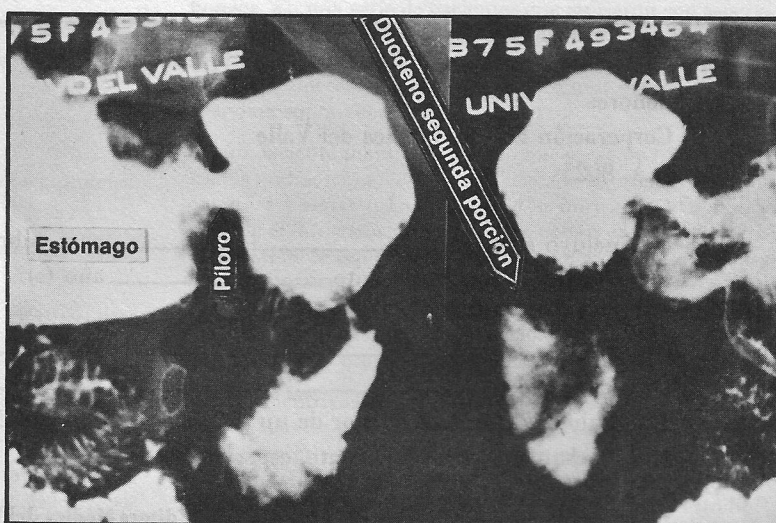
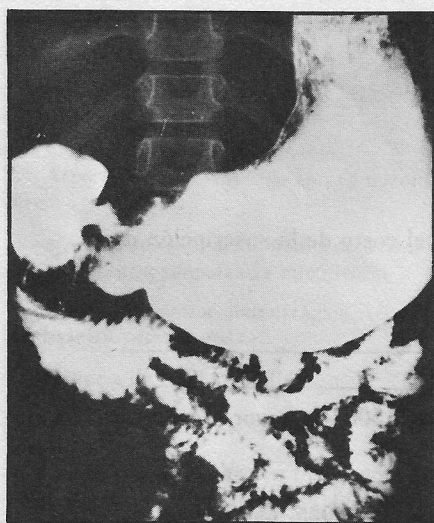


## El caso radiológico

Carlos Chamorro-Mera, M. D.\*



### HAGA SU DIAGNOSTICO

Niño de cuatro años de edad, a quien la madre lleva a la consulta médica por presentar vómito, decaimiento, lo ha notado en estos últimos días pálido y con pérdida del apetito.

Al examen físico se encuentra un niño en pobres condiciones generales, crónicamente enfermo. Se palpa una masa en el epigastrio e hipocondrio derecho, dura, de bordes irregulares. El resto del examen clínico es normal.

### POSIBILIDADES DIAGNOSTICAS

1. Linfoma.
2. Carcinoma del estómago.
3. Hepatoblastoma.

### DESCRIPCION RADIOLOGICA

La serie gastroduodenal indica una masa que por ocupar el antro gástrico, causa estenosis bastante acentuada, de comienzo abrupto, con ángulos casi rectos en la curvatura menor y mayor del antro; es una zona rígida sin modificación en las exposiciones que se muestran. La mucosa no se pudo impregnar muy bien con el bario por el contenido líquido intragástrico, aunque el niño se examinó en ayunas. El bulbo duodenal está dilatado y se nota una estenosis postbulbar, en la segunda porción del duodeno, de comienzo brusco, con destrucción de la mucosa. Las asas del yeyuno son normales. Además se nota la compresión extrínseca en la curvatura menor del estómago, a la altura de T 12-L 1.

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

1. En los niños el linfoma se manifiesta en el tubo digestivo con su mejor y mayor sitio de presentación a nivel del íleon

\* Profesor Titular, Sección de Radiología, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

terminal. Tiene múltiples sitios de compromiso y como en el presente caso puede afectar el antro gástrico y la segunda porción del duodeno. En el linfoma se describen otros signos como la dilatación de asas intestinales por el ataque de los pliegos mioentéricos de Meisner y Auerbach, los defectos de llenamiento en forma de "huella de dedos en masilla", esplenomegalia, etc., que no se aprecian en el caso que se discute. El sarcoma gástrico (linfosarcoma y leiomiomasarcoma) ocupa de 2% a 5% de los tumores malignos del estómago<sup>1</sup>.

2. El carcinoma del estómago es excepcional en los niños. El autor en su experiencia personal de 16 años no ha visto ningún caso de esta neoplasia en infantes. Por otra parte, el compromiso del arco duodenal en los carcinomas gástricos se puede presentar sólo en raras ocasiones. En el trabajo de Correa y Llanos<sup>2</sup> no se menciona ningún caso de cáncer del estómago en niños; el grupo de edad preferido está en la quinta década de la vida<sup>3</sup>.

3. El hepatoblastoma es un tumor maligno que se presenta en niños; 67% de los tumores del hígado en niños son malignos y casi todos son hepatoblastomas<sup>4</sup>. Este tumor asienta más frecuentemente en el lóbulo derecho del hígado, en el izquierdo en segundo lugar o en ambos lóbulos. Puede crecer hacia afuera y englobar el hilio hepático, el colon transverso, el estómago y el duodeno. La radiografía simple de abdomen muestra además de la hepatomegalia la presencia de calcificaciones, no observadas en el caso que se discute pero que aparecen en 40% de los casos<sup>4</sup>.

El estudio con ultrasonido señala una masa con aumento de la ecogenicidad hepática pero hay otros casos que son hipocóicos<sup>5</sup>. Su mejor delimitación y extensión se establece por

medio de la tomografía computadorizada (TC). La angiografía es mandatoria cuando se trata de hacer cirugía, pues con ella se obtiene un plano quirúrgico adecuado que permite valorar en forma óptima la vasculatura<sup>5</sup>.

Otro de los elementos diagnósticos usados es la gammagrafía mediante la inyección de radioisótopos como el sulfuro coloidal de tecnecio<sup>5</sup>, pero su detalle anatómico no iguala a la TC.

El hepatoblastoma asienta en hígados normales al contrario del hepatocarcinoma que es el segundo tumor en frecuencia que aparece en niños, éste se origina en hígados previamente lesionados<sup>4</sup>.

#### DIAGNOSTICO FINAL

Hepatoblastoma de los lóbulos derecho e izquierdo del hígado, con invasión al estómago y duodeno.

#### REFERENCIAS

1. López-Escobar, G. y García-Cuentas, J.: Sarcoma gástrico. *Tribuna Med* **55**: 25-28, 1977.
2. Correa, P. y Llanos, G.: Morbilidad y mortalidad por cáncer en Cali, Colombia. *Antioquia Med* **16**: 601-648, 1966.
3. Fierst, S. M.: Carcinoma gástrico: guía diagnóstica. *Tribuna Med* **56**: 1-5, 1977.
4. Kirks, R. D., Merten, D. F., Grossman, H. y Bowie, J. D.: Diagnostic imaging of pediatric abdominal masses: an overview. *Radiol Clin North Am* **19**: 527-545, 1981.
5. Kuhn, J. P.: CT in the evaluation of pediatric abdominal abnormalities. *CRC Crit Rev Diagn Imaging* **16**: 125-180, 1981.
6. Poznanski, A. K., Hernández, R. J. y Shkolnik, A.: Evaluating abdominal masses in children. New approaches using ultrasound, CT and nuclear medicine. *RNM Images* **9**: 26-33, 1983.