

Preguntas comunes en imágenes

Estenosis hipertrófica del píloro

Dres. José San Román*, Fernanda Dovasio*, Tamara Kreindel*, Mariana Kucharczyk*

INDICACIONES

1. *¿Ante la sospecha clínica de estenosis hipertrófica del píloro (EHP), sin o con palpación de oliva pilórica es conveniente indicar imágenes?*

- La oliva no siempre se palpa, especialmente con diagnósticos cada vez más precoces.
- Actualmente el examen de elección en primera instancia es la ecografía dirigida por su sensibilidad, especificidad, bajo costo, ausencia de radiación y por ser un método fácilmente repetible.

2. *¿Ecografía o seriada gastroduodenal (SGD)?*

- Ambos métodos tienen alta sensibilidad y especificidad (cercana al 100%).
- El consenso actual es que si la sospecha clínica es alta para EHP se recomienda la ecografía.
- Debe ser un ecografista entrenado.
- Si la sospecha clínica para EHP es baja o la edad no es la típica se prefiere la SGD en busca de otras patologías (reflujo gastroesofágico, malrotación).
- También hay que considerar la disponibilidad del medio.

3. *¿Qué hacer si la ecografía es negativa?*

- Puede deberse a que el diagnóstico ha sido muy precoz y todavía no se aprecia la hipertrofia muscular. Recordar que es una patología dinámica y progresiva.
- Si la sospecha clínica es alta puede repetirse el estudio dentro de las 48 hs.
- Si nuevamente es negativa, considerar otros diagnósticos y recurrir a una SGD.

4. *¿Es útil la radiografía simple de abdomen?*

- Tiene un valor relativo. No espere mucho de ella.
- Tiene baja sensibilidad y especificidad.

- Si es normal no descarta el diagnóstico y si es positiva igual hay que hacer ecografía o SGD.

- En EHP puede mostrar estómago distendido, pero sin patología intestinal.
- También puede ser falsamente "normal" si el lactante vomitó recientemente.

5. *¿Qué hacer si la SGD es negativa?*

- Puede deberse a que el diagnóstico ha sido muy precoz y todavía no se aprecia la hipertrofia muscular.
- Reconsiderar el diagnóstico.

6. *¿Por qué puede haber falsos negativos en la ecografía o SGD?*

- Falta de experiencia de quien la realiza.
- Músculo pilórico escasamente hipertrofiado por diagnóstico muy precoz o en prematuros. La EHP va creciendo con el paciente.

7. *¿Cuál son las causas más frecuente de falsos positivos en ecografía?*

- Por falta de experiencia o dificultad técnica para medir el grosor pilórico de manera adecuada.

8. *¿Es necesario luego de la cirugía solicitar estudio por imágenes?*

- No es necesaria ni habitual la evaluación posquirúrgica.
- En la ecografía el píloro generalmente persiste engrosado por 2 o 3 meses.
- En la SGD cambia más rápidamente y es el mejor método para evaluar el postoperatorio.

SIGNOS OBJETIVOS

- RX abdomen
 - Estómago distendido con aire o líquido y falta de dilatación duodenal o intestinal que sugiere obstrucción de la evacuación gástrica.
- Ecografía
 - Grosor de la capa muscular en el

* Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Italiano de Buenos Aires. Cátedra de Imágenes. UBA.

