

# *Ateneo Central*

*25/06/2013*

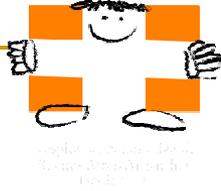
*“Siempre que vomitó... paró”*



*Servicio de Cirugía Pediátrica*

Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

# LD (HC 304534)



- 8 años 8 meses. (FN 09/09/04)

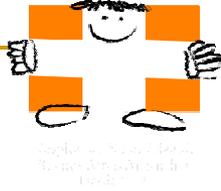
- FI 13/05/13

- **MC:**

*Vómitos incoercibles de 24hs. de evolución.*

---

# LD – Antecedentes de enfermedad actual



- **Vómitos** intermitentes de **2 meses** de evolución siendo incoercibles en las 24hs. previas a la consulta.

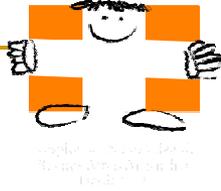
## *Internaciones:*

- 07/04 – 13/04 - Htal. Argerich por intolerancia a la VO.
- 27/04 – 06/05 – Htal. Rivadavia

Ecografía abdominal, TAC cerebro y abdomen, SEGD y FO normales.

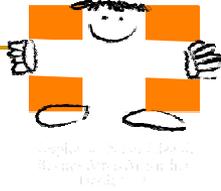
---

# LD – Antecedentes personales



- NT/PAEG
  - LME hasta 7mo mes de vida.
  - Buen progreso de peso.
  - Vacunas completas.
  - Dos internaciones por GAE (Rotavirus).
    - 8meses y 4 años.
  - Varicela a los 7 años
  - Marzo/2013 se muda a nuestro país.
-

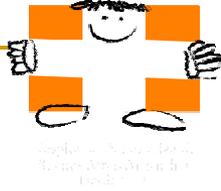
# LD – Antecedentes de enfermedad actual



## *Exámen físico de ingreso:*

- Deshidratación moderada (7%).
  - Peso: 23, 200 kg (pc 3-10)
  - Abdomen blando, depresible, leve **epigastralgia** que aumenta a la palpación profunda, RHA+, transito conservado.
  - Faringe eritematosa.
-

# LD – Antecedentes de enfermedad actual



Se decide internación...

## ■ *Diagnósticos:*

- Faringitis
- Vómitos incoercibles
- Deshidratación moderada

## ■ *Tatamiento:*

- PHP – Ayuno – Metoclopramida - Omeprazol
-

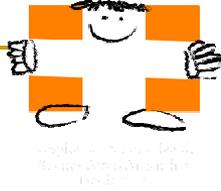
## *Laboratorio al ingresso:*

- HMG: 11.000/12/38,2/540.000
  - EAB: 7,5/25,6/61/21/0,6/95% 142/3,9/112
-

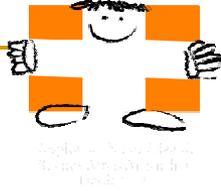
## *Avancemos en el estudio...*

- Exámenes complementarios???
  - Interconsultas???
  - Resto del laboratorio dentro de parámetros normales.
  - Ecografía abdominal s/p.
-

# LD – Intervinieron los servicios de...



- Pediatría
  - Gastroenterología
  - Cirugía
  - Salud mental
  - Cardiología
  - Neurología
  - Cuidados paliativos
  - Endocrinología
  - Infectología
  - Nutrición
  - Servicio social
  - Diagnóstico por imágenes
-



**VEDA** (16/05/13):

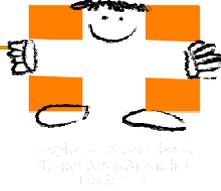
- *Estómago*: Mucosa con aspecto de empedrado severo q compromete parte del cuerpo, antro y curvatura menor.(Bx)
- *Duodeno*: Bulbo duodenal empedrado; duodeno con pliegues engrosados, edematizados con exudado blanquecino en placas milimétricas diseminadas sobre mucosa. Lesiones violáceas aisladas (erosión??)
- Se coloca sonda transpilórica para alimentación.

Dx: *Gastropatía crónica/ Duodenitis.*

---

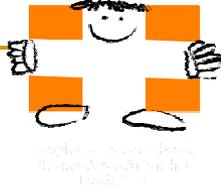
AP prot nº 55338: *Proceso inflamatorio crónico por HP.*

- Se inicia tratamiento para H. Pylori con...
    - Ampicilina 100 mg/k/d
    - Claritromicina 15 mg/k/d
    - Metronidazol 30 mg/k/d.
  
