

Caso clínico

Presentación:

Se trata de un lactante de 17 días de vida, eutrófico, que es llevado por su madre a la guardia medica por presentar episodios de vómitos de 4 días de evolución.

Lo refiere después de las tomas agravándose en decúbito supino y mejorando cuando lo coloca en posición vertical. Los mismos son claros, no biliosos y aparece como leche digerida.

Al interrogatorio afirma que el niño no presenta rechazo del alimento al contrario, un apetito ávido pero si disminución de la diuresis en las ultimas 24hs “(mojo solo 4 pañales de color normal)”,y sin catarsis en las últimas 48 “(el siempre hace hasta tres veces por día)”

Otros datos de interés recogidos:

- a.-siguió siempre con buena succión.
- b.- nunca tuvo dificultad al tragar.
- c.- nunca tuvo cianosis.
- d.- tampoco sudoración al alimentarse.
- e.- las últimas deposiciones fueron de color amarillo sin sangre.
- f.- fue fácil despertarlo. Igual lo hacía solo cada dos hs para alimentarse. El sueño y vigilia permanecieron invariables.
- g: no comenta movimientos anormales ni convulsiones.
- h.- no ingiere ningún medicamento.

Antecedentes perinatológicos:

Embarazo controlado y vacunado. Tomo vitaminas desde sus seis semanas de gestación

Parto vaginal normal sin complicaciones pero por ser estreptococo del grupo B positivo fue tratada con antibióticos.

Lloró al nacer .Apgar 8/9.Peso; 3350grs.

Fue dado de alta a los dos días con las vacunas correspondientes.

A los 15 días realiza su primera consulta con su pediatra.

El peso 3640 grs. Ausculta un soplo corto en el 4to espacio intercostal izquierdo y decide la derivación a un cardiólogo infantil para su estudio y posterior tratamiento.

En este examen el subespecialista diagnostica una CIV pequeña y recomienda un seguimiento programado en las próximas semanas.

Antecedentes heredofamiliares:

Hermano uno de 6 años, con diagnóstico de TEA y CIV reparada.

Padre sano. Operado de hernia inguinal en el primer año de vida.
Comerciante

Madre sana. Vive con el padre y hermano. Docente aunque ahora no trabaja.

Examen físico

Buen aspecto y estado general, afebril. Alerta y receptivo. Cabeza normocefálica.

Peso 3480. Temperatura 36,8°. Talla 48 cm. Perímetro cefálico 36.

Cuello: flexible, sin soplos, sin distensión venosa yugular.

Aparato respiratorio.

Tórax con pecho plano y simétrico. Pezones intactos de apariencia normal. FR: 29 respiraciones / minuto con buena entrada de aire bilateral. Saturación de oxígeno 97% en el aire ambiente. Claro a la auscultación bilateral. Sin sibilancias, roncus ni estertores. Sin congestión nasal.

Aparato cardiovascular: FC: 142 por minuto, ritmo regular, con un S1 y S2 claros. Se ausculta soplo sistólico corto, agudo, de grado 1-2/6 en el 3°- 4° espacio intercostal izquierdo, con irradiación a ápex.
Presión arterial: 77/54.

Aparato digestivo Boca con encías rosada, húmeda. Sin lesiones bucales ni aftas El paladar está intacto. Abdomen blando, depresible e indoloro sin hepatoesplenomegalia y sin hernias. Ruidos hidroaereos normales en los cuatro cuadrantes. Se palpa una masa pequeña en el epigastrio. Recto/Ano: Intacto, de color rosado. No hay evidencia de trauma o abuso.

Sistema linfático: Sin adenopatías.

Genitales: Varón no circuncidado con testículos descendidos bilateralmente.

Neurológico: Alerta y orientado. Respuestas flexoras plantares bilateralmente. Fontanela anterior blanda y plana.

Otoscopia: membranas timpánicas bilaterales sin lesiones ni eritemas de color nacarado.

Musculo esquelético:

Espalda: Sin dolor a la palpación del ángulo espinal, paraespinal o costovertebral. No hay evidencia de deformidad espinal.

Estado muscular sin debilidad en ambas extremidades. Las mueve con facilidad.

Articulaciones normales.

Piel: No se han reportado lesiones ni erupciones. La madre informa piel amarilla desde el nacimiento que se ha vuelto más concentrada en el tronco y la cara. Las uñas no tienen decoloración ni anomalías. Descamación en manos y pies. Impresiona ligera ictericia en esclerótica

Examen ocular. Impresiona ligera ictericia en esclerótica. No se detecta anomalías congénitas ni infecciones, Movimientos oculares normales. Pupilas de tamaño y forma normales. Reflejo rojo presente.

