



CARRERA: MEDICINA HUMANA

MATERIA: CLINICA PEDIATRICA

VIVIANA EDITH ROJAS TORRES

7° SEMESTRE

FENÓMENOS FISIOLÓGICOS DEL APARATO DIGESTIVO

El feto ya es capaz de deglutir líquido amniótico a las 12 semanas de gestación, pero la succión con fines nutritivos del recién nacido se desarrolla hacia las 34 semanas de edad gestacional. Los movimientos faríngeos y orales coordinados necesarios para la deglución de alimentos sólidos se desarrollan durante los primeros meses de vida, primer mes de vida, los lactantes muestran preferencia por los alimentos dulces y salados. El interés del lactante por los sólidos aumenta hacia los 4 meses por lo cual la recomendación de iniciar los alimentos sólidos hacia los 6 meses está basada en conceptos nutricionales y culturales más que en la maduración del proceso de deglución.

Regurgitación, se debe al reflujo gastroesofágico, se observa con frecuencia en el primer año de vida la cual se resuelve de forma espontánea en el 80% de los niños a los 6 meses y en el 90% cuando tienen 12 meses; Sin embargo persiste la regurgitación, el reflujo gastroesofágico se considera patológico

Heces: meconio es un líquido viscoso, estéril, que representa la primera emisión de heces tras el parto en las primeras 48 horas de vida, lactancia, el meconio es sustituido por heces de transición de color pardo-verdoso que a menudo contienen fragmentos más sólidos; a los 4-5 días las heces son de carácter lechoso, de color marrón-amarillento, la deposición oscilar entre ninguna y 7 veces al día, heces tiene escasa importancia, excepto por la presencia de sangre o por la ausencia de bilirrubina (blanco, grisáceo).

frecuencia, en lactantes y niños pequeños se observa un abdomen protuberante, en especial tras comidas copiosas, la debilidad de la musculatura abdominal, órganos abdominales de tamaño relativamente grande y postura lordótica

Ictericia es frecuente en los recién nacidos, sobre todo en los prematuros, y habitualmente se debe a la incapacidad del hígado inmaduro para conjugar la bilirrubina o inducida por la lactancia materna, hiperbilirrubinemia directa es patológica y sugiere una hepatopatía, aunque en los lactantes puede ser el resultado de una infección extrahepática (infección del tracto urinario) si bien estos son algunos fenómenos fisiológicos también pueden haber síntomas que nos indiquen ciertas patologías del sistema gastrointestinal disfagia, regurgitación, anorexia, vomito, diarrea, estreñimiento, dolor abdominal, hemorragias (hematemesis o

melena), distensión abdominal o masas abdominales por lo cual continuación se plasma algunas patologías mas comunes en el recién nacido .

LABIO LEPORINO Y FISURA PALATINA

22-06-20
- completa
con espaldas
alboros

incidencia

RAZA Blanca
VAYONES
1/750 RNV



Manifestaciones

LABIO

mucosa
piel
muculo
diente
hueso

Clasifica

unilateral
bilateral
completo
incompleto

HIENDIDURA

línea
media

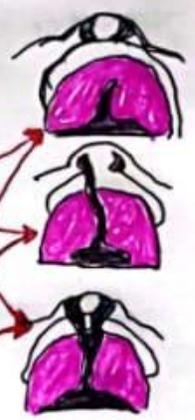
cula o
extenderix

Clasifica

bilateral
unilateral
media
completo
incompleto

Consecuencias

Otitis Media
hipoacusia
Disfunción
velofaríngea



Diagnostico

- al nacimiento
- imagen
ecografía
ultrasonido

Tratamiento

- equipo multidisciplinario
- oclusión quirúrgica
3 meses
Técnica Millard

Atresia Esofagica y Fistula traqueoesofagica

23-06-23.
Completo.
- Agregar VACTERL.

