



UNA APENDICITIS DIFERENTE A TODAS

Servicio de Cirugía
2021



M.M

Masculino, 5 años

Previamente sano

Consulta por cuadro de abdomen agudo

Apendicectomía típica → Anatomía patológica: Apendicitis aguda

Egreso hospitalario a las 48 hs

5° día postoperatorio

Vómitos gástricos + dolor abdominal

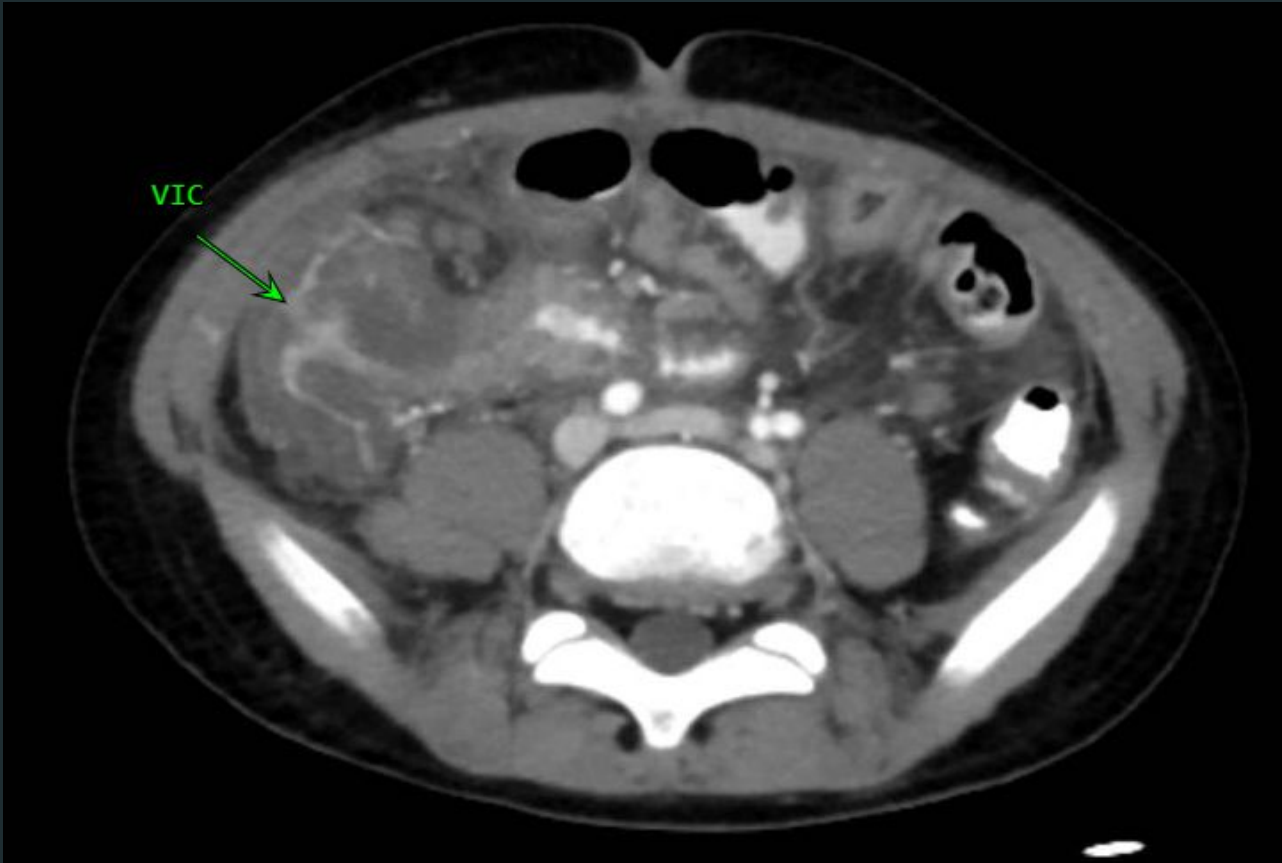
EF: Abdomen doloroso difuso con defensa en FID

