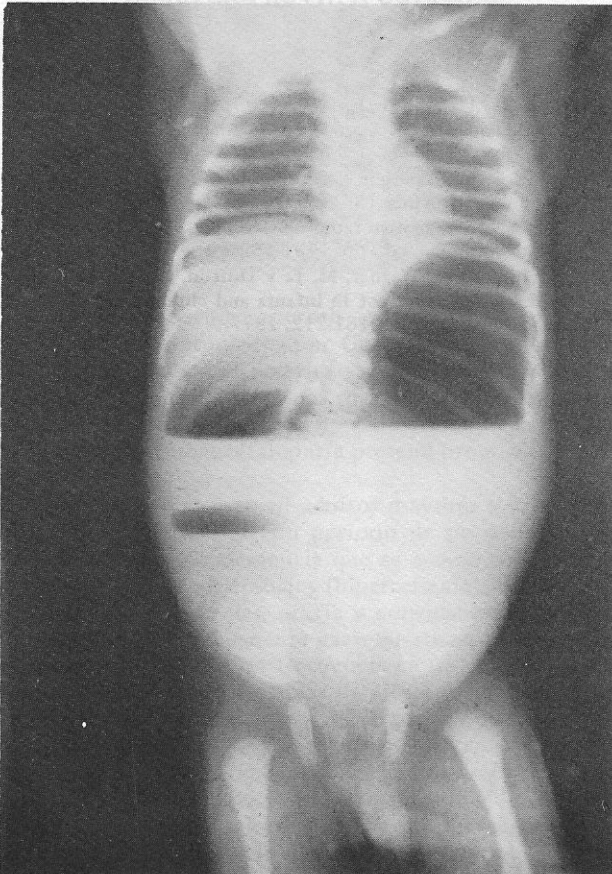


El caso radiológico

Carlos Chamorro Mera, M.D.
 Profesor Asociado
 Departamento de Radiología
 Hospital Universitario del Valle,
 Universidad del Valle, Cali,
 Colombia



HAGA SU DIAGNOSTICO

Recién nacida de 48 horas de edad con vómito de aspecto bilioso desde el nacimiento. El examen físico revela distensión abdominal y deshidratación.

del estomago del musculo del piloro aparece como una "bala" con el canal pilórico alargado y fino como un hilo o se ve como los rieles muy juntos de un tren¹. El bulbo duodenal a causa

La atresia del duodeno a mas frecuente observada en niños mongólicos puede ir asociada a otras malformaciones en el tubo digestivo tales como atresia en el esófago y en el tracto ileal, igualmente son niños vomitadores desde el nacimiento, cuyo cuadro clínico completo depende de las otras anomalías que puedan ir asociadas.

El cuadro radiológico muestra el llamado signo de la burbuja que representa el estomago y el duodeno de

estas burbujas, pues otros gases duodenales lo pueden presentar como son el páncreas anular cuando este

No ha habido expulsión de meconio y en las últimas horas el vómito se ha tornado fecaloide.

POSIBILIDADES DIAGNOSTICAS

1. Hipertrofia del píloro
2. Atresia del duodeno
3. Atresia del ileon

DESCRIPCION RADIOLOGICA

En el abdomen se observan tres burbujas de aire con su nivel hidroaéreo respectivo; la primera y más grande corresponde al estómago, se halla situada por debajo del hemidiafragma izquierdo; la segunda a la derecha de la primera y por debajo del hígado es el duodeno; la última burbuja y la más pequeña se encuentra por debajo del duodeno y corresponde al ileon por su localización en el abdomen. Obsérvese que no hay gas en el colon ni en la ampolla rectal.

