

## Enterocolitis necrotizante en lactante como complicación de una infección del tracto urinario

**Autores:** Galindo Doncel, Gema\* Reques Cosme, Resurrección\*; Gallego Fernández, Sara; Peramo Cegrí, Ana; Alfonso Martínez, Pepa; Martínez Armas, Alejandra\**Centros de trabajo:* \*; \*H.U. EL ESCORIAL. \*\*

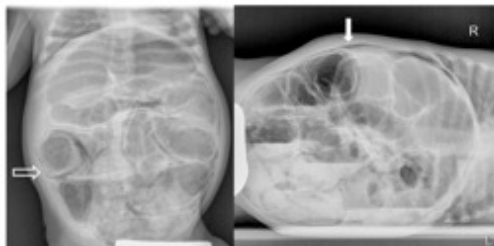
**Introducción y objetivo:** La enterocolitis necrotizante es un trastorno caracterizado por necrosis isquémica de la mucosa intestinal, que se asocia con inflamación severa, invasión de organismos formadores de gas entérico y disección de gas en la pared intestinal y el sistema venoso portal. Se acompaña de una alta mortalidad y se presenta de forma más importante en recién nacido de bajo peso y prematuros aunque se han visto casos de forma menos frecuente en lactantes a término.

**Resumen del caso:** Lactante varón de 44 días de vida que acude a urgencias por cuadro de 24 horas evolución de febrícula (37.8°C) que se acompaña de rinorrea y tos leve. No vómitos ni diarrea. No rechazo de alimentación. A la llegada al hospital presenta abdomen blando, distendido, impresiona molesto a la palpación, no se palpan masas ni organomegalias. Hernia umbilical

**Comentarios:** La enterocolitis necrotizante es una de las emergencias gastrointestinales más comunes en el recién nacido. **Más del 90% de los casos ocurren en bebés de muy bajo peso al nacer con menos de 32 semanas de gestación. Los lactantes nacidos a término que desarrollan NEC generalmente tienen una enfermedad preexistente, como una enfermedad cardíaca congénita o sepsis.** En general, el diagnóstico en la presencia de las características clínicas más características (distensión abdominal, vómitos) y el hallazgo en imágenes abdominales de gas intramural (neumatosis intestinal), neumoperitoneo o asas intestinales centinela. Es importante el reconocimiento temprano y el tratamiento agresivo para mejorar la morbimortalidad asociada.

### Pruebas complementarias

- Analítica con hemograma normal (no leucocitosis, Hb normal, predominio de linfocitos en la fórmula) con PCR de 1.13mg/dL y PCT negativa
- Muestra de orina mediante sondaje observándose 20-50 leucocitos/campo.
- En urocultivo se aíslan muestras de **E.coli** y **Enterococo**



Rx abdominal, donde se observa gas en peritoneo

### Tratamiento y evolución del caso

Ante el resultado del sedimento de orina se inicia empíricamente antibioterapia intravenosa con ampicilina y gentamicina. Buena evolución sin presentar fiebre desde el ingreso y con buena tolerancia oral. A las 48 horas de ingreso presenta empeoramiento clínico con distensión abdominal de forma brusca, dolor abdominal (quejido) y vómitos alimentarios. A la exploración se observa coloración pajiza de piel, quejido y el abdomen está distendido, doloroso, duro, con ruidos disminuidos. Se realiza radiografía de abdomen donde se observa distensión de la cámara gástrica y asas intestinales con signos de pneumatosis intestinal en asas localizadas en hipocondrio derecho y sospecha de gas portal sin presenta signos de neumoperitoneo. Se realiza analítica de control en la que no se observan signos de infección. Se administra oxigenoterapia, se coloca sonda nasogástrica, analgesia y sueroterapia iv y se traslada a UCIP de hospital de referencia. En hospital de referencia se realiza **TAC abdominal donde se observa distensión de asas con pneumatosis intestinal que afecta a asas de delgado, ileo y yeyuno.** No se visualiza gas en porta. Pequeñas burbujas de gas en ciego, arterias intestinales, hallazgos compatibles con **enterocolitis necrotizante avanzada en estadio 3.**