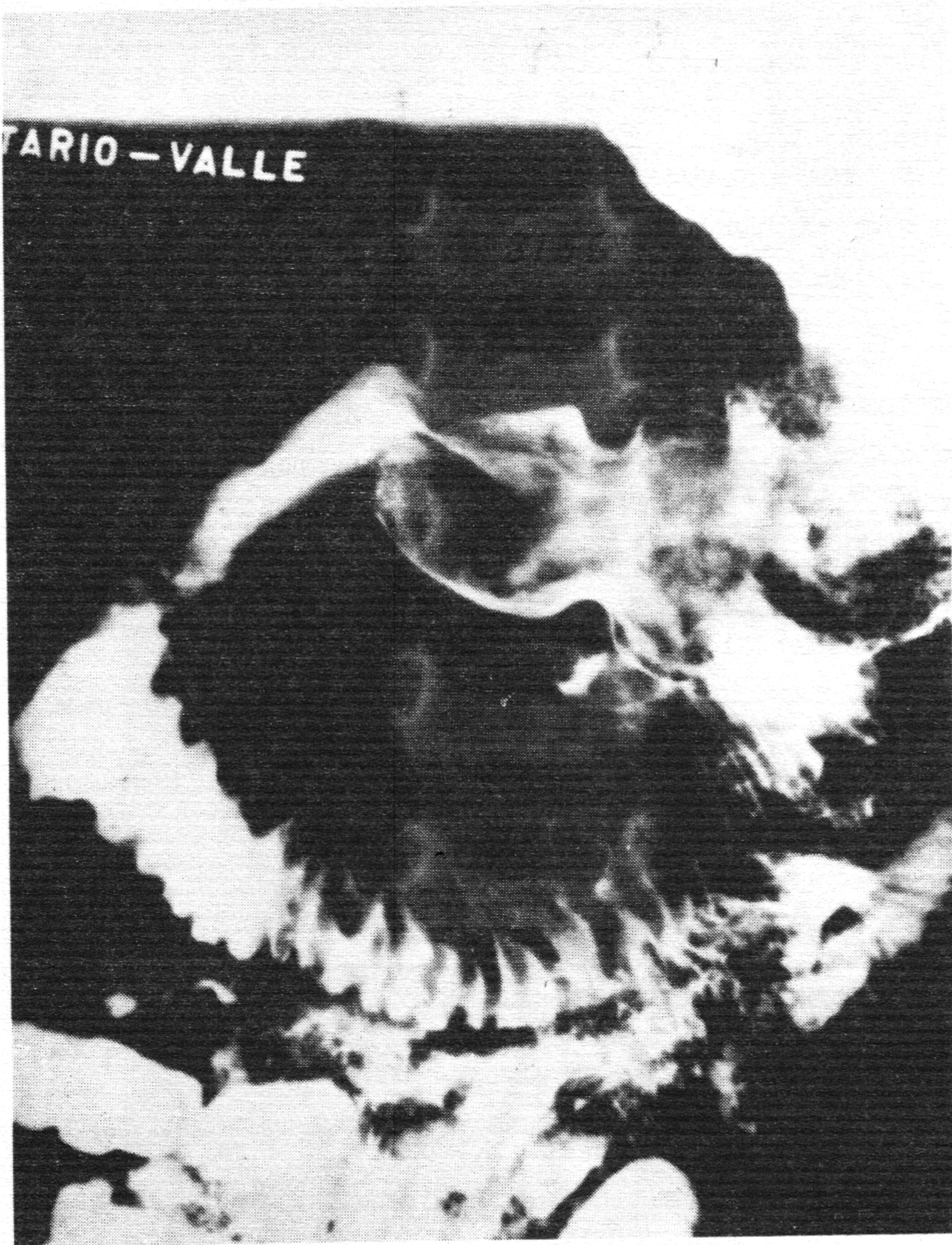


## El caso radiológico

Carlos Chamorro Mera, M.D.\*



### HAGA SU DIAGNOSTICO

Niño de raza negra de 4 años en regulares condiciones nutricionales. Al examen físico se hallan adenopatías cervicales de tamaño pequeño, móviles. En el abdomen se palpan

varias masas de consistencia dura. La radiografía de tórax fue normal. Se realizó urografía excretora que mostró riñones normales y desplazamiento lateral y anterior del uréter derecho. En vista de lo anterior y después de estudiar con bario el tracto digestivo alto, se llevó a cirugía.