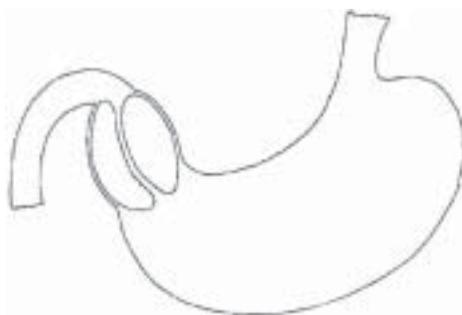
- corte longitudinal del píloro.
- Valor normal menor a 2,5 mm.
- Border line: 2,5-3,5 mm.
- Patológico: mayor a 3,5 mm (debe ser efectuado en el plano longitudinal estricto siendo este el signo más importante con 100% de especificidad si se realiza correctamente).
- Canal pilórico longitudinal superior a 14 mm y transversal (serosa a serosa) superior a 9 mm.
- Aumento de perístasis gástrica con ausencia de pasaje de contenido por el canal pilórico.
- SGD
 - Retardo o ausencia del vaciamiento gástrico que normalmente es casi instantáneo y continuo.
 - Signos de lucha (hiperperistalsis y ondas retrógradas).
 - Canal pilórico elongado y estrechado (signo del canalito).

- Signo del doble canal.
- Oliva radiológica (compresión del antro y bulbo).
- Signo del paraguas (la tela del paraguas es el bulbo duodenal comprimido y el mango es el canal pilórico elongado).
- Otros estudios
 - No son necesarios. ■

REFERENCIAS

1. Swischuk L, ed. Imaging of the newborn, infant and young child. Williams & Wilkins; 1997: 383-390.
2. Kirks D, ed. Practical Pediatric Imaging. Lippincott-Raven; 1998: 902-4.
3. Hernanz-Schulman M, Sells L, Ambrosino M. Hypertrophic pyloric stenosis in the infant without a palpable olive: accuracy of sonographic diagnosis. Radiology 1994; 193(3): 771-776.
4. Marta Hernanz-Schulman MD. Infantile hypertrophic pyloric stenosis. Radiology 2003; 227:319-331.
5. Mandell G, Wolfson P, Adkins E. Cost-effective imaging approach to the nonbilious vomiting infant. Pediatrics 1999; 103(6Pt 1): 1198-1202.
6. Teele R, Smith E. Ultrasound in the diagnosis of idiopathic hypertrophic pyloric stenosis. N Engl J Med 1977 19; 296(20): 1149-1150.

FIGURA 1. Esquema, SGD y ecografía



Esquema donde se observa el músculo del canal pilórico hipertrofiado. En la SGD se observa el contraste en la luz del canal pilórico elongado y adelgazado. La ecografía permite la medición del grosor parietal (M) y la longitud del canal (L). P: píloro. E: estómago.

