

Sección: El caso radiológico**El caso radiológico**

Carlos Chamorro-Mera, M.D.*

HISTORIA CLÍNICA

Niño de 4 años con episodios de vómito, dolor abdominal y discreto retardo en su crecimiento pondo-estatural. El dolor es de tipo cólico localizado en la parte inferior del abdomen que en muchas oportunidades cesa después de vomitar; más tarde el niño presenta vómito de carácter alimenticio. El examen físico es completamente normal, no se hallan masas en el abdomen ni zonas dolorosas. Las pruebas de laboratorio en sangre, orina y materia fecal son normales. Es de anotar la ausencia de larvas o de parásitos en la material fecal.

HAGASU DIAGNÓSTICO

1. Malrotación intestinal.
2. Megacolon congénito.
3. Divertículo de Meckel.

DESCRIPCIÓN RADIOGRÁFICA

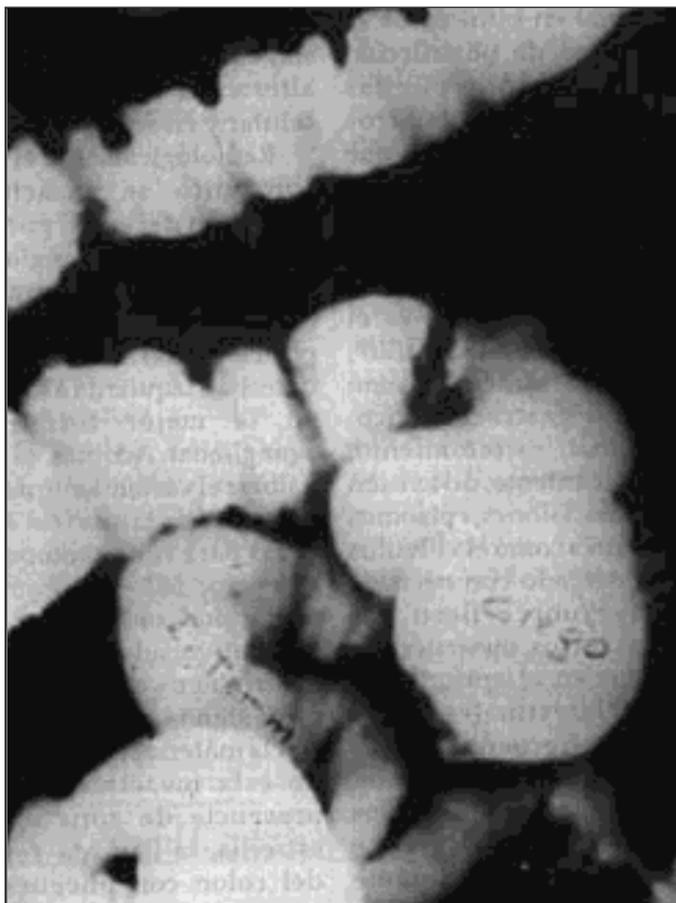
El colon por enema simple practicado a este niño muestra un completo llenamiento de todas las porciones del colon. Se nota la posición del ciego que se encuentra en la fosa ilíaca izquierda y el íleon terminal llega al ciego por la cara lateral derecha. El íleon terminal por su calibre, mucosa y aspecto es de características normales. No se encontraron en el colon lesiones de tipo estenótico, tampoco hay dilataciones. La placa de vaciamiento fue normal. No se logró de-

mostrar la presencia de divertículos en el colon ni en el íleon.

DISCUSIÓN

1. *La malrotación intestinal* es un defecto de tipo congénito por la migración incompleta del intestino, que en el feto hacia la semanas 9-10 de gestación se halla en el hemiabdomen izquierdo y hace un giro posterior en sentido contrario a las maneci-

llas del reloj, con la arteria mesentérica superior como eje; de esta manera el ciego y el colon ascendente que se encontraban en el lado izquierdo hacen el giro para que el ciego quede situado en la fosa ilíaca derecha y el colon ascendente hacia el flanco del mismo lado. En esta migración se presentan distintos grados de malrotación desde la completa cuando todo está al revés, el ciego y el colon ascendente se sitúan a la izquierda, hasta formas incompletas como en el ciego en la región del flanco derecho o aun la falta de fija-



* Profesor Titular (r), Sección de Radiología, Departamento de Medicina Interna, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.

ción del ciego «ciego móvil.» Esto significa que el ciego no está fijo en la fosa ilíaca derecha y se mueve hacia arriba o hacia la línea media. El ciego es la última parte del intestino que completa la rotación hacia el cuarto o quinto mes de la vida fetal, y desciende a la fosa ilíaca derecha. El dolor abdominal en estos casos se debe a episodios de obstrucción intestinal ocasionados por las bandas de Ladd, verdaderos cordones fibróticos congénitos que van desde el ciego hasta la región subhepática y al abdomen posterior y causan compresión de la segunda o tercera porciones del duodeno¹.