Laboratorio: **GB 13000** (84 n) **PCR 121**

Ecografía abdominal

Fosa ilíaca derecha: Colección heterogénea de 60 x 30 mm

Líquido a nivel subhepático y en espacio retrovesical



2º Cirugía

CECOSTOMIA Y
OMENTECTOMIA POR
PERFORACIÓN CECAL

48 HS

MAL ESTADO GENERAL

Pasa a UTI

- Oliguria
- Anemia
- Plaquetopenia
- Hipoalbuminemia
- Coagulopatía

- ARM
- MERO-VANCO
- FUROSEMIDA
- ADRENALINA
- VIT K

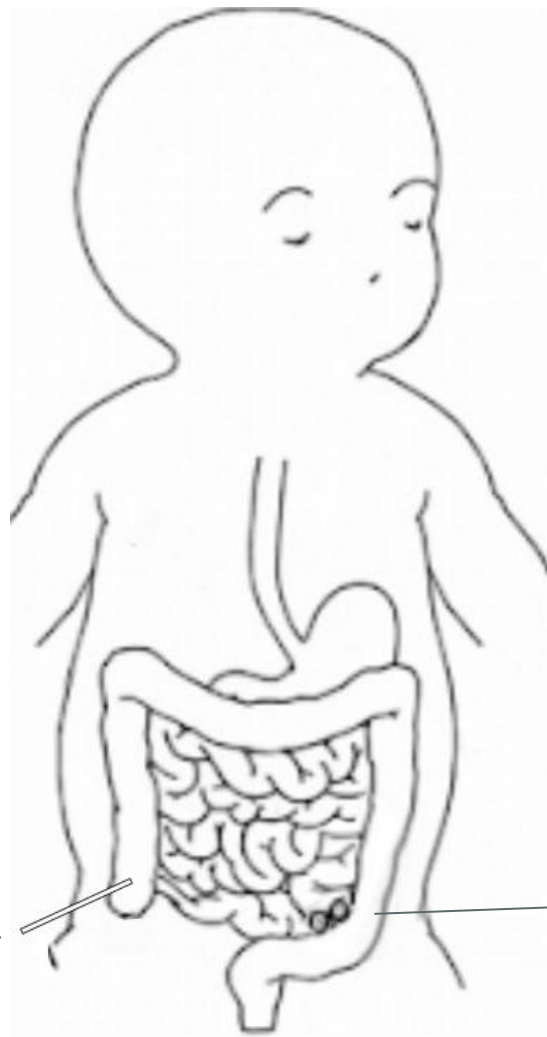
PCR COVID NEGATIVO



3^o Cirugía

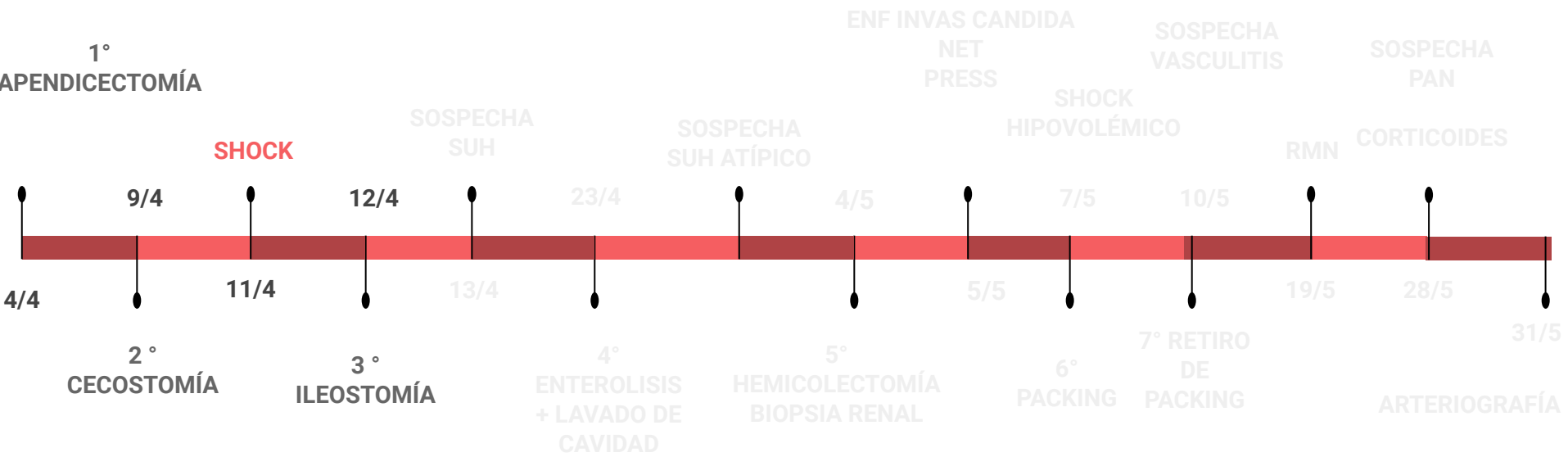
ILEOSTOMÍA

DRENAJE ABDOMINAL



CECOSTOMÍA

ILEOSTOMÍA



Evolución

- HTA
- Anuria → **HEMODIÁLISIS**
- Plaquetopenia

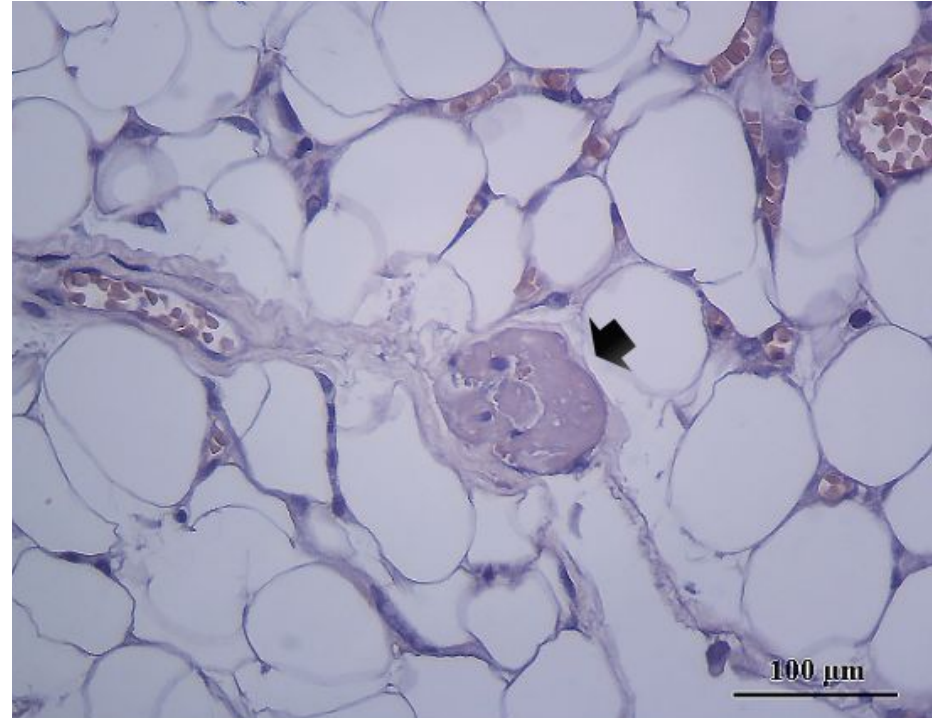
Frotis:

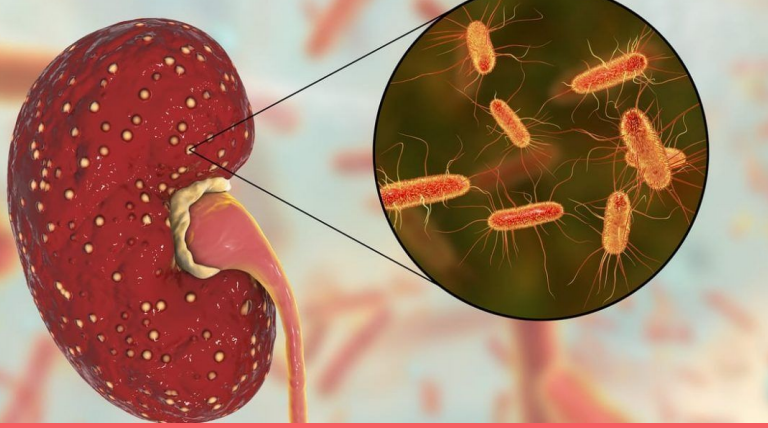
- Macroplaquetas
- Esquistocitos aislados
- Anemia microangiopática

Anatomía patológica

Epiplón (2º cirugía)

Microangiopatía trombótica





SOSPECHA DIAGNÓSTICA:
**SINDROME UREMICO
HEMOLITICO**



Evolución

- Alucinaciones
- Excitación

→ TAC encéfalo: dilatación IV ventrículo

Evolución - 10^o postoperatorio

- Abdomen doloroso difuso
- Pérdidas disminuidas por ostomía
- ECOGRAFÍA: Líquido libre



OCLUSIÓN INTESTINAL

4^o Cirugía

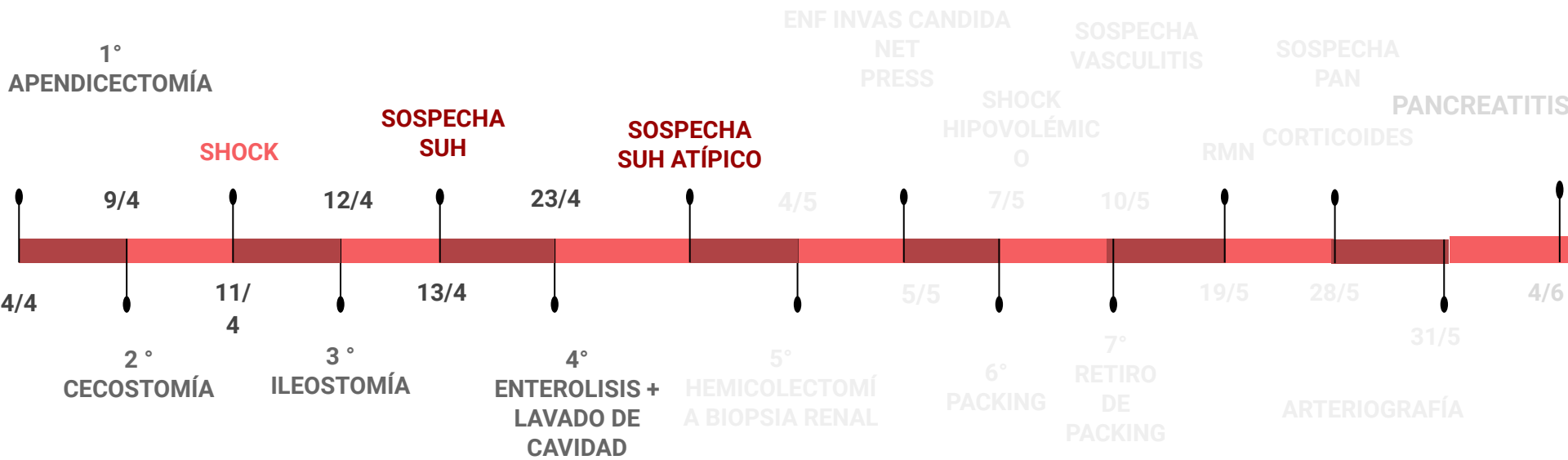


Evolución

- ANURIA
- Verotoxina: NEGATIVO

SOSPECHA DIAGNÓSTICA:
SUH ATÍPICO





Evolución

- Persistentemente febril
- Abdomen empastado en fosa iliaca derecha
- Ostromía vital no funcionando
- Ecografía: liquido libre