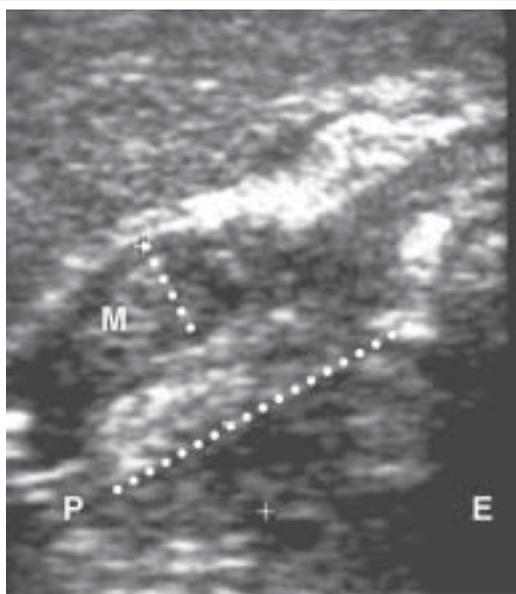
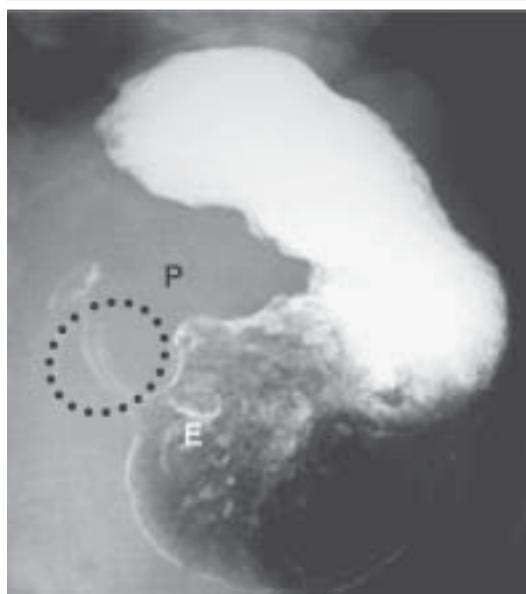
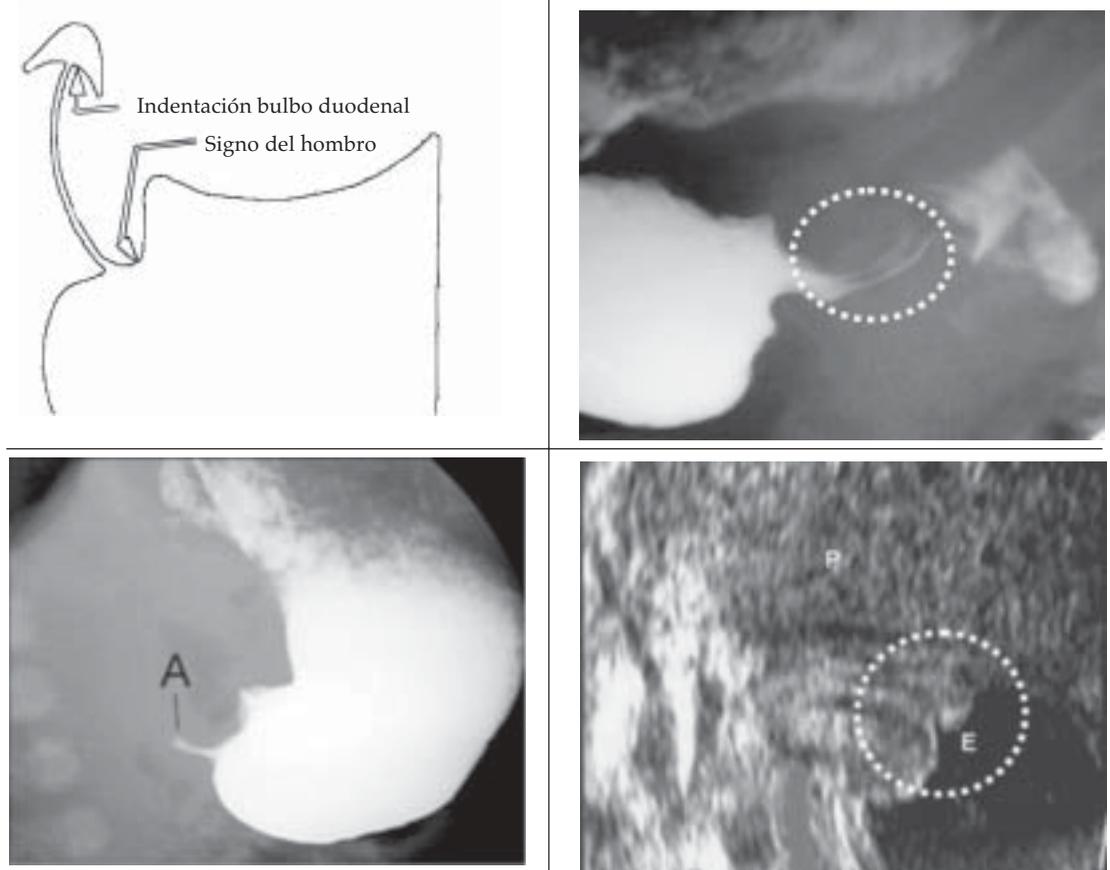


FIGURA 2. SGD en niño de 20 días de vida con vómitos



Se observa el signo del doble canal (A), el signo del hombro producido por el músculo pilórico hipertrofiado que impronta sobre el antro, y la indentación del bulbo duodenal (esquema). P: píloro. E: estómago.

Algoritmo actual

