



El Rincón del Residente

Coordinadores:

J. Rodríguez Contreras, J. Pérez Sanz, D. Gómez Andrés
Residentes de Pediatría. Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid



El Rincón del Residente es una apuesta arriesgada de Pediatría Integral. No hemos querido hacer una sección por residentes para residentes. Yendo más allá, hemos querido hacer una sección por residentes para todo aquel que pueda estar interesado. Tiene la intención de ser un espacio para publicaciones hechas por residentes sobre casos clínicos, imágenes y revisión bibliográfica. ¡Envíanos tu caso! Normas de publicación en www.sepeap.org

Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico

M. Triana Junco, I. de Augusto Claudino, L. Latorre Navarro

Médico Residente de Pediatría. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Pediatr Integral 2012; XVI(10): 815-820

Varón de 29 días de vida que acude a Urgencias por vómitos alimenticios, no biliosos, de 4 días de evolución, inicialmente ocasionales y posteriormente tras todas las tomas. Se le realiza el siguiente estudio de imagen (Figs. 1 y 2).

¿Cuál es el diagnóstico?

- Atresia duodenal.
- Estenosis hipertrófica de píloro.
- Enterocolitis necrotizante.
- Malrotación con vólvulo de intestino medio.
- Ileo meconial.



Figura 1.

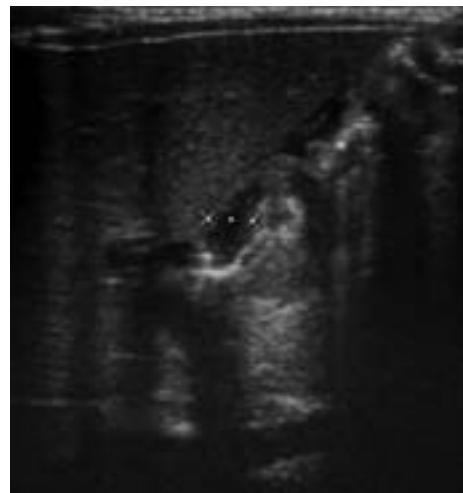


Figura 2.

Respuesta correcta

b. Estenosis hipertrófica de píloro.

Discusión

Nos encontramos ante un lactante con estenosis hipertrófica de píloro. Esta patología tiene una incidencia de 1-8/1.000 recién nacidos vivos, siendo más frecuente en la raza blanca (especialmente en el norte de Europa) y en varones (4-6 veces más frecuente que en mujeres). Se produce una obstrucción gástrica por la hipertrofia del músculo circular del píloro. La etiología es desconocida, pero hay varios factores implicados.

Se presenta típicamente alrededor de la 3^a-4^a semana de vida, con vómitos proyectivos, rara vez biliosos; inicialmente aparecen tras alguna de las tomas y progresivamente tras todas ellas. Es característica la avidez posterior por las tomas. A medida que los vómitos se hacen más frecuentes, se produce una alcalosis metabólica hipoclorémica (por pérdida de líquido, cloro e hidrogeniones).

El diagnóstico clásico se basa en la palpación de la masa pilórica, una masa firme y móvil, de unos 2 cm de longitud y forma de oliva, localizada en el lado izquierdo.

En la radiografía de abdomen (Fig. 1), se aprecia un estómago intensamente distendido con escasez de aire distal. El diagnóstico definitivo se realiza mediante una ecografía de abdomen (Fig. 2), que tiene una sensibilidad del 95%. Se objetiva una imagen típica de “donut” en el corte transversal, que corresponde a la pared muscular engrosada del píloro. Las medidas para el diagnóstico son un grosor de 3-4 mm, una longitud total de 15-19 mm y un diámetro de 10-14 mm.

La imagen típica de la atresia duodenal es la llamada doble burbuja; en ella, se demuestra la presencia de aire en el estómago (primera burbuja) y en la primera porción del duodeno (segunda burbuja). Distal a esta segunda burbuja no aparece aire. Además, la atresia duodenal se manifiesta por vómitos, siendo biliosos si la atresia es infravateriana (el tipo más frecuente), y distensión abdominal, que suelen aparecer en las primeras 24 horas de vida, por lo que no encaja con la clínica del paciente presentado. A menudo se diagnostican en ecografías prenatales.

La malrotación con vólvulo de intestino medio se manifiesta por vómitos biliosos repentinos (al contrario de los que presentaba nuestro paciente) y distensión abdominal. Es frecuente que exista una historia previa de episodios de vómitos más leves e intermitentes, que repentinamente se vuelven más intensos. En la radiografía de abdomen, se objetivan niveles hidroaéreos, asas intestinales dilatadas en torno al hígado y ausencia de gas en intestino distal.

La enterocolitis necrotizante se manifiesta generalmente en el primer mes de vida, con vómitos (biliosos o no), heces con sangre y distensión abdominal. En ocasiones, algún asa de intestino dilatada puede palparse en la exploración. El hallazgo patognomónico de enterocolitis necrotizante en una radiografía de abdomen es la neumatosis intestinal. En otras ocasiones, se visualizan asas de intestino delgado fijas y/o dilatadas de forma difusa.

El íleo meconial es una forma de obstrucción intestinal distal causada por bolas de meconio espeso en íleon terminal. Alrededor del 90% de los recién nacidos con íleo meconial tienen fibrosis quística, y el 10-15% de los pacientes con fibrosis quística presentan íleo meconial. El íleo meconial no complicado se presenta clínicamente como vómitos, distensión abdominal y retraso en la expulsión de meconio. En la radiografía simple de abdomen, se visualiza distensión de asas de intestino delgado, con escasos niveles hidroaéreos. Con frecuencia se aprecia una imagen en “burbuja de jabón”, típicamente localizada en fosa ilíaca derecha, originada por la mezcla de gas y meconio. Este signo es característico, aunque no diagnóstico, de íleo meconial.

Bibliografía

1. Gaith Semrin M, Russo MA. Anatomy, histology, embryology, and developmental anomalies of the stomach and duodenum. Feldman: Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, 9th ed.; 2010. p. 773-88.
2. Hostetler MA. Gastrointestinal disorders. Marx: Rosen's emergency medicine, 7th ed.; 2009. p. 2171-8.
3. Hunter AK, Liacouras CA. Hypertrophic pyloric stenosis. Kliegman: Nelson textbook of Pediatrics, 19th ed.; 2011. p. 1274-5.
4. Louie JP. Essential diagnosis of abdominal emergencies in the first year of life. Emerg Med Clin N Am. 2007; 1009-40.