

Una etiología infrecuente de un motivo de consulta habitual en los adolescentes

M. López Maticci¹, S. García Barba¹, B. Martínez¹, C. Pérez¹, Araceli Vázquez², Indalecio Cano², J. Barrio¹.
Gastroenterología Pediátrica. H. U. Fuenlabrada. (Madrid)¹
Cirugía Pediátrica. H. U Doce Octubre (Madrid)²

INTRODUCCIÓN

Dolor abdominal: motivo frecuente de consulta en Urgencias 24%.

Causa más frecuente → trastornos funcionales (85%). Pero es importante estar atentos a signos o síntomas de alarma ya que en **ocasiones** se trata de una verdadera **emergencia** médica o quirúrgica

CASO CLÍNICO

Adolescente de 15 años que acude a urgencias por dolor abdominal.

Clínica: dolor intenso y súbito en hemiabdomen izquierdo.

EF: Mal estado general, postración, importante cortejo vegetativo acompañante (palidez, sudoración, taquicardia , HipoTA. Abdomen con defensa y empastamiento en FID, ausencia de RHA

PPCC:

***Analítica sanguínea:** acidosis metabólica, hiperlactacidemia, hiperglucemia e hipok.

***TAC abdominal:** estómago de retención con distensión de asas de intestino delgado.

Tto: Preciso expansión con SSF por la hipoTA, sueroterapia con K y analgesia

Evolución: ingreso control dolor, mejoría 24 horas → ALTA a las 48 horas

Previamente había tenido 2 cuadros similares

1º consulta	2º consulta (2 meses antes del 3º episodio)
A los 12 años... Clínica: similar pero menos intensa y duradera PPCC: *AS: acidosis metabólica, hiperlactacidemia, hipok. *Rx abdomen y tórax: normal Tto: Expansión con SSF+ sueroterapia con K Evolución mejoría en 2 horas : ALTA	A los 15 años... Clínica: dolor abdomen más intenso, cortejo vegetativo, hipoTA... PPCC: *AS: acidosis metabólica, hiperlactacidemia, hipok. *ECO y TAC abdominal: distensión gástrica, fosa iliaca izquierda con paredes <u>engrosadas sugestivas de enteritis aguda</u> y abundante líquido libre. Tto: sueroterapia con K+ analgesia IV Evolución: mejoría en 24 horas ingreso: ALTA

Diagnóstico diferencial

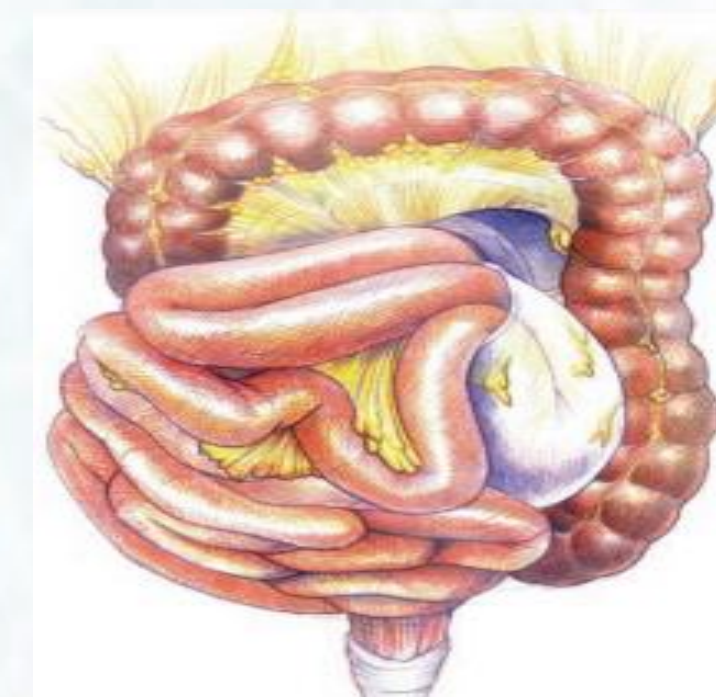
- **Tumores neuroendocrinos:** porfirinas orina, péptido VIP, gastrina normal.
- **EII con segmento estenótico:**(aunque menos probable por cuadros cólicos muy recortados) calprotectina fecal negativa, TAC abdominal normal, enteroRMN .
- **Invaginación intestinal 2ª divertículo Meckel:** gammagrafía: no mucosa ectópica, captación en la zona de dolor (sugere de isquemia), pendiente Spect-TAC.
- **Malformación congénita:** tránsito intestinal (TGI): normal.

A pesar de la normalidad del TGI la sospecha de malformación obstructiva era **alta**



Valoración por cirugía

Sospecha de causa obstructiva con isquemia no evidencia en las PPCC:
Laparotomía exploradora



Defecto herniario paraduodenal izquierdo
Introducción de asas del yeyuno

CONCLUSIÓN

- Ante clínica sugerente de obstrucción intestinal, la etiología más frecuente es la presencia de alguna alteración anatómica.
- El diagnóstico puede ser difícil precisando en muchos casos la realización de laparotomía exploradora para identificar el origen.
- La rareza del caso presentando es lo infrecuente del diagnóstico en la adolescencia de una hernia congénita.