  - Inicia alimentación por sonda transpilórica con LEV (200 ml x 4) (24 hs.)
-



## VEDA (28/05/13):

- *Estómago*: Laceración en la unión del cardias con el techo gástrico (Mallory Weiss). Nodularidad de la mucosa en su totalidad.
  - *Duodeno*: Pliegues edematizados con lesiones blanquecinas puntiformes diseminadas sobre 2da y 3era porción de duodeno.
  - Colonoscopia s/p.
  - Se recoloca sonda transpilórica para alimentación.
  - AP prot n° 55277: *Proceso inflamatorio crónico por HP.*
-



## VEDA (28/05/13):

- *Estómago*: Laceración en la unión del cardias con el techo gástrico (Mallory Weiss). Nodularidad de la mucosa en su totalidad.
  - *Duodeno*: Pliegues edematizados con lesiones blanquecinas puntiformes diseminadas sobre 2da y 3era porción de duodeno.
  - Colonoscopia s/p.
  - Se recoloca sonda transpilórica para alimentación.
  - AP prot n° 55277: *Proceso inflamatorio crónico por HP.*
-



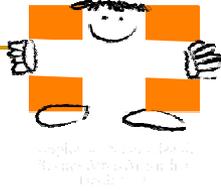
Hospital de Niños Elizardo  
Buenos Aires, Argentina  
Desde 1779





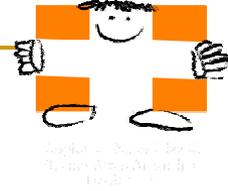
Hospital de Niños Elizardo  
Buenos Aires, Argentina  
Desde 1779





## Durante la internación...

- Presentó tolerancia a la vía oral intermitente y parcial.
- En ateneo multidisciplinario se plantea el Síndrome de Wilkie (Sme de compas aortomesenterico) como diagnostico probable...
  - Se indica dieta fraccionada y en decúbito ventral con parcial respuesta.



## TAC de abdomen y pelvis con y sin contraste:

Se evidencia engrosamiento de la pared gástrica de 13mm con pliegues engrosados. Se observa a nivel del flanco izquierdo y en posición anterior al colon descendente (el cual se evidencia comprimido), grupo de asas intestinales delgadas dilatadas con contenido líquido. Se sugiere descartar hernia interna trasmesentérica.

Resto sp.