Contraste por cecostomía



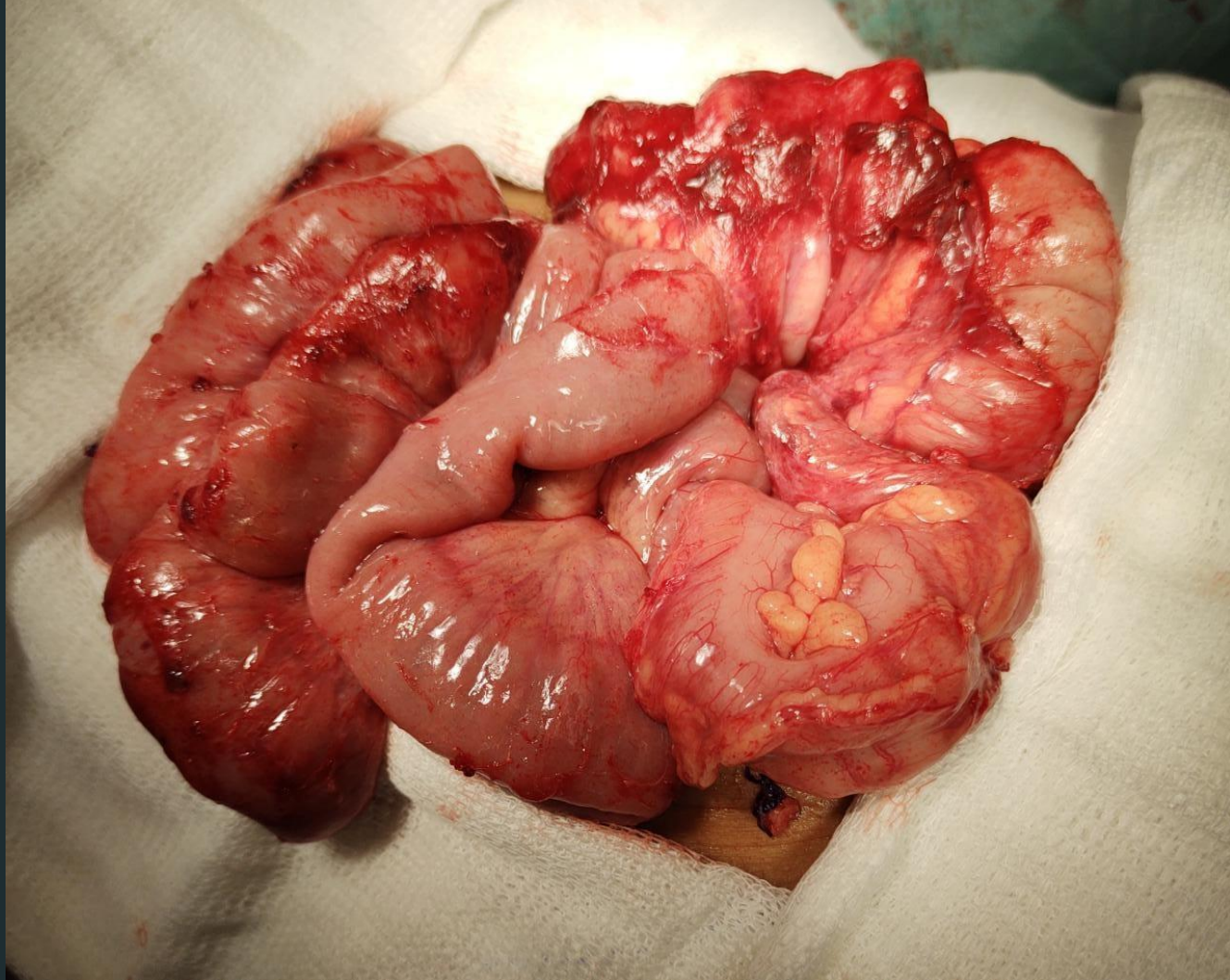
5^o Cirugía

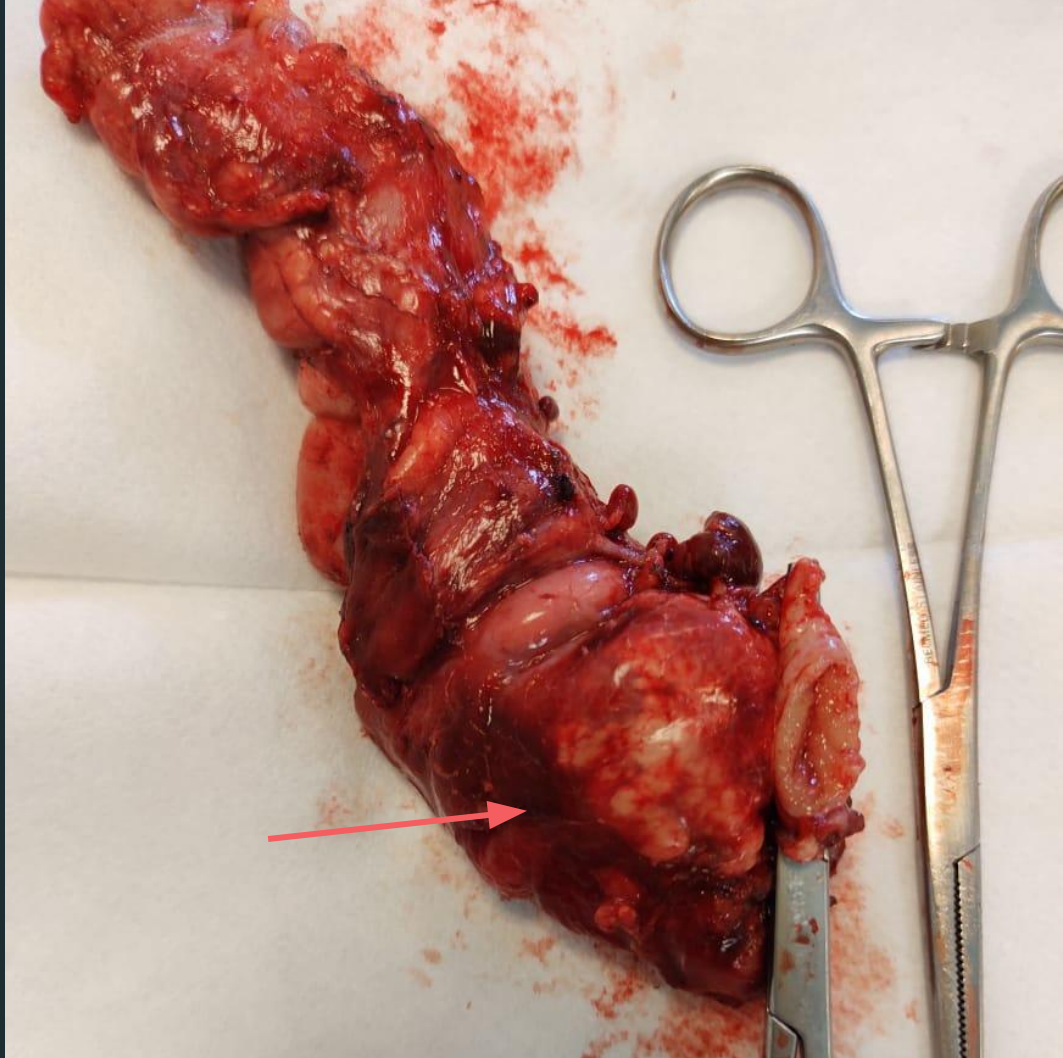