Definición

- Atresia (asociada o no)
- Fístula (unión o no)

Clinica

- hiper-eructación
- babeo
- Tos
- cianosis
- Dificultad Respiratoria

Diagnostico

- Clinica
- Dificultad Respiratoria precoz
- Incapacidad de pasar leche
- Neogástrico u Orogastrico

Tratamiento

- Atresia aislada de cirugía
- Atresia + FTE distal cirugía
- FTE tipo H cirugía

Incidencia

- 1,7/10.000 RN
- Mas comun Tipo C 77%
- 90% con FTE
- 30% no síndrome

Exacerbantes

- FTE
- Alimentación

Radiografía Ultrasonido

- ausencia burbuja fetal
- presencia polihidramnios
- sonda en espiral
- distensión gástrica por FTE
- AE exaranda y no tiene aire

Medidas Generales

- posición decubito prona
- aspiración
- antibióticos

Factores Riesgo

- edad avanzada de la madre
- fumar
- obesidad
- Síndrome VACTERL
- genética
- polihidramnios

Consecuencias

- Broncoaspiración
- Neumonitis
- Enfermedad Reactiva de las vías respiratorias

Esofagograma

- contraste a presión

Otras anomalias

- estenosis
- Membranas

1:25.000-50.000 RN

- membrana esofágica
- vestigios bronquiales
- vestigios fibro musculares

Hendiduras laringofaríngeas y traqueales

= 10-15% = 20%

- defecto faríngeo
- luz laríngea traqueal

clasifican 4 tipos

estridor cefálico cianosis

A



AE sola 8%

B



AE + FTE proximal 1%

C



AE + FTE distal 84%

D



AE + FTE proximal y distal 3%

E



FTE (forma H) 4%

Disfagia vómitos
B. Respiratorio
esofagograma cirugía

ERGE

28-08-23
- Agregar Fisiología

alteración en la relajación transitoria de EEI

ERGE fisiológico

ERGE patológico

Duración > 12 Meses

movimiento retro grado del contenido del esófago por el EEI

Lactantes

primeros meses hasta 12 meses función normal

Clinica

Síntomas

- regurgitación con o sin vómitos
- ruidos gástricos
- irritabilidad
- vumiación
- pirosis
- hematemesis
- disfagia/odinofagia
- sibilancias
- estridor
- Tos
- ranguera

Signos

- esofagitis
- estenosis esofágica
- esófago Barrett
- laringitis/farigitis
- esófago de Barrett
- neumonía recurrente
- anemia
- erosión dental
- Rechazo alimento
- Síndrome de disfagia
- Apnea
- Respiración apneica

Complicaciones

- esofagitis
- sintomatología bronco pulmonar/laringológica
- Apnea
- estridor
- laringitis
- disfonía

Diagnostico

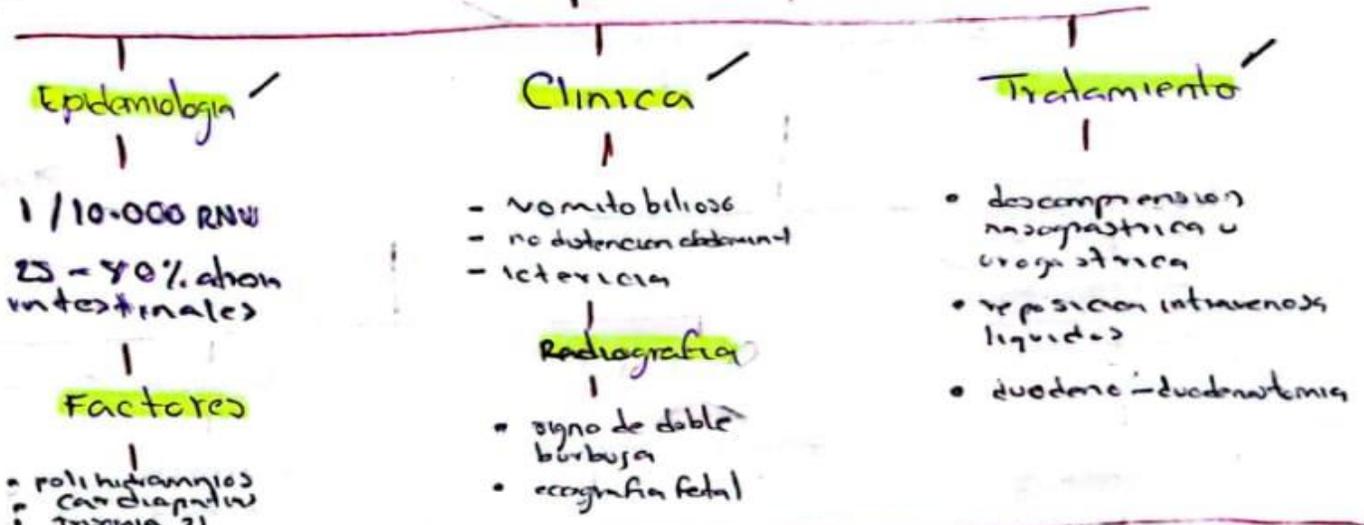
- clínica
- I-GERA
- Descarte
- pH esofágico
- endoscopia
- impedancia intraluminal
- manometría esofágica