---

R



150mm

R

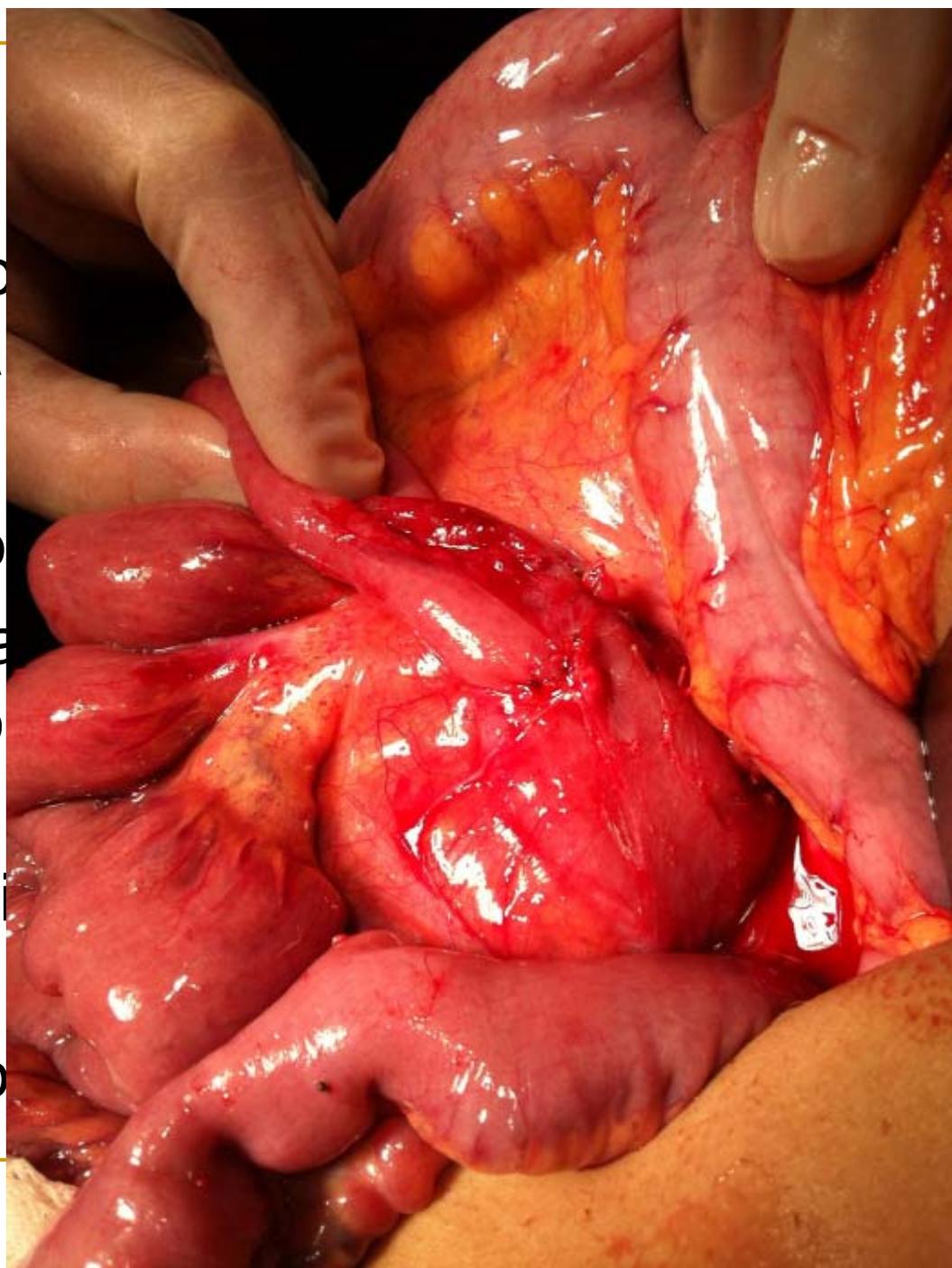


150m

# LD

En ateneo  
quirúrgica

- Laparoto
- Maniobra  
4ta porció  
de Treitz.
- Se movili
- inferior al
- No se ob

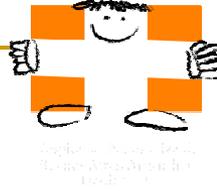


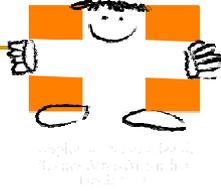
ducta

ente 3ra y  
ligamento

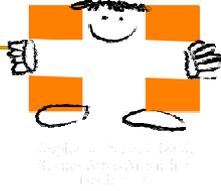
edando

ntestino.





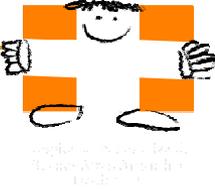
- La paciente cursó POP con buena evolución.
  - Realimentación al 6to. día POP.
  - Buen manejo del dolor.
  - Egreso hospitalario a los 14 días POP
  - Actualmente en control ambulatorio.
  - Pendiente SEGD control.
-



# *Sindrome de Wilkie*

*Superior Mesenteric Artery Syndrome in Children:  
A 20-Year Experience*

*Biank, Vincent MD; Werlin, Steven MD (2006)*



# Síndrome de Wilkie

- Estudio retrospectivo
  - Wisconsin 1985-2005
  - 22 casos (64% mujeres).
  - **Objetivo:**
    - Describir y analizar las características clínicas, las formas de diagnóstico y los resultados del tratamiento y determinar el impacto de los avances de los suplementos nutricionales que tuvieron en el manejo de esta patología (NPT).
-

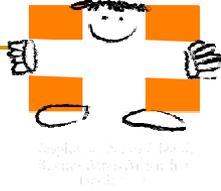
# Síndrome de Wilkie

Síndrome de presentación aguda con *signos y síntomas de obstrucción intestinal alta* (no es necesaria la pérdida de peso).

---

Presenting symptom	Number of individuals, % (n = 22)
Abdominal pain	13 (59%)
Vomiting	11 (50%)
Nausea	9 (40%)
Early satiety	7 (32%)
Anorexia	4 (18%)

---



# Síndrome de Wilkie

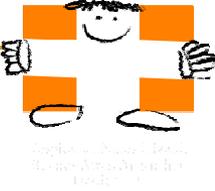
## ■ Método diagnóstico:

- ❑ SEG D 82%
- ❑ TAC 9%
- ❑ Laparotomía 9%
- ❑ Paciente operado luego de la falla en el tto médico 1%

## ■ Tratamiento

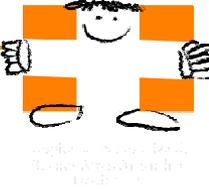
- ❑ Médico
- ❑ Quirúrgico: sólo los que no responden al tto médico.





# Síndrome de Wilkie

- Forma inusual de oclusión del tracto GI superior.
  - Se cree que es debido a la pérdida de la grasa periduodenal.
  - Se describió Von Rokitsanski 1842
  - Wilkie en 1927 lo caracterizó en una serie de 75 pacientes.
-

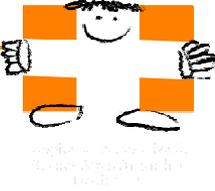


# Syndrom de Wilkie

---

Premorbid condition	Number of individuals, % (n = 22)
Nissen fundoplication	9 (41%)
Cerebral palsy	8 (36%)
Traumatic brain injury	4 (18%)
Posterior spinal fusion	3 (14%)

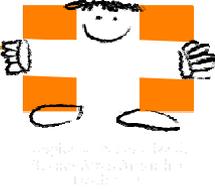
---



# Síndrome de Wilkie

## ■ Tratamiento

- ❑ *Agudo*: descompresión gástrica, manejo del medio interno y soporte nutricional.
- ❑ Una vez estabilizado... dieta hipercalórica y fraccionada vía oral, cambios en la posición al alimentarse (decúbito lateral derecho, rodillas al pecho).
- ❑ Sonda nasoyeyunal para alimentación enteral continua.
- ❑ NPT sólo cuando la enteral no alcanza.



---

Muchas Gracias por no  
dormirse!

Servicio de Cirugía

---