

ACALASIA EN PACIENTE PEDIÁTRICO REPORTE DE CASO CLÍNICO

MD Beltetón E. ⁽¹⁾ MD Farrington C. ⁽²⁾ MD Cuevas C. ⁽³⁾ MD Polanco MT. ⁽⁴⁾ MD De la Cruz A. ⁽⁵⁾

1. MSc Medicina Crítica 2. MSc Gastroenterología Pediátrica 3. MSc Cirugía Pediátrica 4. MSc Radiología 5. MSc Pediatría

INTRODUCCIÓN

Degeneración progresiva de células ganglionares en el plexo mientérico de la pared esofágica, y el resto de ellas están frecuentemente rodeadas por linfocitos, y eosinófilos que afectan la producción de óxido nítrico, que está implicado en la relajación del esfínter inferior y en la pérdida de esta inervación en el resto del cuerpo del esófago produciendo pérdida del peristaltismo. Incidencia: 1.6 / 100,000 antes de la adolescencia y una prevalencia de 10 / 100,000 individuos; muy extraño en la población pediátrica, 10% de todos los casos. Clínica: Disfagia para sólidos (91%) y líquidos (85%). Regurgitación de alimentos blandos no digeridos o saliva (76 a 91%).

CASO CLÍNICO

Datos Generales: Paciente femenina Guatemalteca de 11 años de edad, procedente de un área rural de Salamá Baja Verapaz.

MC: Tos persistente de 4 años de evolución.

Historia de la Enfermedad: Padre refiere que en los últimos 2 meses la tos empeora al momento de dormir. Ha tomado múltiples medicamentos para tos que no han sido efectivos. Refiere haber tenido fiebre intermitente para lo que ha recibido antibiótico en múltiples ocasiones. En el ultimo año ha perdido peso (15lbs)

Examen Físico: Peso: 60Lbs.(27kgs.) Talla :139cms.

Evaluación Nutricional: IMC 13.97 por debajo del 5to percentil según tablas de la CDC. Signos vitales: Temperatura: 36.5c. Saturación de O2: 90%, resto de signos vitales en rango normal.

Estado general: Complexión delgada, mucosa oral semi húmeda y pálida.

Cardiovascular: S1-S2 en límite normal.

Pulmonar: Sibilancias y crépitos basales bilaterales. No déficit respiratorio.

Nuevos Datos:

Hematología: Hb:12.9g/dl. WBC: 6,700 Gran:52%, Lymph: 40% Mon 7.8 PLT 314000.

Anticuerpos de Chagas: Negativo

Broncoscopía: Cultivo positivo Klebsiella Pneumoniae

ESPIROMETRIA

CENTRO AERODIGESTIVO

CENTRO PEDIÁTRICO

Nombre:	8451108	Fecha de nacióm:	02/11/2006	Fecha del exam.:	15/02/2016 12:04
Edad:	12 años 2 meses	Peso:	60 kg	BMI:	13.9
Altura:	140 cm	Temperatura:	36.9	Fuente:	100
Alimentación:	Regular	Dieta:	Normal		
Fumador:	No se especifica				
Sexo:	Varón				

Imprimir este informe Imprimir este informe individual Imprimir este informe completo

Resumen de los mejores valores forzados

	FEV1	FVC	FEF	FVC	Calidad	VAR	Hora	Fuente
Real+1	1.36	2.04	132	84%				

(Criterios de ATS/ERS, 2012) Criterios comparativos

(Criterios de ATS/ERS, 2012) Criterios comparativos

Índices seleccionados de los mejores suplíneos

	Real	Real+1	Pred	Var	Norm	% ZNC	Mín.	Prev	Máx.
FEV1	1.36 (1)	0.99 (1)	1.23				1.06	1.50	2.28
FVC	2.04 (1)	1.50 (1)	2.3				1.81	2.51	3.61
PEF	132 (1)	98 (1)	205				213	298	375
FVC/FEF	306%	244%	325				279%	349%	502%

Los valores medidos que están entre paréntesis por valores anormales.

En rojo: La variación en base en VC. Forzado. La variación en base en FEV1 + VC.

Origen: Papanicolaou, Cogan, Soliman, Zientka (1975) 6-11 años GRS (1995) 16-120 años

Resultado de 40 pruebas

Mejor gráfico de volúmenes de flujo

Mejor gráfico de tiempos y volúmenes

Interpretación automática: (ATS) La interpretación automática no puede estar exenta de una interpretación personal.

Rayos X de Tórax A/P

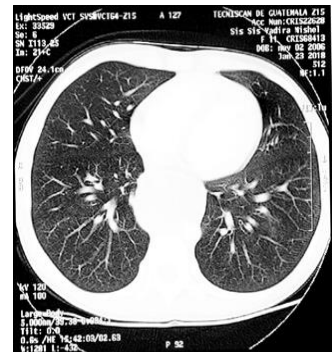


Evidencia de ensanchamiento mediastinal

TAC TORÀCICA



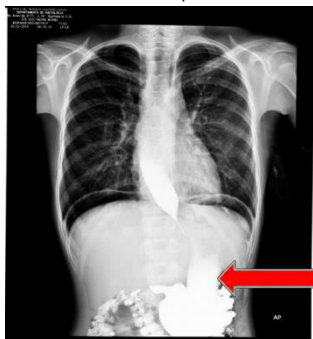
Parénquima pulmonar libre de
infiltrados



Visión coronal. Se evidencia una marcada dilatación esofágica

Endoscopia: Esófago: Diámetro ≥ 6 cm sin peristaltismo. Se evidenció un significativo material líquido residual material y placas blancas recubriendo la mucosa. Estrechez en la unión esofagogastrica con dificultad para el paso del endoscopio. Estómago: Antro, cuerpo y fondo con edema y eritema leve. Duodeno normal.

Tratamiento Quirúrgico: Miotomía de Heller + Funduplicatura



BIBLIOGRAFIA

1. Sadowski DC, Ackah F, Jiang B, Sven on LW. Achalasia: incidence, prevalence and survival. A population-based study. *Neurogastroenterol Motil* 2010; 22:e256-261.
2. Reynolds JC, Pakman HP. Achalasia. *Gastroenterol Clin North Am* 1989; 18: 223-255.
3. Goldblum JR, Whyte RI, Orringer MB, Appelman HD. Achalasia. A morphologic study of 42 resected specimens. *Am J surg Pathol* 1994; 18:327-337.
4. Goldblum JR, Rice TW, Richter JE. Histopathologic features in esophagomyotomy specimens from patients with achalasia. *Gastroenterology* 1996; 111: 648-654.
5. Ott DJ, Richter JE, Chen YM, et al. Esophageal radiography and manometry: correlation in 172 patients with dysphagia. *AJR Am J Roentgenol* 1987; 149: 307- 311.

**GANADOR DEL 3ER LUGAR DE CASO CLINICO
INTERESANTE 34 SEMANA CIENTICA DEL HOSPITAL
HERRERA LLERANDI**