Tratamiento

- Modificación técnica alimentación
- Medidas posturales (supino)
- Antiácidos
- H2RA
- IBP
- Procinéticos
- Fundoplicatura

29-06-23
completo

(1) Obstrucción Duodenal



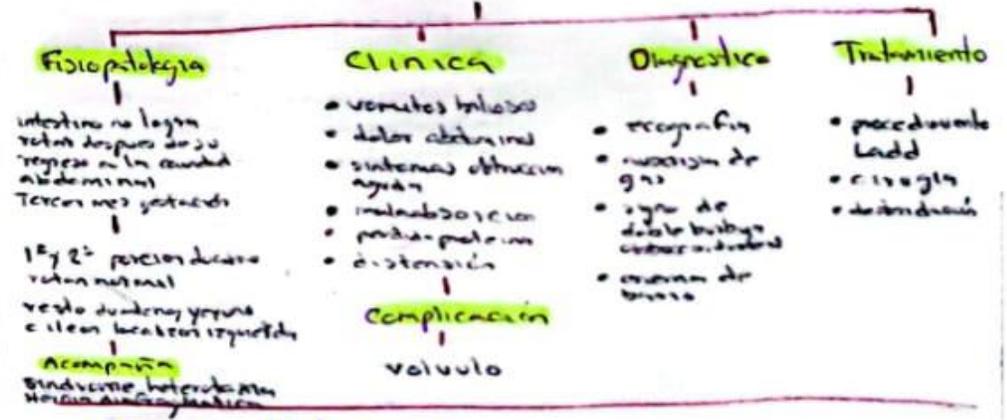
Factores

- polihidramnios
- cardiopatías
- trisomía 21
- prematuridad
- malrotación
- anomalías renales
- atresia esofágica
- anomalías rectales
- pancreas anular

Fisiopatología

fracaso de la reorganización de la luz intestinal en la 4ª y 5ª semana desarrollo fetal proliferación anormal células epiteliales

(2) Malrotación intestinal



(3) Atresia y Obstrucción yeyunales e ileales



(1) Ileo

ES?
 Incapacidad para el peristaltismo
 pérdida motilidad intestinal

ASOCIACIÓN a una cirugía abdominal
 infección

Acompaña

- anomalías metabólicas
- Fármacos

Clinica

- Náuseas
- Vómitos
- Intolerancia alimentaria
- distensión
- dolor
- exherimiento

Diagnostico

- radiografía simple
- múltiples niveles hidroaéreos
- clínicón

Tratamiento

- descompresión nasogástrica
- Soluciones isotónicas cristalinas

(2) Adherencias

SON

bandas de tejido fibroso secundaria a una lesión peritoneal

CAUSA

- postquirúrgica

Clinica

Dolor
 estreñimiento
 cirugía intra peritoneal anterior
 distensión abdominal

Complicaciones

- fiebre
- peritonitis necrotizante intestinal

DX

TC

Tratamiento

- descompresión nasogástrica
- líquidos IV
- antibióticos

(3) Invasión

Etiología

- adenovirus C
- virus rotavirus
- hiperplasia nodular infaride
- atresia intestinal
- cirugía bariátrica postoperatoria

Epidemiología

1.4/1.000 RCNV
 niños : niñas 3:1
 5 meses y 3 años

Defecto

porción tubo digestivo se introduce en un signo de shock > 24 hrs adyacente

Tipos

- ileocolicos
- cecocolicos
- ileales

Fixoparálisis

porción superior de invaginación inferior muestra el mesenterio obstrucción retrocoelica

- Produce edema
- hemorragia mucosa
- malena
- gangrena intestinal

Clinica

- dolor colico paroxístico
- esfuerzos de defecación
- letárgico
- fiebre
- pulso débil
- feli fange
- respiraciones superficiales
- vomito bilioso
- heces graxas

