

findings. Surgical removal of the coronoid processes besides of adequate postoperative control, will restore full mandibular movement.

REFERENCIAS

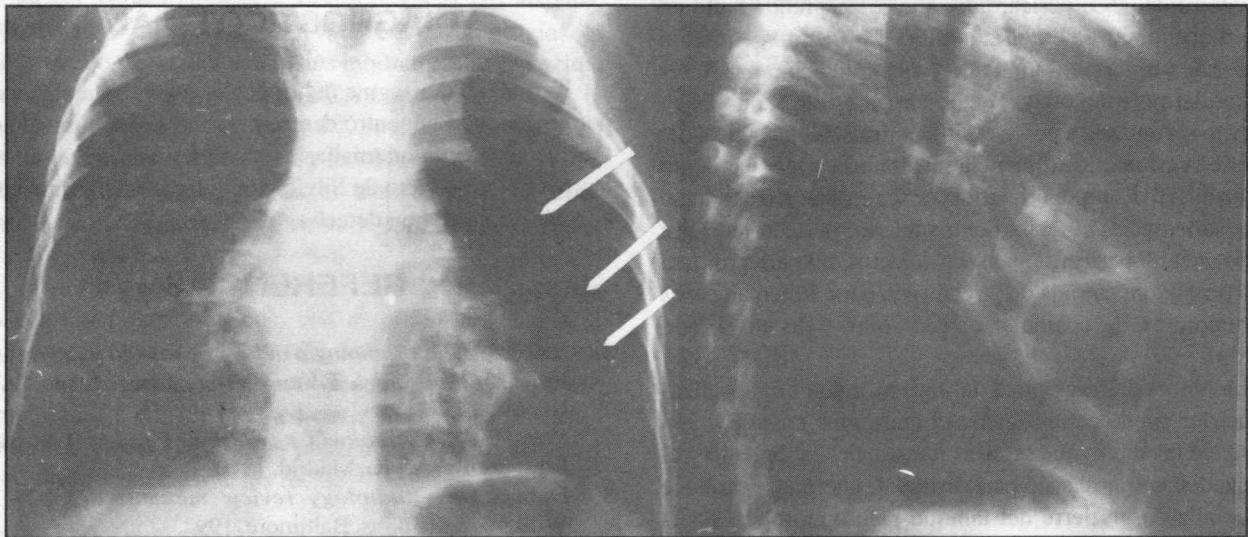
1. Lawrence, MM. Bilateral coronoid hyperplasia, a developmental defect. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1983, 55: 10-13.
2. York, BV & Lockerham, S. Bilateral hyperplasia of the coronoid processes in siblings. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol*, 1983, 56:
3. Rowe, ML. Bilateral developmental hyperplasia of the mandibular coronoid process. *Br J Oral Surg*, 1963, 1: 90.
4. Gialomuzzi, D. Bilateral enlargement of the mandibular and coronoid processes. Review of the literature and report of a case. *J Oral Maxillofac Surg*, 1986, 44: 728-731.
5. Kreuz, RN & Sanders, B. Bilateral coronoid hyperplasia resulting in severe limitation of mandibular movement. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1985, 60: 482-485.
6. Shira, RB & Sanders, RL. Limited mandibular movement due to enlargement of the coronoid processes. *J Oral Surg*, 1958, 16: 183.
7. Lyon, LZ & Sarnat, BG. Limited opening of the mouth caused by enlarged coronoid processes. Report of a case. *J Am Dent Assoc*, 1963, 67: 644-650.
8. Allison, ML, Wallae, RW & von Wyl, H. Coronoid abnormalities causing limitation of mandibular movement. *J Oral Surg*, 1969, 27: 229-233.
9. Van Hoof, FJ & Besling, WT. Coronoid process enlargement. *Br J Oral Surg*, 1973, 10: 399-348.
10. Yamashita, DDR & Arnet, GF. Trismus pseudo-camptodactyly syndrome. *J Oral Surg*, 1980, 38: 625-630.
11. Fitzpatrick, BN. Bilateral hyperplasia of the mandibular coronoid process. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1970, 29: 184-190.



Sección: El caso radiológico

El caso radiológico

Carlos Chamorro-Mera, M.D.¹, Jairo M. Eraso, M.D.²



HAGA SU DIAGNOSTICO

Niño de 6 años traído a la consulta por presentar fiebre, convulsión tónico-clónica generalizada, de unos 2

1. Profesor Titular, Servicio de Radiología, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
2. Radiólogo, Centro Médico Imbanaco, Cali, Colombia.

minutos de duración, relajación de esfínteres pero sin sialorrea ni desviación de la mirada.

Antecedentes patológicos. Sufre de hidrocefalia desde el nacimiento. Operado de criptorquidia derecha y durante la cirugía no se halló el testículo; tomaba rivotril y epamín que suspendió 2 años antes.