- HEMICOLECTOMÍA

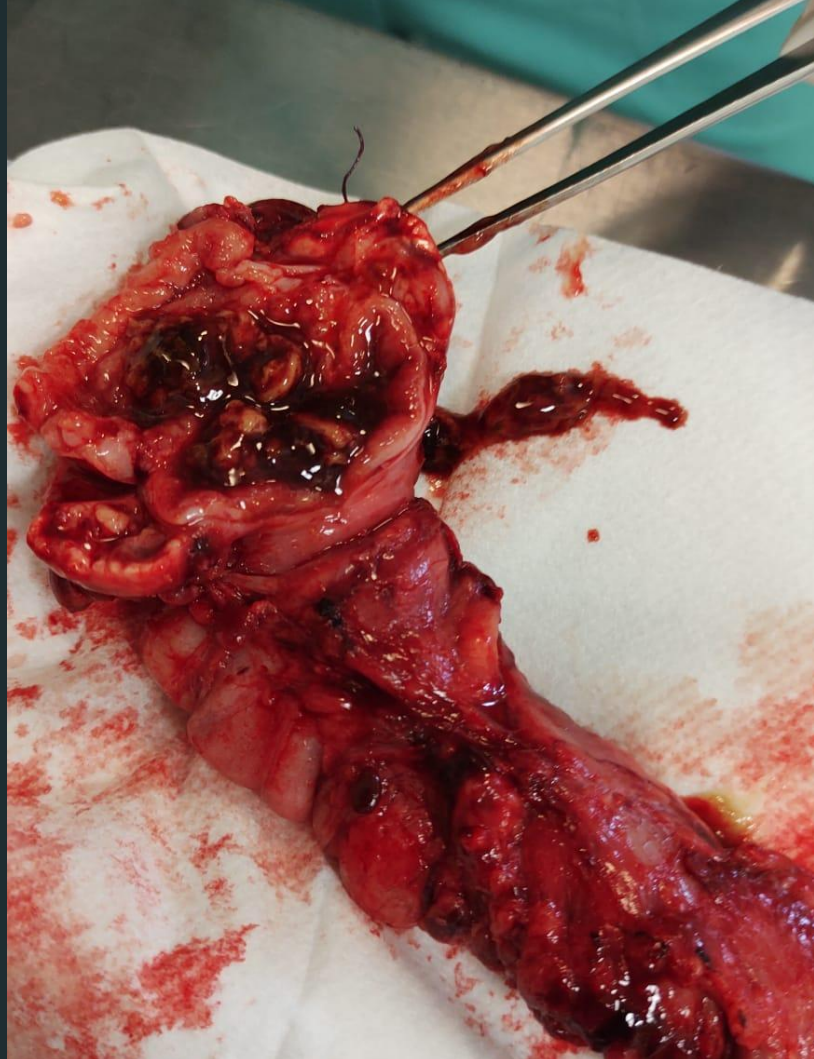
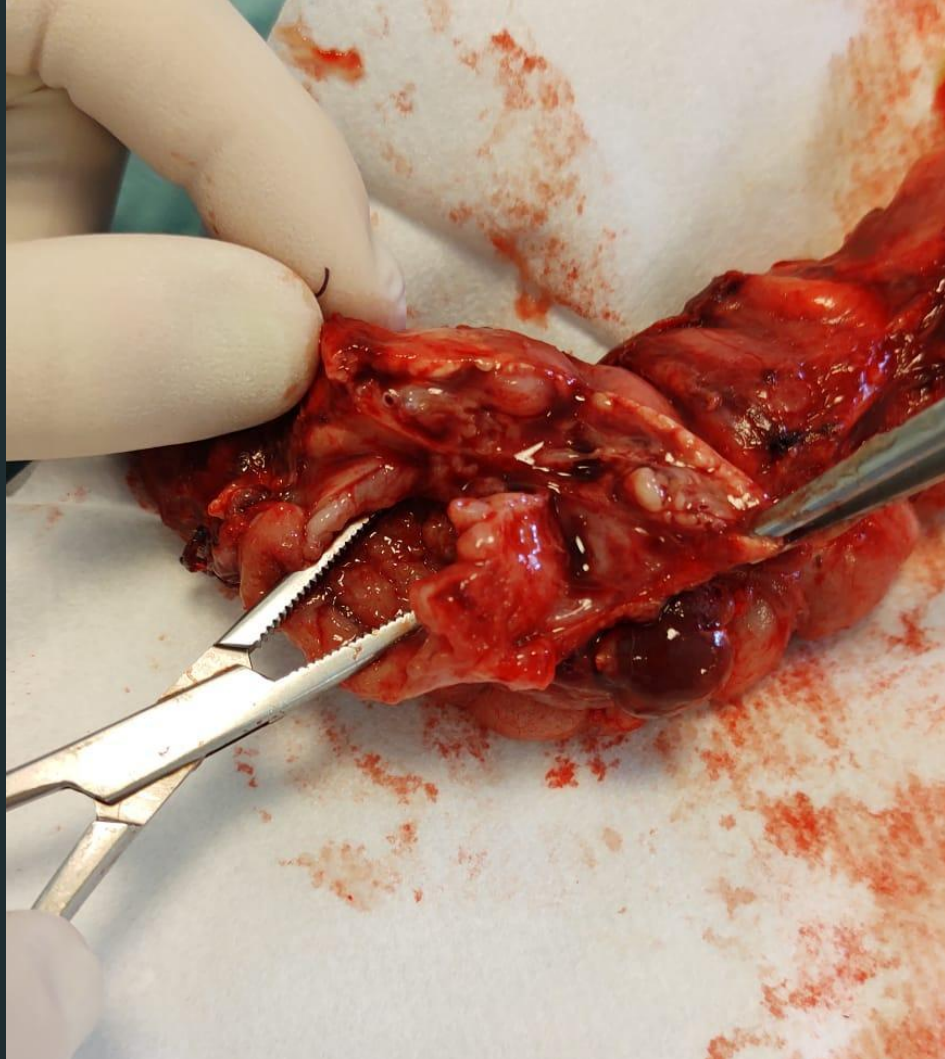
DERECHA