TRIADA

dolor, masa abdominal palpable

heces graxas + signo muelle = signos patognomónicos

Diagnostico

- ecografía
- masa aspecto donut
- ultrasonido signo muelle
- Rx simple (estudiar)
- **DX Diferencial**

gastroenteritis

diverticulitis

Hernia - Shantkin

obstrucción intestinal con fibrosioquistos

Tratamiento

- reducción hidrostática
- anastomosis termino terminal

(4) Obstrucción de Aza cerrada

ES

hernia interna por defectos mesentéricos o adherencias secundario a una cirugía

Clinica

vomito bilioso
 distensión y dolor abdominal

Complicaciones

isquemia intestinal necrosis

DX

TC
 Rx Duple

Tratamiento

- líquidos IV
- antibióticos
- descompresión nasogástrica

Apendicitis Aguda

Epidemiología

- 1-2 x 100.000 niños
- nacimiento - 4 años
- + frecuente 10-18 años
- raro < 5 años
- excepcional < 3 años
- varones
- raza blanca / hispana

Fisiopatología

obstrucción luminal o invasión a la pared apendicular
 causa aumento presión intraluminal, congestión edema inflamatorio y necrosis

Causa

alteración perforación enteral
 isquemia pared apendicular
 proliferación bacteriana
 necrosis

Factores

- ambientales
- genéticos
- infecciosos (bacterias, virus)
- cuerpos extraños
- tumores
- Traumatismos
- Ascaris
- apendiculitis

Clinica

Infantil 1^o/2 horas

- síntomas y signos insidiosos
- anorexia
- malestar inespecífico
- dolor aumento
- taquicardia
- fiebre

Exploración Física

Dolor

- principal síntoma
- localización periumbilical
- tipo cólico
- dolor en fosa ileaca derecha

Atípicos

- diarrea
- náuseas/vómitos bilios
- estreñimiento
- micción dolorosa

- abdomen plano
- e. distendido
- ruidos hiperactivos
- hipersensibilidad del recto
- signo McBurney +
- signo Rovsing +
- signo Ferris +
- signo psoas +
- signo obturador +
- flemas

Complicaciones

- peritonitis $\left\{ \begin{array}{l} \text{hipertensión} \\ \text{oliguria} \\ \text{acidosis} \\ \text{fiebre} \end{array} \right.$
- sepsis
- perforación > 48 horas
- obstrucción
- hernia inguinal indirecta

Regimen Antibiótico

Ampicilina
 gentamicina
 clindamicina

Apendicitis Perforada

- > 48 horas síntomas
- drenaje líquido
- administración líquidos IV
- antibióticos (Piperacilina/tazobactam IV 2-3 días)
- analgésicos
- metronidazol / ciprofloxacina 7-10 días (ambos)
- Cirugía Apendicectomía / laparoscopia

Secuelas

- Apendicitis recidivante (10-20%) sin cirugía

Diagnóstico

anamnesis
 exploración

Escala Pediatrica

- 1 fiebre > 38
 - 1 Anorexia
 - 1 Mucosidad
 - 2 hipersensibilidad
 - 2 Dolor FID
 - 1 Mucosa dolor
 - 1 Leucos > 10.000
 - 1 Neutrofilos > 2.500
- Total 10 puntos
 < 4 buena
 > 8 mala

Laboratorio

- BH Leucos > 10.000
- desviación izquierda
- Proteína C

IMAGEN

- Rx Simple
- cava cecocolica
- apendicolico
- cava cava
- TAC
- Resonancia Magnética
- gammagrafía

Ecografía

- ≥ 6 mm
- distensión luminal
- masa FID
- apendicolico

DX Diferencial

enfermedades gastrointestinales
 e infecciosas
 inflamatorias
 apendicitis epitelial

Tratamiento

Apendicitis no complicada

- ausencia flemas
- leucos > 5000 - 40.000
- síntomas < 48 h
- antibióticos 7-10 días orales
- ~~laparoscopia~~

Conclusión

Si bien los síntomas se parecen en la mayoría de las patologías cada una tiene una diferencia de presentación en cuanto a tiempo de vida del recién nacido o horas y complicaciones ,por lo cual es de importancia conocerlos ya que el no saber diferenciar entre lo que puede llegar hacer normal o síntomas fisiológicos o síntomas que indican alguna complicación en el sistema gastrointestinal del recién nacido puede haber secuelas en el desarrollo del recién nacido oh el lactante en cuanto a su desarrollo y sus capacidades o muerte debido a un mal diagnostico oh al desconocimiento de los padre en los síntomas y signos de alerta en cuanto a patologías gastrointestinales .