterapia
- Expansión con cristaloides
- Antibioticoterapia en la 1era hora
- Colocación de SNG
- IC con cirugía
- Solicitud de laboratorio y estudios de imágen

LABORATORIO

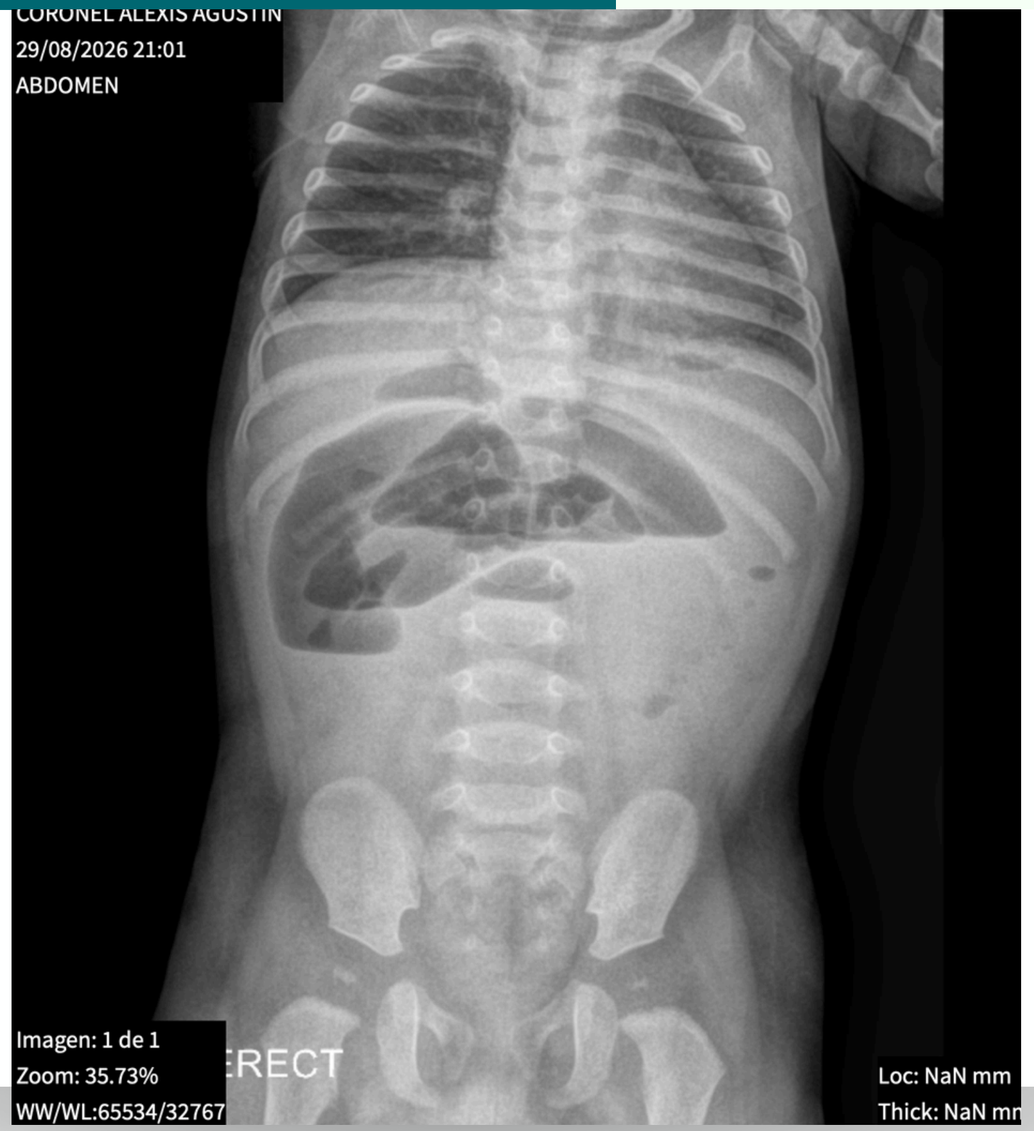
GB	3810 (61/33/6)
HB	10.2
HTO	32%
PLA	196.000/mm³
GLU	123 mg/dl
urea	51mg/dl
creat	0.60 mg/dl

GOT	64UI/l
GPT	13vUI/l
FAL	627

EAB: 7.34/35/38/19/-6/62 na
142 k 4.2

- Se solicita hemocultivo y urocultivo.

IMÁGENES


CORONEL ALEXIS AGUSTIN
29/08/2026 21:01
ABDOMEN
Imagen: 1 de 1
Zoom: 35.73%
WW/WL:65534/32767
Loc: NaN mm
Thick: NaN mm

CONDUCTA QUIRÚRGICA

Se decide su paso a quirófano para laparotomía exploradora.

