

XXVI REUNIÓN **PAMPLONA** | 16 AL 18 DE JUNIO DE 2022

**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
URGENCIAS DE PEDIATRÍA**



**SUPERVIVENCIA SIN EVIDENCIA:
Aprendiendo para el futuro**

Póster con defensa:

No todo abdomen agudo pediátrico es apendicitis

Querol Laso, Edgar; Botifoll García, Eva; Guillen Morera, Cristina; Domènech Marce, Elisabet; Ripoll Trujillo, Noelia; Sánchez Pérez, Sílvia.

ALTHAIA – XARXA ASSISTENCIAL UNIVERSITÀRIA DE MANRESA

INTRODUCCIÓN: COLECISTITIS AGUDA



INCIDENCIA ≈ 0.2%



AUMENTO EN LOS
ÚLTIMOS AÑOS



MALFORMACIONES DEL
TRACTO BILIAR, FIBROSIS
QUÍSTICA, ENFERMEDAD
INFLAMATORIA INTESTINAL,
OBESIDAD, SÍNDROMES
HEMOLÍTICOS, GENÉTICA



MAYOR RIESGO DE
COMPLICACIONES:
PANCREATITIS



30-50% NO
PRESENTAN LITIASIS
BILIAR

RESUMEN DEL CASO



NIÑO 4a 4 DÍAS: **DOLOR ABDOMINAL** CÓLICO DIFUSO
SANO 24H: **VÓMITOS, FIEBRE** Y MEG

EXPLORACIÓN FÍSICA
EVOLUCIÓN



TEP: **ASPECTO ALTERADO. POSTRADO,**
DESHIDRATACIÓN MODERADA. ABDOMEN
DISTENDIDO SIN PERITONISMO. DOLOR A LA
PALPACIÓN EN HIPOCONDRIO DERECHO (HD),
HEPATOMEGALIA Y TUMORACIÓN EN HD.



2 VÍAS PERIFÉRICAS
+
CARGA DE VOLUMEN
+
PPCC

INICIO ABev:
PIPERACILINA-
TAZOBACTAM



COLECISTECTOMÍA
LAPAROSCÓPICA



UCI-P:
K. PNEUMONIAE
SENSIBLE A P-T
AP: CÁLCULOS
PIGMENTADOS



TRASLADO
CENTRO
REFERENCIA



ECOGRAFÍA:
COLECISTITIS
AGUDA?



ALTA A
LOS 5
DÍAS

LEUCOCITOSIS
ELEVACIÓN RFA
ACIDOSIS
METABÓLICA
TP ALARGADO
HEMOCULTIVO

CONCLUSIONES: COLECISTITIS AGUDA EN PEDIATRÍA



Aumento de la
incidencia



Tener en cuenta como
DD de abdomen
agudo



Investigar en dolor
abdominal + **vómitos**
y/o **fiebre**



Descartar **ictericia**, dolor en
HD o **epigastrio** y signo de
Murphy



Análisis: perfil hepático
(colestasis → **colangitis**) y
niveles de **amilasa**
(**pancreatitis**)



Casos **dudosos** o baja
sospecha: **laparoscopia**
diagnóstica y/o
colecistectomía según
gravedad