Resultados de laboratorio:

Serie roja y velocidad de sedimentación normales.

Recuento total de glóbulos blancos y plaquetas normales.

Las enzimas hepáticas se encuentran dentro del rango normal.

Bilirrubina 16,4 mg/dl.

Urea y Creatinina normales.

Orina normal.

Glucosa en ayunas normal.

Ionograma normal.

Estado acido base normal.

Diagnósticos presuntivos:

Con los siguientes datos positivos recopilados en el interrogatorio, examen físico y laboratorio pondría tratarse de:

1.- Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).

La ERGE puede presentar vómitos en proyectil, especialmente después de alimentarse. Se agrega a veces tos.

2.-Enfermedad Hepática:

Ciertas enfermedades hepáticas cursan con ictericia (acumulación de bilirrubina en la piel, mucosa y esclerótica). Sin embargo, los vómitos fuertes no son un hallazgo clínico informado con frecuencia en lactantes con ictericia.

3.- Vómitos en el lactante

Los vómitos se pueden clasificar como proyectiles o no proyectiles, y se pueden describir como sanguinolentos, no biliosos o no sanguinolentos. En este paciente los vómitos fueron en proyectil.

4.- Masa abdominal.

Las masas abdominales en los bebés suelen ser benignas y por lo general se originan en el riñón. La hidronefrosis se considera la masa renal más frecuente en lactantes (Potisek & Antoon, 2017). Una pequeña masa abdominal estaba presente en el examen de este paciente en el área epigástrica; sin embargo, no se presentaron síntomas genitourinarios y/o hallazgos clínicos.

5.-Estreñimiento.

El estreñimiento es un trastorno gastrointestinal común agudo o crónico. Este paciente presentó estreñimiento leve porque la historia clínica reveló que no había defecado en 48 horas.

6.-Estenosis pilórica.

Es una afección gastrointestinal que se manifiesta entre las 3 y 6 semanas de edad, y rara vez después de las 12 semanas. Afecta de 2 a 3 de cada 1.000 lactantes y es más frecuente en los varones, con una relación 5:1, en particular varones primogénitos.

Los síntomas incluyen vómitos en proyectil sin bilis poco después de comer. Los niños suelen estar lúcidos, en buen estado general, alimentarse con avidez a diferencia de aquellos vómitos por enfermedades sistémicas. Puede palparse una masa pilórica discreta en “oliva” en el área epigástrica.

Con la progresión de la enfermedad, se presenta estreñimiento, pérdida de peso y deshidratación con alcalosis metabólica hipoclorémica (debido a pérdida de ácido clorhídrico e hipovolemia simultáneas).

Alrededor del 5 a 14% de los lactantes tienen ictericia,

La estenosis pilórica hipertrófica se debe sospechar en todo lactante menor de un mes que presentan vómitos en chorro.

Su diagnóstico se realiza mediante una ecografía abdominal.

Hallazgos radiológicos

Se realizó entonces una ecografía abdominal que demostró:

a.- píloro hipertrofiado con un músculo liso aumentado de espesor (5 mm, normal, < 3 mm) con una mucosa de 6 mm y una elongación pilórica (> 16 mm).

b.- Arteria y venas mesentéricas normales.

c.- No se observan masas abdominales

d.- Hígado de tamaño, forma y ecogenicidad normal.

Riñones de aspecto,ubicación y tamaño normal.

Vejiga normal.

Conclusión

La ecografía permitió confirmar el diagnóstico esperado de **estenosis hipertrófica de píloro**.

Los síntomas más relevantes:

- a.- vómitos en proyectil
- b.- masa epigástrica palpable
- c.- ictericia
- d.- estreñimiento agudo

Un síntoma que no estaba presente en este paciente fue la alcalosis metabólica hipocloremica, como lo demuestra su estado acido base, y la deshidratación lo que indicaría que se trató de un diagnóstico precoz.

Conducta

El paciente se internó en sala de pediatría general y se realizó la interconsulta con cirugía pediátrica quien decidió su intervención quirúrgica en las próximas 24 hs.

Se indicó plan de hidratación parenteral y supresión de ingesta.

Al día siguiente se repitió estado acido base que continuaba normal

Fue llevado al quirófano para una piloromiotomía laparoscópica longitudinal, que deja intacta la mucosa y separa las fibras musculares incididas.

Toleró bien el procedimiento y ya en el piso se introdujeron alimentaciones graduales con buena aceptación, sin vómitos y permaneciendo en buen estado general

Se otorgó el alta a las 24hs con una visita a los 7 días al consultorio externo de cirugía y a su médico de cabecera a los 14 días.