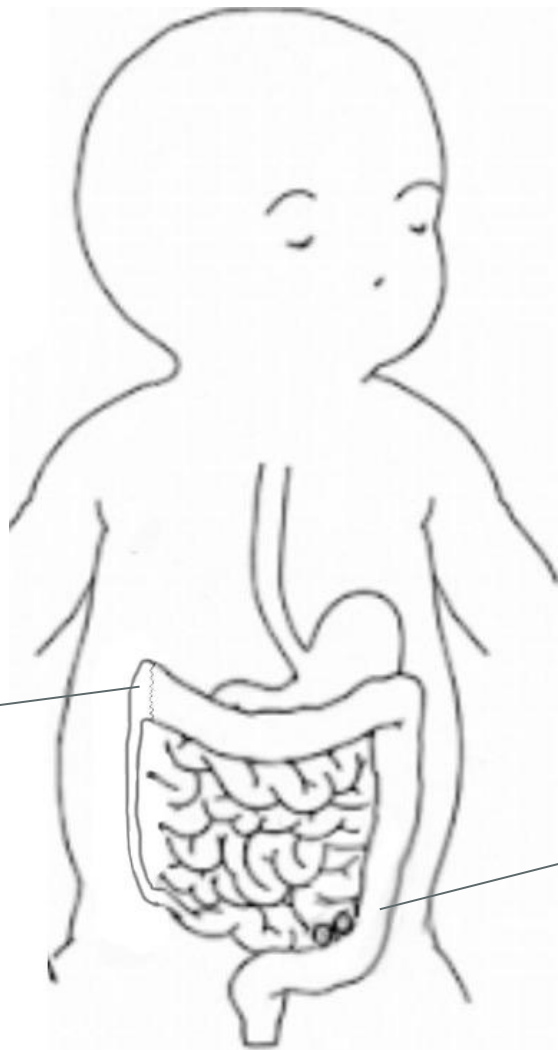
- BIOPSIA RENAL

DERECHA









ANASTOMOSIS
DISTAL

ILEOSTOMÍA
PROXIMAL

Evolución

- Recupera diuresis → Suspende hemodiálisis
- Trombo en VCI → Inicia heparina
- HTA + Delirio → TC ENCÉFALO



ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE

Evolución

- Subfebril → HMC, PC, Líquido peritoneal + **CANDIDA**



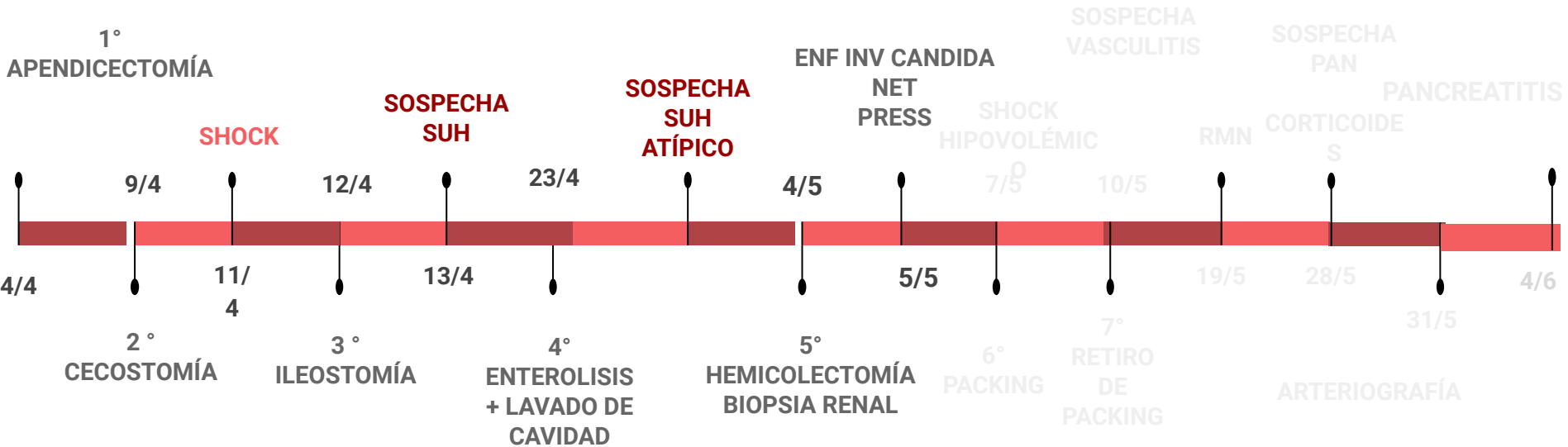
ENFERMEDAD INVASIVA POR CANDIDA

Evolución

- Rash maculopapular → Biopsia de piel



**NECROLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA
CANDIDA**



Evolución

- Febril
- Taquicardia
- Taquipnea
- Hipotensión
- Ostromía sin débito



Evolución

- Hb 4.1 Hto 11.9
- Eco abdominal: HEMOPERITONEO

TRANSFUSIÓN

GRD + PLASMA

SHOCK HIPOVOLÉMICO

6^o Cirugía

PACKING

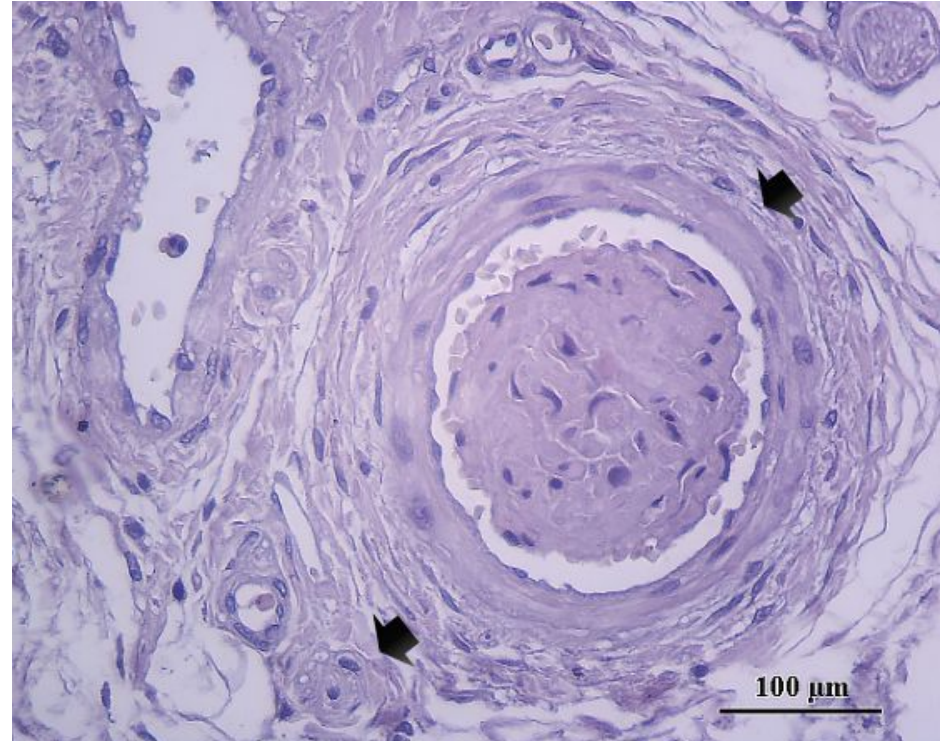
POR

HEMOPERITONEO



Anatomía patológica

- RIÑÓN:
GLOMERULOPATÍA PROLIFERATIVA MESANGIAL, CON AUSENCIA DE INMUNOCOMPLEJOS.
- COLON:
MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA QUE COMPROMETE ARTERIOLAS.



RECALCULANDO..