FOJA QUIRÚRGICA

INFRAUMBILICAL DERECHA.- DIÉRESIS POR PLANOS HASTA CAVIDAD.- ABIERTA CAVIDAD SEMIOLOGÍA OBJETIVANDO SALIDA DE LIQUIDO CITRINO Y ASAS INTESTINALES DILATADAS, SE REALIZA ENTEROLISIS A DISTAL OBJETIVANDO ZONA DE TRANSICION DE ASAS COLAPSADAS CON CONGESTION VASCULAR Y PRESENCIA DE LESION INTRALUMINAL POLIPOIDE SESIL DE 1,5CM A 40CM DE VIC, REDONDEADA, FIJA Y FIRME QUE IMPRESIONA OCUPAR 3/4 DE SU LUMEN. SE REALIZA APENDICECTOMÍA TIPICA PROFILACTICA SEGUN TECNICA. RESECCION Y ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL DE SEGMENTO DE ILEON QUE CONTIENE LA MASA. SE CONTROLA FUGA. ENTEROLISIS INTESTINAL, SECADO DE CAVIDAD. CONTROL ESTRICTO DE HEMOSTASIA, CIERRE PLANOS POR PLANOS, TOLERA PROCEDIMIENTO, PASA A UTI EN ARM.

Resección del segmento intestinal comprometido

↓

Anastomosis término-terminal

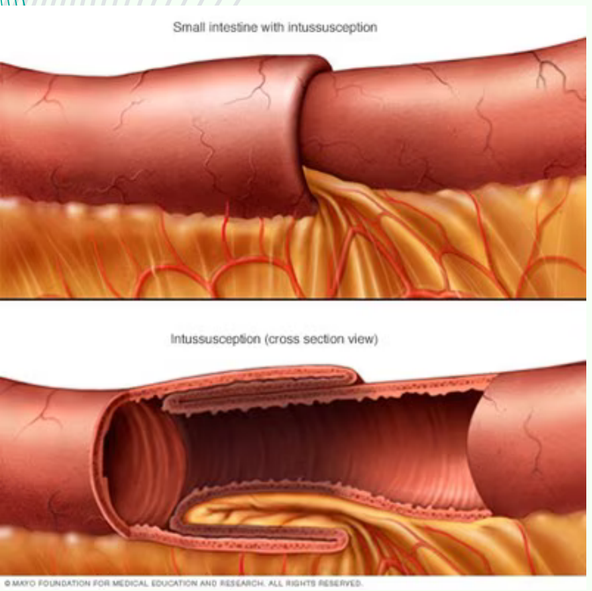
↓

Pieza enviada a Anatomía Patológica

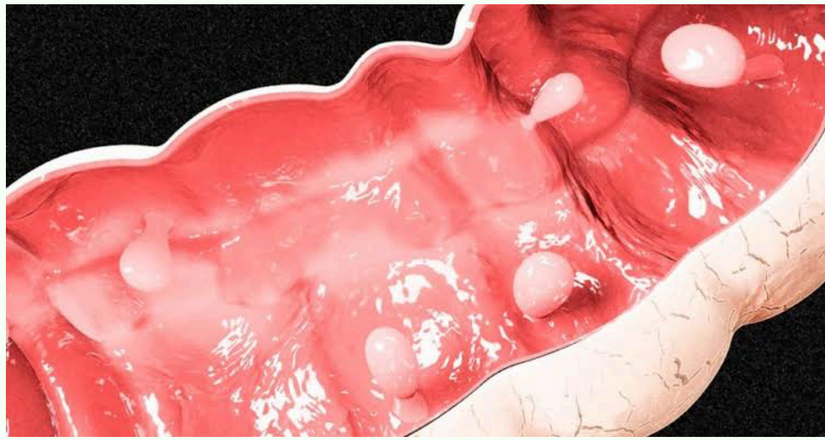


