

Caso  
Autores  
Centro

(706) Más allá de la estenosis hipertrófica de píloro  
Ana Palma Baro, Inmaculada Rivera Salas, Ana M<sup>a</sup> Higuera  
Higuera, M<sup>a</sup> Teresa Jaén Reyes, Victoria Palomo Gallego  
Hospital Alto Guadalquivir

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón lactante de 1 mes de vida que acude a Urgencias por vómitos tras las tomas de 24 horas de evolución sin otra clínica asociada salvo irritabilidad. A la exploración física el abdomen se encuentra blando y depresible, sin masas ni megalias. Con la sospecha clínica de estenosis hipertrófica de píloro, se solicita una ecografía que se realiza con sonda lineal de alta frecuencia. Desde el inicio del estudio en la búsqueda del canal pilórico, se detectan asas intestinales en hemiabdomen derecho que se encuentran dilatadas, con líquido en su interior y escasamente peristálticas siendo las asas ubicadas en hemiabdomen contralateral de características normales. También se identifica líquido entre las asas y en pelvis. Explorando caudalmente las asas patológicas se visualiza una de ellas extruída de cavidad a nivel inguinal derecho, atrapada, con líquido a su alrededor que continúa a región escrotal en forma de hidrocele derecho. El asa atrapada presenta leve hipoecogenicidad y engrosamiento de su pared.

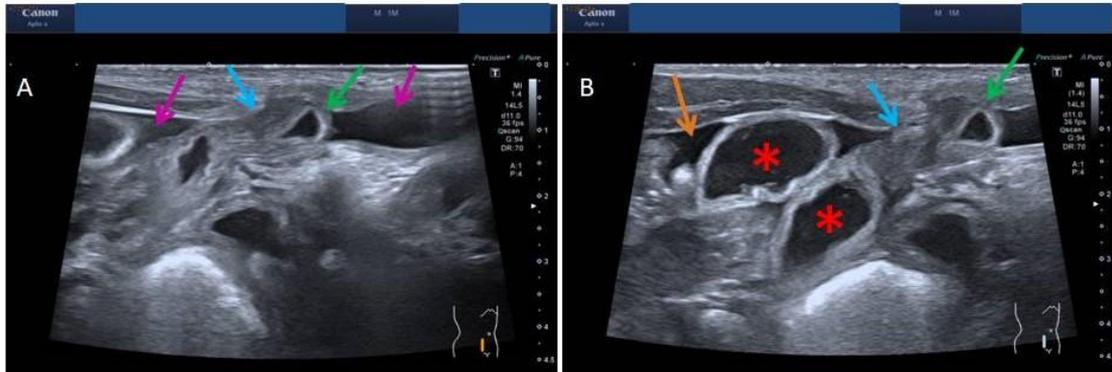
## DISCUSIÓN

El diagnóstico es de hernia inguinal derecha con obstrucción intestinal retrógrada. Durante el estudio a la presión con el transductor, la hernia se reduce totalmente cesando de inmediato el llanto del paciente, recuperando las asas un aspecto normal y reanudándose el tránsito intestinal. No obstante, ante cualquier aumento de la presión abdominal, la hernia se reproducía nuevamente. El paciente fue intervenido de herniorrafia inguinal derecha.

Ante lactantes a partir del mes de vida que consultan por vómitos tras las tomas, la primera sospecha clínica es la de estenosis hipertrófica de píloro (EHP). No obstante, la hernia inguinal (HI) es una patología frecuente en este tipo de pacientes cuya clínica se solapa con la EHP en forma de vómitos, irritabilidad y dolor abdominal por lo que debemos tenerla en mente en estos casos. Es más frecuente en varones que en niñas, en el lado derecho que en el izquierdo. Suele deberse a una obliteración incompleta del proceso vaginal durante el desarrollo fetal y entre sus factores de riesgo se encuentran la prematuridad, antecedentes familiares de HI, fibrosis quística, criptorquidia ... entre otros. El contenido de las HI puede ser epiplon, intestino, ovario o vejiga. En la exploración física se puede detectar cierto abultamiento en la región inguinal, reducible o no y con leve tonalidad azulada. En casos dudosos o complicados se suele solicitar valoración, ecográfica siendo fácil de identificar el asa prolapsada fuera de la cavidad abdominal así como signos de obstrucción intestinal, líquido libre e hidrocele asociado.

## CONCLUSIÓN

La estenosis hipertrófica de píloro y la hernia inguinal son dos patologías frecuentes en pacientes lactantes con manifestaciones clínicas similares. Ambas son fáciles de diagnosticar con ecografía por lo que son frecuentes en nuestra práctica clínica habitual de la radiología de Urgencias.



*Hernia inguinoescrotal derecha en paciente varón de 1 mes de vida. A y B) Asa intestinal prolapsada y atrapada en canal inguinal derecho (flechas verdes) con líquido intra y extraperitoneal (flechas rosas). Engrosamiento e hipocogenicidad de la pared como signo de sufrimiento (flechas azules). Asas de intestino delgado dilatadas y llenas de líquido (asteriscos) por obstrucción secundaria a hernia inguinal (flecha verde).*

## BIBLIOGRAFÍA

Moya Jiménez et al. Hernias más frecuentes de la pared abdominal . Acta Pediatr Esp. 2007; 65 (5): 231-235

Pini Prato et Al. Timing and Management of inguinal hernia in premature baby. Eur J Pediatr Surg 2017; 27 (06): 472-477. DOI: 10.1055 / s-0037-1608802

Coca Robinot D, et al. Urgencias abdominales en pediatría. Radiología. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rx.2016.02.003>