### POSIBILIDADES DIAGNOSTICAS

- 1) Linfoma
- 2) Tuberculosis
- 3) Pancreatitis

### DESCRIPCION RADIOLOGICA

El marco duodenal se halla ensanchado y en su borde medial se observan espiculaciones mucho más apreciables en la tercera porción del duodeno; se nota igualmente el edema de la mucosa. La cuarta porción, además de lo anterior, presenta imagen de compresión extrínseca en su borde medial.

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

1. El linfoma puede presentar características similares a las del paciente, con masas abdominales múltiples y adenopatías cervicales. Casi siempre hay compromiso intra-torácico que no se vio en este niño, a menos que se trate de la variedad de Burkitt, en la cual hay muy poco compromiso de los ganglios mediastinales y del pulmón<sup>1</sup>. Una de las formas de linfoma puede tener en el intestino delgado masas intraluminales, que se pueden ulcerar y dar el aspecto de "ojo de buey"; la dilatación de las mismas, debido al compromiso de los plejos mientéricos de Meissner y Auerbach se conoce con el nombre de "asas aneurismáticas". Las adenopatías intra-abdominales pueden comprimir y desplazar el intestino. Como solamente la última de estas características aparece en este caso y no hubo compromiso torácico, es poco probable el diagnóstico de linfoma.

2. En vista del cuadro de desnutrición se debe considerar la posibilidad de la tuberculosis intestinal y peritoneal, entidad

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



que no es rara en el medio colombiano. No siempre hay tuberculosis pulmonar concomitante y el hecho de no encontrarla no descarta esta enfermedad granulomatosa. Según algunos autores<sup>2,3</sup> la placa de tórax puede ser normal en presencia de tuberculosis intestinal hasta en 40% ó 60% de los casos. Los ganglios mesentéricos, periaórticos y pancreatoduodenales se pueden comprometer por la tuberculosis, lo mismo que por el linfoma, y causar desplazamiento y compresión de órganos vecinos y, como en este niño, comprimir la cuarta porción del duodeno. Las espiculaciones se deben a adherencias y a cambios inflamatorios por el mismo proceso granulomatoso. El desplazamiento del uréter derecho que se observó en la urografía, es igualmente causado por las adenopatías retróperitoneales.

Otras manifestaciones intestinales de la tuberculosis son: las estenosis incluyendo las localizadas en el esófago y en el píloro; las úlceras gástricas tuberculosas con una imagen de masa que se puede confundir con un carcinoma gástrico, intestinal o de colon; asimismo la tuberculosis origina un síndrome de mala absorción intestinal y enteropatía perdedora de proteínas; también la tuberculosis simula enfermedad de Crohn, la colitis ulcerativa idiopática y puede además causar abscesos y fístulas intra-abdominales<sup>3-5</sup>.

3. La pancreatitis es muy poco probable debido a que no hay masas intestinales múltiples en esta entidad. Por el estado del enfermo sería un pancreatitis de tipo crónico donde es frecuente encontrar calcificaciones a lo largo del cuerpo del páncreas, que no existen en este caso, pues el marco duodenal y

la zona vecina a la cara interna del estómago están libres de calcificaciones en forma de grumos. El pseudoquiste de páncreas, que puede ser secundario a pancreatitis aguda, aumenta en forma desproporcionada al marco duodenal y es palpable clínicamente. En el marco duodenal es frecuente en el estado agudo de pancreatitis la dilatación con estasis del duodeno y en forma crónica pueden existir espiculaciones. El denominado signo del tres invertido se explica por el mismo proceso de fibrosis con un punto fijo que es la ampolla de Vater, pues hay retracción por encima y por debajo de la ampolla.

### DIAGNOSTICO DEFINITIVO

Tuberculosis intestinal. Adenopatías cervicales, retroperitoneales y pancreatoduodenales por la misma enfermedad.

### REFERENCIAS

1. Chamorro-Mera, C., Arguello, A. y Sánchez, T.J.: Manifestaciones radiológicas del tumor de Burkitt. Análisis de 14 casos. *Acta Med Valle* 4: 95-100, 1973.
2. Margulis, A.R. y Burchenne, H.J.: *Alimentary Tract Roentgenology*. C.V. Mosby Company, St. Louis, 2a. Ed., pp. 963-1013, 1973.
3. Kolawole, T.M. y Lewis, E.A.: A radiological study of tuberculosis of the abdomen (gastrointestinal tract). *Am J Roentgenol* 123: 348-358, 1975.
4. Chamorro-Mera, C.: El caso radiológico. Tuberculosis total del colon. *Acta Med Valle* 9: 104 y 129-130, 1978.
5. Shermans, S., Rohwedder, J.J. y Ravi Krishnan, K.P.: Tuberculous enteritis and peritonitis. *Arch Intern Med* 140: 506-508, 1980.