TEMAS PRÁCTICOS EN PEDIATRÍA

Dr. Fernando Tomé Abarca.

DOLOR ABDOMINAL AGUDO

Es uno de los síntomas más comunes durante la infancia y el síntoma principal de un gran número de enfermedades. Algunas de ellas son más comunes que la apendicitis; pero en niños no es fácil descartar esta entidad.

A.—Las causas fundamentales de 1 amayoría de los cuadros de dolor abdominal son:

1. Espasmo de musculatura lisa (tracto gastro-intestinal, vías biliares o genitourinarias).
2. Irritación peritoneal.

B.—Plan de investigación.

La evolución de un paciente con dolor abdominal implica el conocimiento de todas las posibles causas, además de la investigación de ciertos síntomas, signos y exámenes de laboratorio.

1. Forma de inicio: súbito, gradual, antes o después de vómito.
2. Carácter: continuo, remitente, intermitente o variable.
3. Localización y duración.
4. Características y número de las deposiciones.
5. Evidencia de toxicidad: fiebre, anorexia, palidez, deshidratación, facies tóxica.
6. Presencia de vómito y sus características.
7. Historia de frecuencia urinaria, potaquiuria, disuria.
8. Distensión abdominal, visceromegalia o presencia de masas.

* Jefe del Departamento de Pediatría del Hospital Materno-Infantil y de la Facultad de Ciencias Médicas.

9. Peristaltismo: normal, ausente, hiperactivo.
10. Sensibilidad: local, referida, rebote.
11. Espasmo muscular: local, generalizado.
12. Prueba de psoas.
13. Reflejo tusígeno.
14. Examen rectal: sensibilidad, masas, presencia de heces retenidas de consistencia dura.
15. Hemograma completo y examen de orina.
16. Radiografía de abdomen: distensión de asas intestinales, niveles líquidos, aumento de densidad de las partes blandas, apendicolitos, neumonía.
17. Cuando después de un examen satisfactorio y un período de observación adecuado se considera que el paciente no amerita ingreso, el paciente debe ser evaluado por el cirujano.

APENDICITIS

A.—Bases para el diagnóstico:

1. Dolor abdominal	100%
2. Vómito	80 %
3. Sensibilidad	100%
4. Espasmo muscular	90 %
5. Hipoperistaltismo.	
6. Sensibilidad rectal.	
7. Induración, masa o sensibilidad rectal.	
8. Fiebre usualmente moderada.	
9. Signo de rebote: local o referido.	
10. Leucocitosis y neutrofilia.	

B.—Secuencia clásica de los eventos: Dolor periumbilical, fosa ilíaca derecha, vómito.

C.—El diagnóstico de apendicitis no siempre es de certeza, ya que son varias las enfermedades que pueden simular dicho cuadro y en algunas ocasiones es necesaria la laparotomía exploradora en vez de seguir una conducta de expectación.

D.—Una impresión falsa negativa puede resultar cuando:

1. La apendicitis coincide o aparece inmediatamente después de un ataque de enterocolitis.
2. En la apendicitis retrocesal en la cual, aunque puede presentarse sensibilidad local, hay ausencia de espasmo muscular y signo de rebote.
3. Hay disminución temporal de los síntomas y signos cuando se desarrolla gangrena.

E.—Cuando el examen es insatisfactorio debido a la falta de cooperación del paciente, es necesario dar sedación por vía rectal o I. muscular.

F.—Diagnósticos diferenciales:

Enteritis.	Intoxicación por plomo.
Adenitis mesentérica.	Fiebre reumática.
Divertículo de Meckel.	Drepanocitosis.
Cálculo ureteral.	Colecistitis o Colelitiasis.
Diabetes.	Absceso del Psoas.
Constipación.	Hepatitis.
Pielitis.	Colitis amebiana.
Neumonía.	

G.—Indicaciones:

1. El ingreso deberá ser autorizado por el Cirujano de guardia.
2. Historia y examen físico completo, hemograma y examen de orina.
3. Ordenar o administrar medicación preanestésica, omitiendo atropina cuando el paciente tiene fiebre alta.
4. Iniciar líquidos intravenosos.
5. Ingresar para apendicectomía, previa radiografía de tórax y abdomen.

6. Colocar sonda nasogástrica si el paciente tiene vómito.
7. Iniciar antibióticos por vía intravenosa si se sospecha perforación y peritonitis.

DIVERTICULO DE MECKEL SANGRANTE

A.—Síntomas:

1. Evacuación súbita y espontánea por vía rectal de sangre roja rutilante, usualmente en los primeros 2 años de vida.
2. Palidez marcada.
3. Abdomen normal a la palpación.

B.—Diagnóstico diferencial:

1. Úlcera duodenal sangrante.
2. Pólipo rectal.
3. Hemangiona.
4. Discracia sanguínea.
5. Duplicación intestinal.
6. Invaginación.

C.—Tratamiento:

1. Hemograma de urgencia.
2. Típeaje y pruebas cruzadas.
3. Radiografía simple de abdomen.
4. Presentación al cirujano.
5. Medicación preanestésica.
6. Ingresar para Laparotomía.