SUH atípico



Complemento normal

vs

Vasculitis

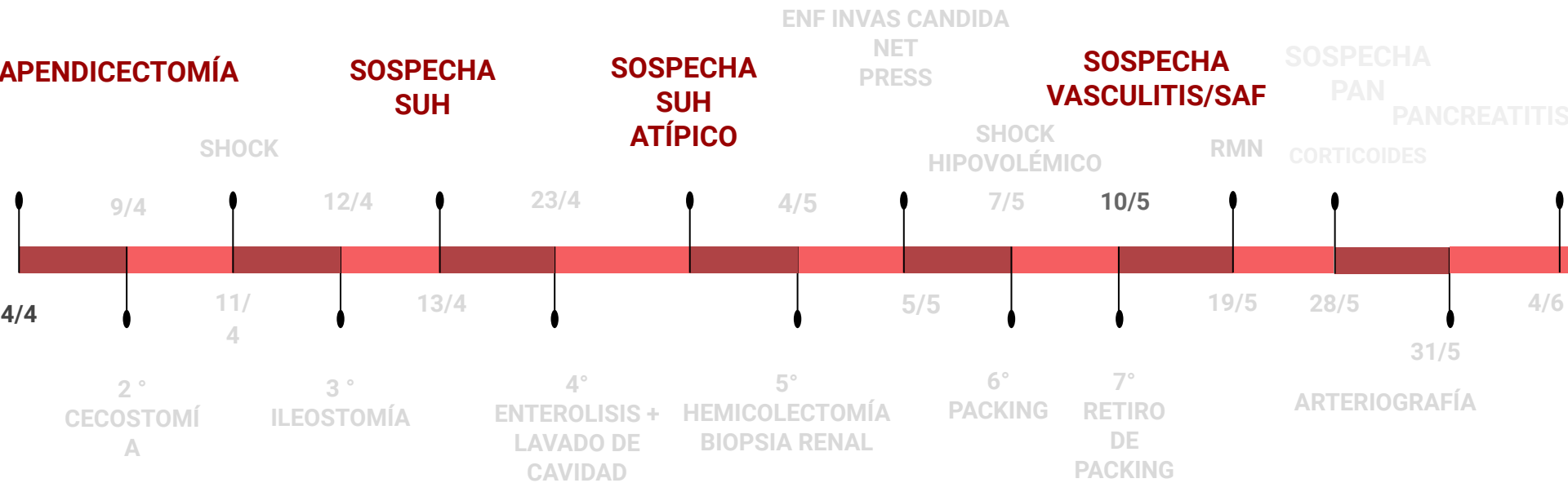


Perfil reumatologico normal

vs



Síndrome antifosfolipídico



7^o Cirugía

RETIRO DE

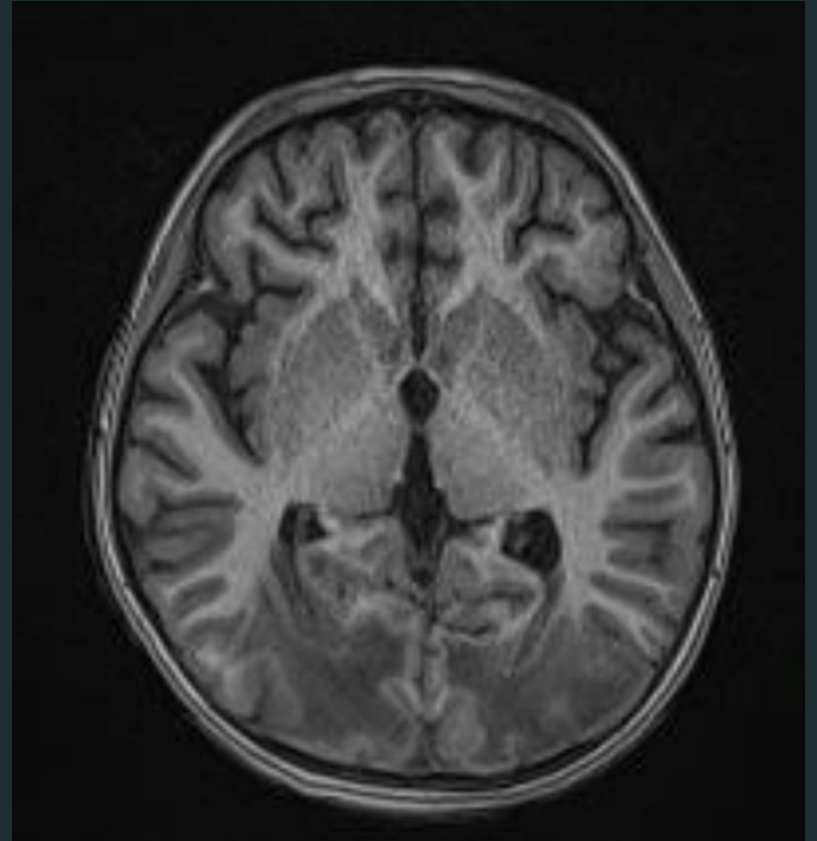
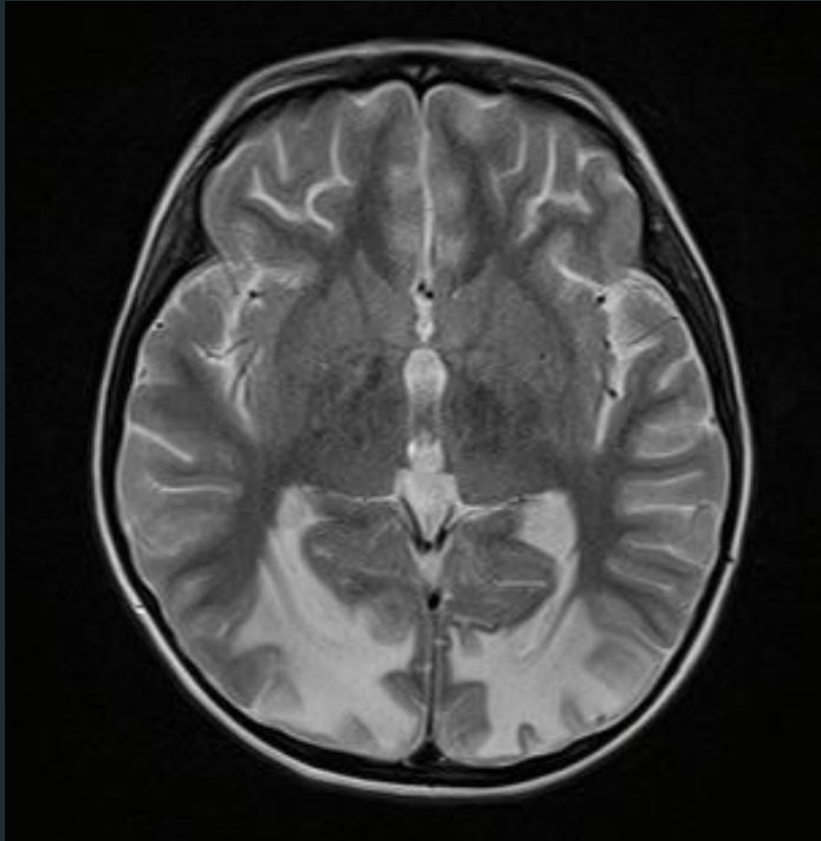
PACKING