Al examen físico se encuentra hidrocefalia con presencia

de circulación colateral en el cuero cabelludo. Una tomografía computadorizada del sistema nervioso central mostró estenosis del acueducto de Silvio lo que explica el cuadro de hidrocefalia. El examen físico por lo demás era normal.

POSIBILIDADES DIAGNOSTICAS

1. Pneumopericardio.
2. Hernia diafragmática.
3. Pericarditis

DESCRIPCION RADIOLOGICA

La radiografía PA de tórax tomada en posición erecta muestra que el pericardio está separado en el lado izquierdo del corazón (flechas) y que hay imágenes radiolúcidas superpuestas al corazón sobre todo en la parte inferior y a la derecha. En la radiografía LAT se observan las mismas imágenes radiolúcidas y septos o tabiques que separan estas imágenes. Los pulmones son normales. El estómago se observa en su posición normal.

DISCUSION

1. Se entiende como pneumopericardio la presencia de gas o aire dentro del saco pericárdico, que se desprende tanto en el lado derecho, como en el izquierdo. El pneumopericardio puede ser de origen postraumático y su explicación puede ser la misma del pneumotórax o pneumomediastino; también se ha descrito secundario a procesos infecciosos. La presencia del gas puede ocasionar insuficiencia respiratoria y taponamiento del corazón¹. El pneumopericardio por ser un proceso agudo no produce adherencias ni septos dentro del saco pericárdico. Otra causa de pneumopericardio son los defectos del pericardio; el defecto permite la entrada de aire al saco pericárdico en casos de pneumotórax de cualquier origen sobre todo en el lado izquierdo².

2. La hernia diafragmática del tipo Morgagni de localización anterior puede comprometer el diafragma en su porción cardíaca, de tal suerte que las asas intestinales, el omento y el colon pueden entrar al saco pericárdico. La hernia se produce por una falla en el cierre del tabique pleuroperitoneal hacia la novena semana de gestación. Su incidencia es variable 1/2000-2500 nacidos (0.04%) y su frecuencia es mayor en hombres 2/1. Se asocia con anomalías congénitas en 20% de los nacidos vivos; ocurren con mayor frecuencia en el sistema nervioso central (28%) con defectos del tubo neural, ano-

malías del tracto gastrointestinal, especialmente malrotación intestinal, paladar hendido, onfalocelo (20%); otro tipo de anomalías con menor frecuencia se presentan en el aparato urinario y sistema cardiovascular; generalmente son niños con retardo en el crecimiento intrauterino³.

La hernia más frecuente es la de tipo Bochdaleck (85% a 90%); la de Morgagni en 2% a 3%; ésta es más común hacia la derecha de la línea media; en general es pequeña y asintomática y el diagnóstico se establece por un examen radiográfico rutinario del tórax. La hernia tipo Bochdaleck se puede acompañar de hipoplasia pulmonar⁴.

3. La pericarditis para que forme aire en el interior del saco pericárdico debe ser causada por microorganismos productores de gas, lo que es muy raro. Cuando la pericarditis se punciona se puede inyectar aire con fines diagnósticos o éste entrar en forma accidental; al tomar las radiografías de control del tórax hay nivel hidroaéreo dentro del pericardio. El paciente por otro lado no tenía síntomas atribuibles a pericarditis tales como: fiebre, dolor precordial o torácico de tipo opresivo o de carácter sordo, disnea, etc.

Las pericarditis pueden ser causadas por virus, tuberculosis, hongos, lupus eritematoso, artritis reumatoidea, neoplásicos, postirradiación, amibiasis y fiebre reumática. Cuando la causa es viral, el cuadro clínico se acompaña de mialgias y de malestar general⁵.

DIAGNOSTICO FINAL

Hernia del diafragma del tipo Morgagni. Se realizó colon por enema, y se encontró dentro del saco pericárdico el colon transverso. Como anomalías asociadas, el paciente tenía estenosis del acueducto de Silvio con hidrocefalia secundaria, y además criptorquidia derecha.

REFERENCIAS

1. Swischuk, LE. *Radiología del recién nacido y del lactante*. Pp. 235-236. Salvat Editores, Barcelona, Buenos Aires, Bogotá, 1977.
2. Watson, H. *Cardiología pediátrica*. Pp. 775-779. Salvat Editores, Barcelona, Madrid, 1970.
3. Dahner, W. *Radiology review manual*. Pp. 229-230. Williams & Wilkins. Baltimore, 1992.
4. Oski, FA. *Principles and practice of pediatrics*. Pp. 346-347. Lippincott Co, Philadelphia, Toronto, 1990.
5. Schwartz, MW, Charney, EB, Curry, TA & Ludwig, S. *Pediatric care a problem oriented approach*. Pp. 174-175. Year Book Medical Publishers, Chicago, London, 1990.