

HAGA SU DIANOSTICO

Dr. F. J. Unchalo

Lactante de 2 meses de edad que presenta regurgitaciones y vómitos posprandiales proyectivos esporádicos, con moderado compromiso del estado nutricional. Se le practica ecografía informada como normal.

Presenta las siguientes imágenes en un estudio de deglución y seriada esófago-gastro-duodenal:



Figura 1

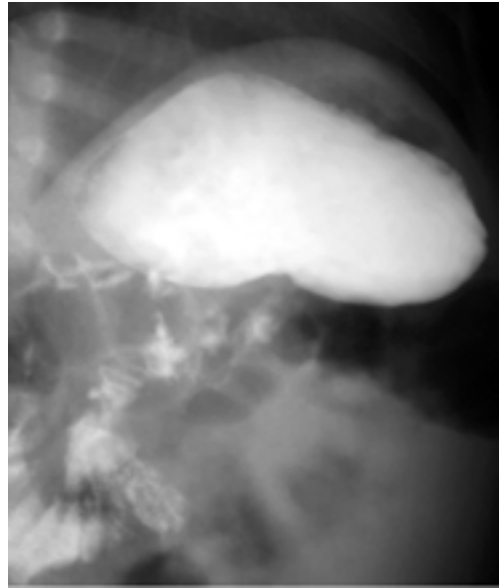


Figura 2

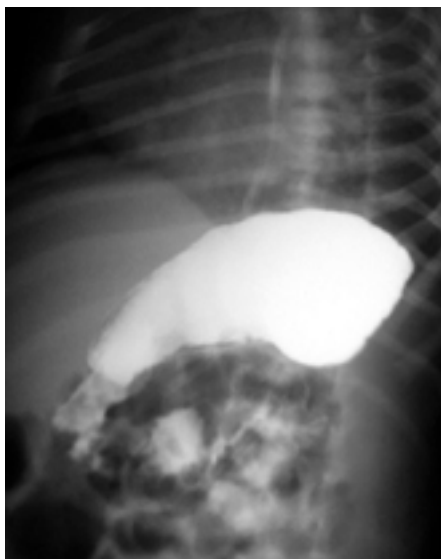


Figura 3

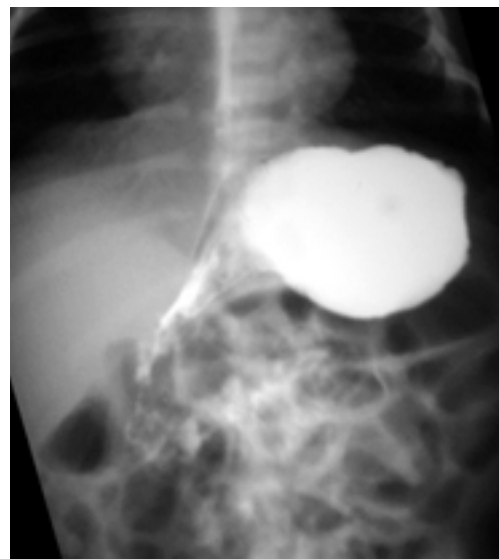


Figura 4

¿CUAL ES SU DIAGNOSTICO?

HALLAZGOS

El paciente presentaba RGE de alto grado con escurrimiento esofágico eficiente (Figura 1). El estómago aparece plegado sobre su eje mesentérico-axial, ubicándose el píloro a la misma altura del cardias (Figura 2), lo que en la posición lateral produce la "imagen faloide" (Figura 3), que figura en la antigua literatura francesa. Esto se observa particularmente cuando existe meteorismo del colon transverso (Figura 4) y laxitud de los mesos. Esta anomalía de carácter benigno y transitorio, suele denominarse en la literatura tradicional "plicatura gástrica" la evacuación gástrica, se facilita al colocar al paciente en decúbito lateral derecho.

Ejemplo en el niño mayor:



Figura 5: Imagen "faloide".



Figura 6: Retroposición del colon

Discusión

Normalmente, el estómago se encuentra fijo mediante los ligamentos gastrohepático, gastrofrénico, gastroesplénico y gastrocólico o mesocolon transverso. El vólvulo gástrico verdadero es infrecuente en la infancia y cuando se produce, en general existe alguna causa determinante.

Se han descrito dos tipos de vólvulos según el eje de rotación del órgano:

Gastro-axial: según el cual el estómago rota alrededor de su eje cardiopilórico y gira sobre su eje longitudinal, la curvatura mayor se desplaza de izquierda a derecha y de atrás hacia delante, constituyendo un verdadero vólvulo.

Mesentérico-axial: en estos casos el órgano establece una rotación de derecha a izquierda o viceversa, siempre alrededor del eje longitudinal del epiplón gastro-hepático, produciéndose una torsión más bien que un vólvulo verdadero. Puede ser completo o incompleto, según su rotación alcance o sea inferior a los 180 grados, expresándose clínicamente bajo formas agudas, intermitentes o crónicas. Los factores determinantes comprenden la dilatación aguda del estómago, su repleción excesiva, traumatismos, vómitos incoercibles, así como aumentos repentinos de la presión intraabdominal.

Existen casos de vólvulos idiopáticos y secundarios. Estos últimos son consecuencia de alguna otra anomalía tales como hernia hiatal o eventración diafragmática y también por una laxitud pronunciada del mesocolon transverso, que le permite al colon transverso distendido situarse por detrás del estómago elevándolo y dificultando sensiblemente evacuación gástrica.

En casos de plicatura gástrica como el que se presenta, al radiólogo le es posible observar las numerosas instancias de RGE que se producen al distorsionarse temporalmente la relación espacial de los diversos compartimientos anatómicos del estómago. Asimismo el observador puede identificar la alteración morfológica gástrica (Figura 5), producida por la retroposición del colon transverso (Figura 6), y además, está en una situación ideal para comprobar el rápido cambio favorable que se produce, al adoptar el niño la mencionada postura correctora en decúbito lateral derecho horizontal.

LECTURA RECOMENDADA

- Problemas de abdomen: vólvulo gástrico parcial. Rocca Rivarola, Julio C. Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires. Septiembre de 1960 Vol.: II N° 0006 (p. 188-191)
- Youssef, S.A.; Di Lorenzo, M.; Yazbeck, S.; Ducharme, J.C.: Gastric volvulus in children. Chir. Pediatr. 1997; 28(1): 39-42.
- Ducharme, J.C.: Gastric volvulus in children Chir. Pediatr. 1987; 28(1): 39-42.
- Georgacopulo, P.; Pavanello, P.; Shweiki, F.; et al: Gastric volvulus in childhood. Minerva. Pediatr. 1996; 48(6): 275-8.
- Honna, T.; Kamii, Y.; Tsuchida, Y.: Idiopathic gastric volvulus in infancy and childhood. J. Pediatr. Surg. 1990; 25(7).
- Samuel M; Burge Dm; Griffiths Dm. Gastric volvulus and associated gastro-oesophageal reflux. Arch Dis Child; 73(5):462-4,1995 Nov.