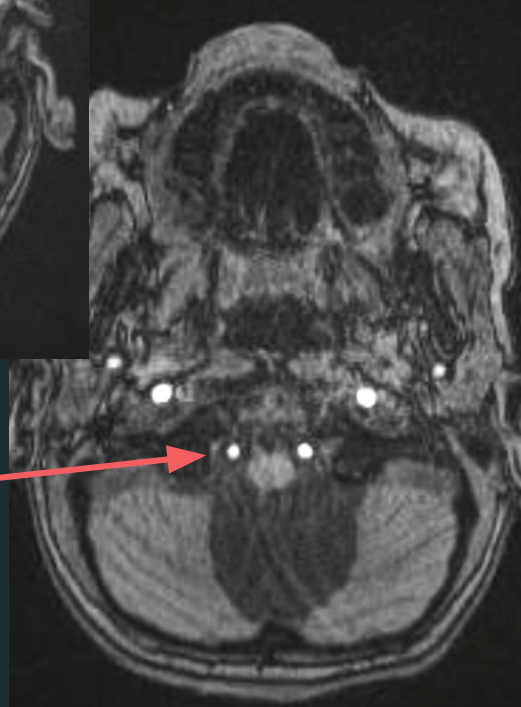
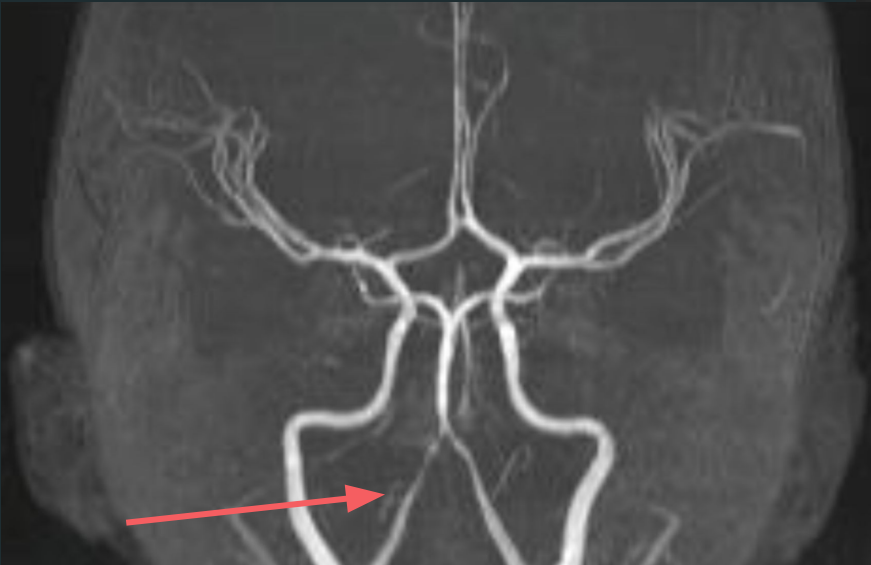
Evolución

- Se extuba al 2º día postoperatorio
- Nefrología → Pasaje de ECULIZUMAB
- Mejoría parcial de la tensión arterial
- Persisten alucinaciones → RMN

RMN



RMN

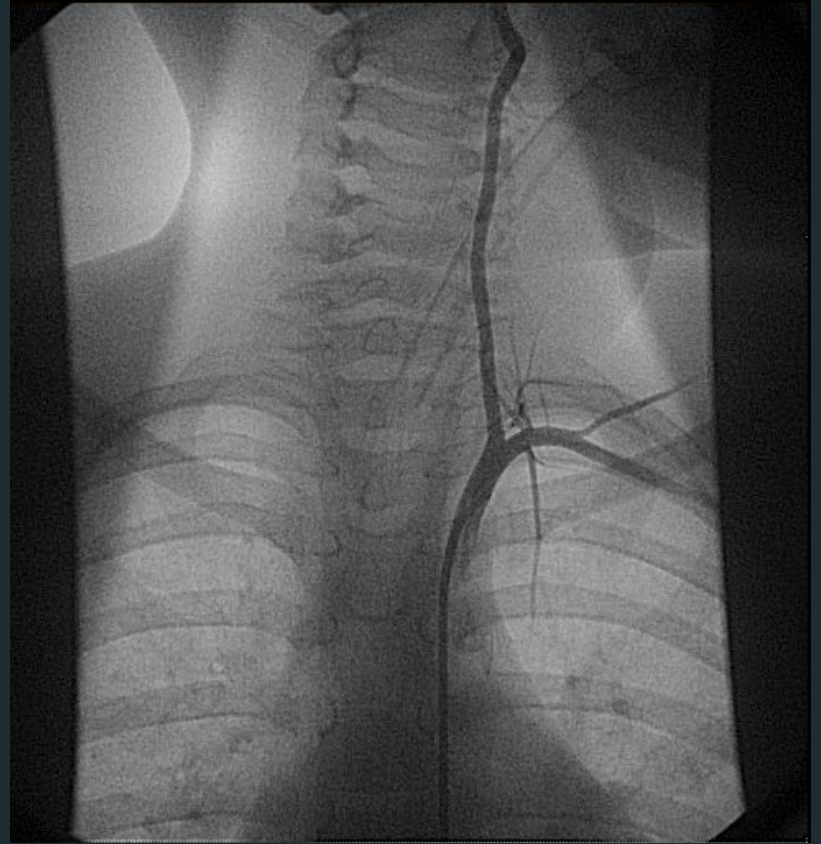
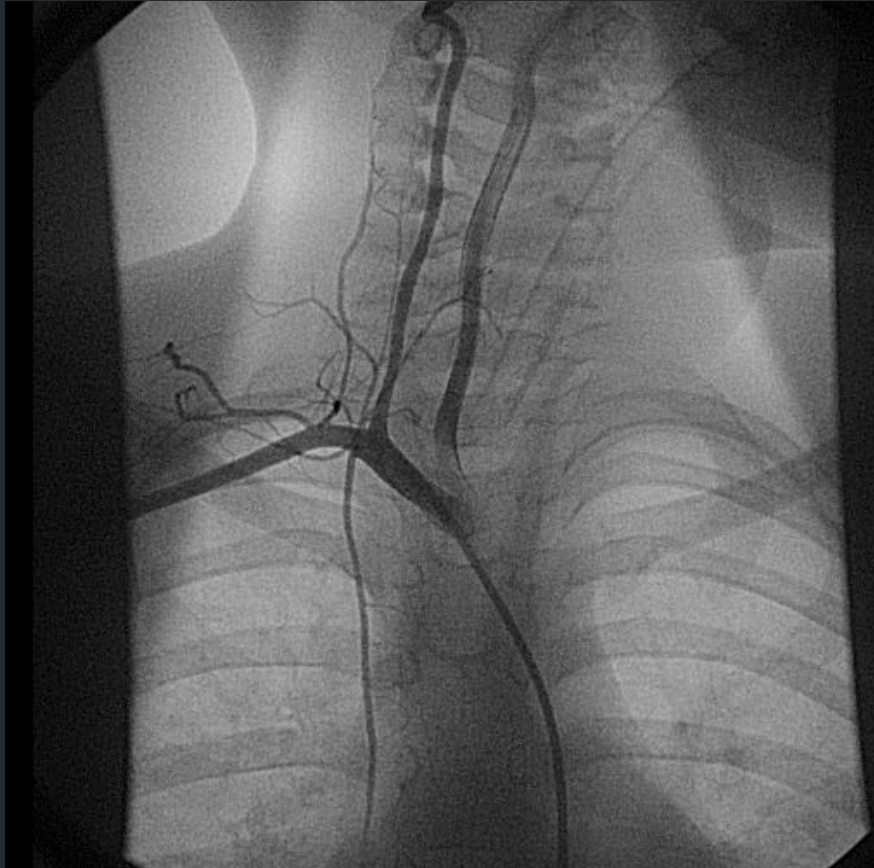