El tórax es normal y no se ven defectos óseos en las costillas, columna vertebral ni en la pelvis.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

1. La hipertrofia del píloro se presenta con vómito en proyectil (para semejar que sale como bala), se usa esto en medicina, es más frecuente en varones mayores de 15 días de edad; el vómito por lo general no contiene bilis por tratarse de una lesión supravateriana. El médico puede palpar esta hipertrofia del músculo como una "salchicha" o como una "oliva" en el cuadrante superior derecho del abdomen. Como el peristaltismo gástrico es muy activo se hace visible a través de la pared abdominal. Las radiografías simples de abdomen revelan la dilatación del estómago, no hay signos de obstrucción intestinal como en el presente caso, y existe gas en escasa cantidad en el intestino delgado y en el colon. Cuando hay duda en el diagnóstico se recurre a los estudios con bario; el canal pilórico es alargado y fino como un hilo o se ve como los rieles muy juntos de un tren¹. El bulbo duodenal a causa

del agrandamiento del músculo del píloro aparece comprimido en la base y forma un "hongo" con el canal. El estómago presenta contracciones vigorosas pero el vaciamiento es lento^{1, 2}. En estos casos es de utilidad obtener radiografías de 1 hora para valorar el vaciamiento gástrico.

2. La atresia del duodeno es más frecuente observarla en niños mongólicos. Puede ir asociada a otras malformaciones en el tubo digestivo tales como atresia en el esófago y en el recto. Igualmente son niños vomitadores desde el nacimiento, cuyo cuadro clínico completo depende de las otras anomalías que puedan ir asociadas.

El cuadro radiológico muestra el llamado signo de la doble burbuja que representa el estómago y el duodeno dilatados. Este signo, por otra parte, no es típico de la atresia duodenal, pues otros estados duodenales lo pueden presentar, como son: el páncreas anular cuando obstruye en forma completa el duodeno, la malrotación intestinal acompañada de vólvulo y con bandas de Ladd entre el ciego y la segunda porción del duodeno³.

3. La atresia del intestino delgado puede ocurrir en cualquier sitio pero es más frecuente a nivel del ileon. Clínicamente se manifiesta con vómito, distensión abdominal y ausencia de expulsión de meconio. Las radiografías simples muestran niveles hidroaéreos, al menos tres como en el presente caso; las demás asas intestinales se hallan dilatadas con líquido. En esta paciente la tercera asa o burbuja corresponde al ileon. El signo de las tres burbujas se puede presentar también en obstrucción a nivel del yeyuno².

Los estudios con bario tanto en los casos de atresia ileal como duodenal se hacen por vía rectal^{2, 4}, con el fin de descartar malrotación asociada que se caracteriza por la posición alta y medial del ciego. La malrotación intestinal puede ser funesta en un recién nacido cuando se acompaña de vólvulo que compromete la vascularización dependiente de la arteria mesentérica superior, pues termina con gangrena de todo el intestino delgado. Usualmente se encuentra un microcolon por falta de uso y es tanto más severo cuando más baja se encuentra la atresia⁴.

En las radiografías simples a veces se ve calcificación de la pared intestinal en el sitio de la atresia^{2, 4}.

Algunos pacientes presentan varios sitios de atresia en el intestino delgado y tanto el médico general como el cirujano deben estar alertas ante esta eventualidad².

DIAGNOSTICO FINAL: ATRESIA DEL INTESTINO DELGADO A NIVEL DEL ILEON

REFERENCIAS

1. Heller, R. M. y Squire, L. F.: *Exercices in diagnostic radiology Pediatrics*. W. B. Saunders, Philadelphia, pp 46-48 y 66-67, 1973.
2. Martín, D. J.: *Experiences with acute surgical conditions*. *Radiol Clin North Amer* 13: 297-329, 1975.
3. Caffey, J.: *Diagnóstico radiológico en Pediatría*. Salvat Editores, Barcelona, 2a. ed., pp. 1491-1527, 1977.
4. Singleton, E. B., Wagner, M. L. y Dutton, R. V.: *Radiology of the alimentary tract in infants and children*. W. B. Saunders, Philadelphia, pp. 161-212, 1977.