La malrotación intestinal es el «enemigo oculto» según Cantillo²; puede dar muchos síntomas como vómito, reflujo gastroesofágico, dolor abdominal, estreñimiento, retardo en el crecimiento, distensión abdominal y en ocasiones, episodios agudos y urgentes como el vólvulus del intestino delgado con necrosis masiva del yeyuno e íleon por torsión de los vasos mesentéricos comprometidos en el episodio de los vólvulus intestinales³. Este cuadro es más frecuente en los lactantes⁴. Muchos pacientes con anomalías de la rotación y trastornos de la fijación son asintomáticos y se diagnostican casualmente durante el examen fluoroscópico o en la cirugía o en la autopsia.

2. **El megacolon congénito** como su nombre lo indica es una gran dilatación del colon por encima de la zona aganglionar situada con más frecuencia en la zona del rectosigmoide y la forma corta y ultracorta situadas por encima del canal anal. El megacolon congénito es causa de obstrucción funcional del colon⁵. La zona aganglionar se caracteriza por la ausencia de los plejos mientéricos de Meisner y Auerbäch que son los encargados de transmitir la peristalsis;

últimamente se habla no de la ausencia de estos plejos sino de una displasia de tales células que no funcionan en la debida forma a pesar de no estar ausentes; son células morfológicamente distintas a las células normales, aun se especula de trastornos en la función celular, pues las células del plejo mientérico son completamente normales (hay alteraciones en el metabolismo celular y en su histoquímica).

Radiológicamente el megacolon congénito se caracteriza por dilatación del colon por encima de la zona enferma aganglionar que es estrecha; para demostrar esta zona es preciso tomar radiografías en posición lateral y oblicua anterior derecha e izquierda a fin de despejar en la mejor forma la zona aganglionar. Además, es importante valorar el vaciamiento del colon con radiografías tardías de 4, 8, 12 y 24 horas para ver su comportamiento. Cuando el diagnóstico de megacolon congénito o aganglionar es positivo, además del nulo y mal vaciamiento del colon, se hallan otros signos como mezcla del bario con la materia fecal, la permanencia de esta mezcla en el ciego, la presencia de zona aganglionar estrecha, la llamada yeyunización del colon con pliegues mucosos transversales y ondas disrítmicas observadas durante el examen fluoroscópico.

3. **El divertículo de Meckel** es una anomalía congénita con persistencia del conducto onfalomesentérico. Posee todas las capas del intestino y en 80% de los casos hay mucosa gástrica ectópica que se puede ulcerar con los mismos mecanismos fisiopatológicos de la úlcera péptica gástrica. Con isótopos del tipo pertecnetato de tecnecio 99⁶ se puede demostrar la presencia de la mucosa gástrica ectópica y llegar a un diagnóstico. El divertículo de Meckel puede sangrar

y dar enterorragias, ulcerarse, perforarse, ser causa de obstrucción intestinal y de dolor abdominal.

El diagnóstico con el tránsito intestinal es bastante difícil, pues el divertículo se esconde en medio de otras asas ileales llenas de bario. Con el colon por enema es más factible hacer el diagnóstico al lograr llenarlo por vía retrógrada y mediante el paso del bario a través de la válvula ileocecal. Usualmente el divertículo de Meckel se localiza en los últimos 30 cm del íleon terminal.

En el divertículo de Meckel se presenta la regla del 2: la sintomatología es hacia los 2 años, se presenta en los 2 sexos, aparece en 2% de la población y en los 2 últimos pies (61 cm) del intestino delgado.

DIAGNÓSTICO FINAL

Malrotación intestinal. El niño se sometió a cirugía y se encontró el ciego al lado izquierdo de la línea media y presencia de bandas de Ladd desde el ciego hasta la región subhepática.

REFERENCIAS

1. Kirks DR. *Diagnóstico por la imagen en pediatría*. Barcelona, Madrid; Ediciones Doyma, 1986. Pp. 538-46.
2. Cantillo E. *La malrotación intestinal. El enemigo oculto*. Conferencia ante la Asociación Colombiana de Radiología, Seccional Valle del Cauca, Cali, mayo 1997.
3. Berdon WE, Baker DH, Bull S *et al*. Midgut malrotation and volvulus. *Radiology* 1970; 96: 375-79.
4. Hayden CKJr. Ultrasonography of the acute pediatric abdomen. *Radiol Clin North Am* 1996; 34: 791-806.
5. McAlister WH, Kronemer KA. Emergency gastrointestinal radiology of the newborn. *Radiol Clin North Am* 1996; 34: 819-44.
6. O'Hara SM. Pediatric gastrointestinal nuclear imagen. *Radiol Clin North Am* 1996; 34: 845-62.