SOSPECHA DIAGNÓSTICA: PANARTERITIS NODOSA



Arteriografia



Evolución

SUSPENDE CORTICOTERAPIA

CITOGENÉTICO SUH ATÍPICO Y ADAMS 13

Evolución

INICIA TOLERANCIA A LÍQUIDOS

VÓMITOS BILIOSOS → SOSPECHA OCLUSIÓN INTESTINAL

LABORATORIO → **AMILASA 357 LIPASA 641**

ECOGRAFÍA MICROLITIASIS VESICULAR

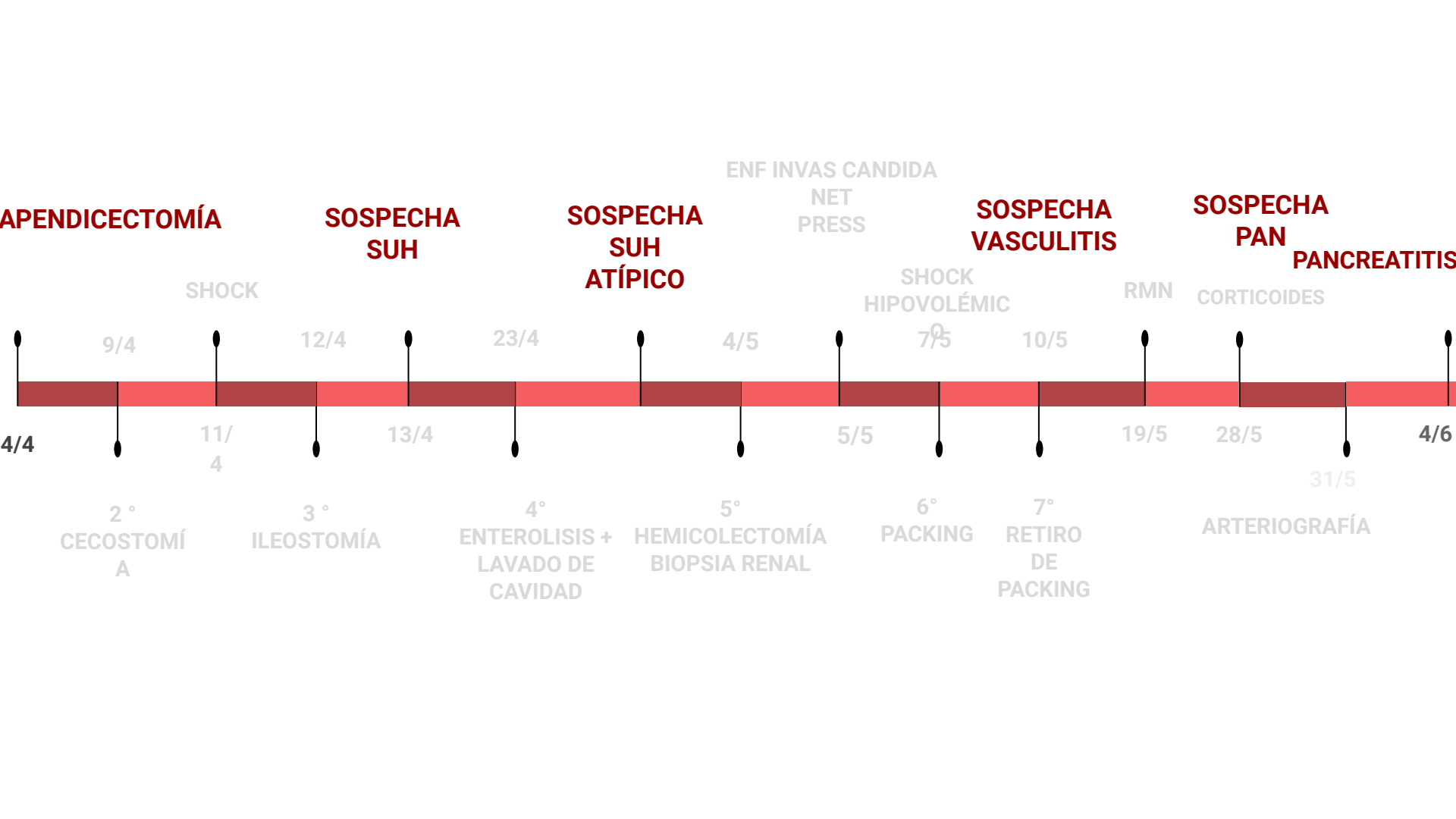
PANCREATITIS AGUDA BILIAR

Panarteritis nodosa (PAN)

Angiografía: aneurismas, **estenosis** u oclusión de arterias de pequeño o mediano calibre

+ 1:

- Afectación cutánea
- Mialgia o sensibilidad muscular.
- HTA
- **Afectación renal**
- Afectación TGI: **perforación intestinal**
- Neuropatía periférica
- Afectación isquémica cardíaca.



ACTUALMENTE

61 días de internación

29° postoperatorio de retiro de packing

Sin requerimiento de oxígeno

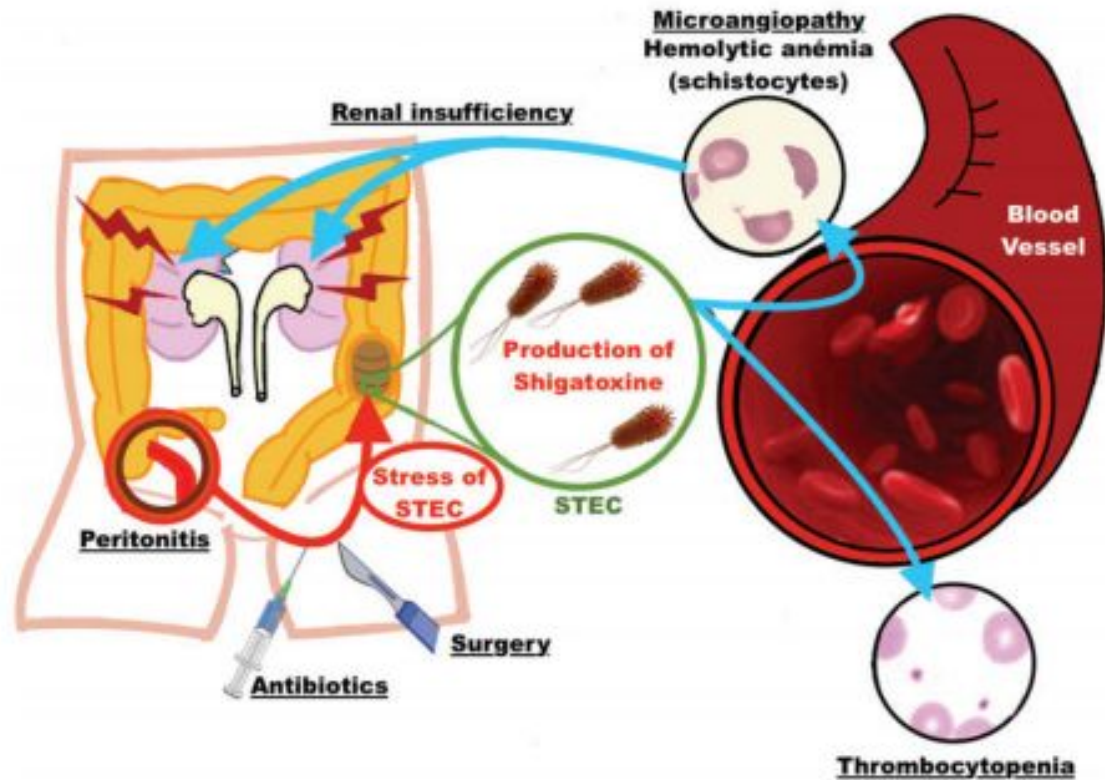
Vómitos gástricos

Tratamiento: ATB, ANTIHIPERTENSIVOS

¿Y AHORA QUÉ?







MUCHAS GRACIAS