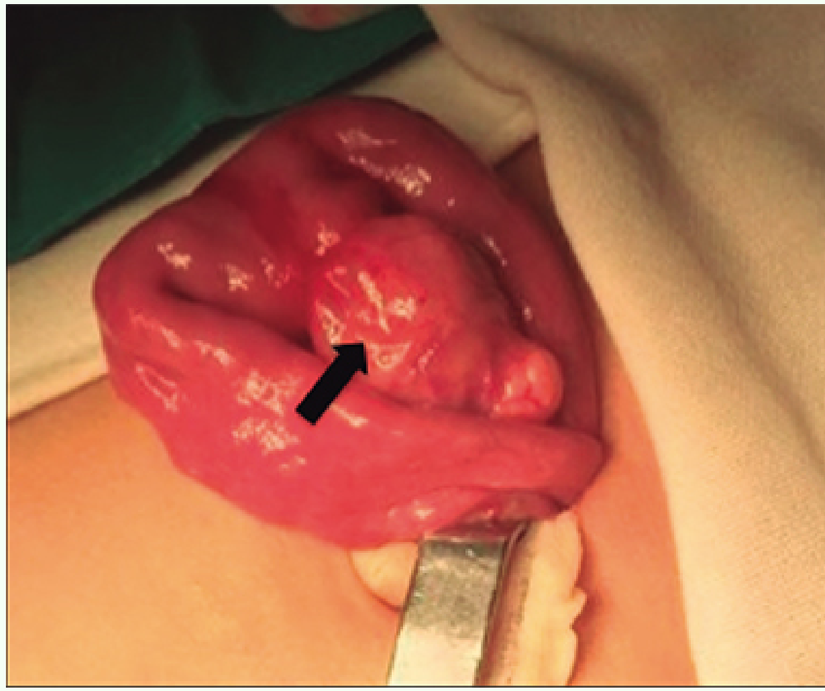
MASA INTRALUMINAL EN UN LACTANTE

Diagnósticos diferenciales

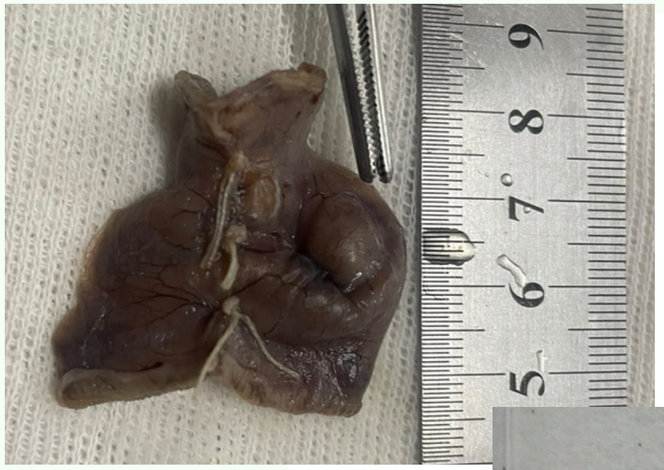


- Pólipo / lesión hamartomatosa
- Linfoma u otra lesión tumoral
- Meckel complicado
- Duplicación intestinal
- Otras lesiones congénitas
- Invaginación intestinal

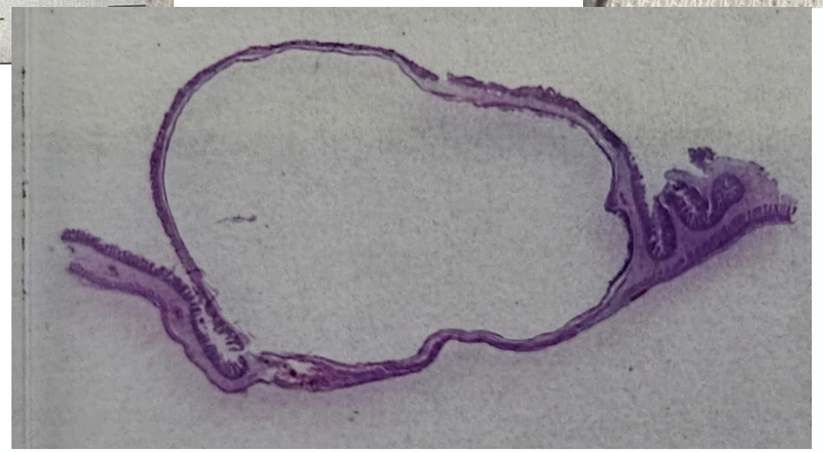


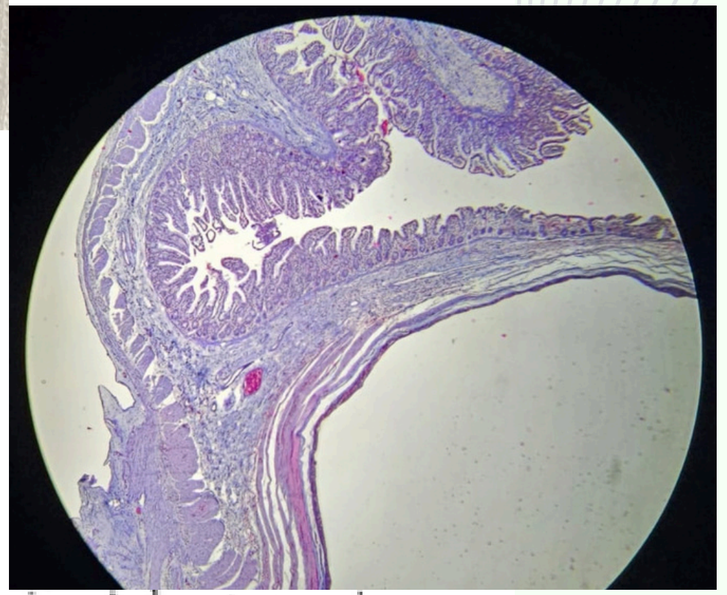


ANATOMIA PATOLOGICA









INTERPRETACIÓN DIAGNÓSTICA:

1- Hallazgos morfológicos vinculables con quiste de duplicación intestinal de ileon.
NO se observan evidencias de displasia ni malignidad.

DISCUSIÓN

Ante un síndrome oclusivo en el lactante, las **duplicaciones intestinales** deben formar parte del diagnóstico diferencial. El diagnóstico precoz y el tratamiento quirúrgico oportuno son fundamentales para evitar complicaciones y lograr una evolución favorable.

CePSI EVA PERON

CENTRO PROVINCIAL DE SALUD INFANTIL



MUCHAS GRACIAS