



IMÁGENES EN PEDIATRÍA

Obstrucción duodenal congénita en un preescolar

Congenital duodenal obstruction in an infant

Ainhoa Larrauri Goiri^{a,*}, Helena Lorenzo Garrido^b,
Mónica de las Heras Martín^a y Tania Iglesias López^a

^a Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, Vizcaya, España

^b Unidad de Gastroenterología y Nutrición Infantil, Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, Vizcaya, España

Disponible en Internet el 22 de mayo de 2018

Niño de 3 años que acude a urgencias por vómitos de características retentivas de 12 h de evolución. Antecedentes personales: 3 ingresos por vómitos y deshidratación, comunicación interventricular perimembranosa y dermatitis atópica. A su llegada la exploración física y el estado nutricional son normales. Pruebas complementarias: la radiografía de abdomen muestra «signo de la doble burbuja» con dilatación de cámara gástrica y duodeno proximal (fig. 1). La ecografía abdominal y el tránsito gastrointestinal revelan dilatación de primera, segunda y tercera porción duodenal, con transición brusca en la zona correspondiente a la pinza aortomesentérica (fig. 2). La angio-TAC descarta dicha afección. La gastroscopia evidencia restos alimentarios retenidos en tercera porción duodenal y una membrana delgada con perforación excéntrica de 3 mm, que genera una imagen de fondo de saco ciego, compatible con membrana duodenal congénita (fig. 3).

La obstrucción duodenal congénita es poco frecuente¹. En un 60% de casos se asocia a prematuridad y en un 30% a síndrome de Down. Puede relacionarse con otras malformaciones digestivas (atresia esofágica, páncreas anular) y



Figura 1 Radiografía de abdomen en bipedestación: «signo de la doble burbuja». Se observa aire distendiendo la cámara gástrica y el duodeno proximal.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: algoiri@gmail.com (A. Larrauri Goiri).



Figura 2 Tránsito gastrointestinal con bario: paso entrecido del contraste desde el estómago hacia el duodeno. Se visualiza un marco duodenal dilatado hasta la tercera porción del duodeno en la que existe un cambio brusco de calibre.

extradigestivas (cardíacas, renales). El origen es intrínseco (atresia, estenosis, membrana) o extrínseco.

La atresia intestinal de primer grado, constituida por una membrana o diafragma intraluminal², puede causar obstrucción parcial del duodeno. Los vómitos son el síntoma

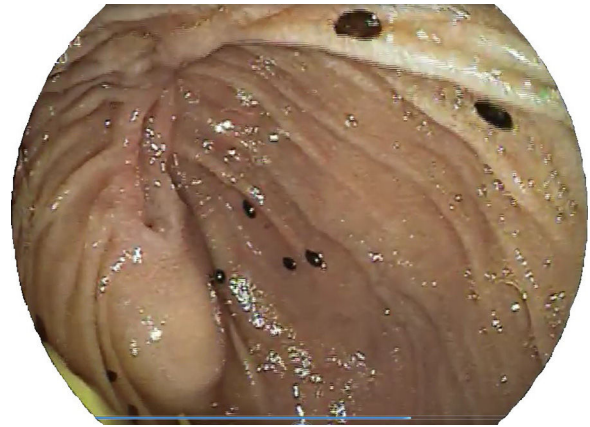


Figura 3 Endoscopia: se evidencia la membrana delgada con perforación excéntrica de 3 mm, que genera una imagen de fondo de saco ciego, compatible con membrana duodenal congénita. Asocia restos alimentarios retenidos.

guía y suelen ser intermitentes, relacionados con ingestas abundantes y en ocasiones sin repercusión nutricional. Es preciso un alto índice de sospecha. El diagnóstico es clínico y radiológico, y la confirmación endoscópica. El tratamiento es quirúrgico³, como en el caso de nuestro paciente, adquiriendo cada vez mayor importancia el abordaje endoscópico.

Bibliografía

1. Kshirsagar AY, Sulhyan SR, Vasisth G, Nikam YP. Duodenal stenosis in a child. *Afr J Paediatr Surg.* 2011;8:92-4.
2. Cano Muñoz I, Montoya Bendoza N. Obstrucción duodenal en pacientes pediátricos. *An Radiol Mex.* 2011;4:258-73.
3. van der Zee DC. Laparoscopic repair of duodenal atresia: Revisited. *World J Surg.* 2011;35:1781-4.