

Dolor abdominal agudo en una adolescente

M.M. Jiménez, J. Roldán, G. García-Mardones, T. Díaz de Buztamante y C. Merino

Hospital 12 de Octubre. Hospital del Niño Jesús. Madrid.

(An Esp Pediatr 2000; 53: 71-72)

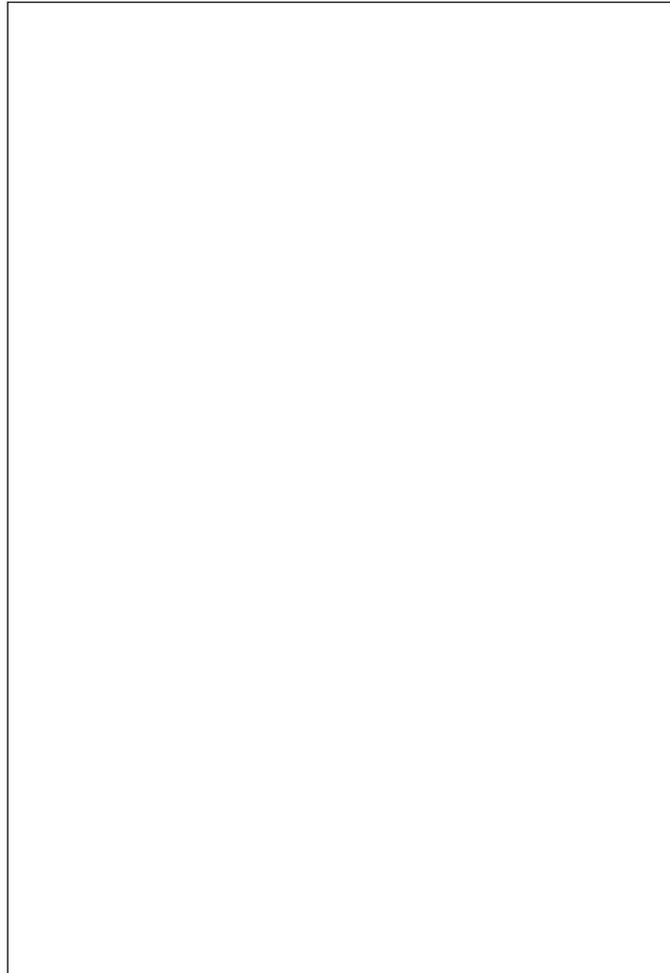


Figura 1. Desplazamiento de las asas intestinales caudalmente, debido a la marcada distensión gástrica, extendiéndose el efecto de masa a ambos lados de la línea media.

CASO CLÍNICO

Adolescente de 15 años, con pérdida de peso moderada en los últimos meses. Sin otros antecedentes de interés.

Acudió a urgencias por dolor abdominal agudo, náuseas y vómitos de carácter alimentario, sin fiebre u otra sintomatología relevante. La analítica era prácticamente normal, excepto una ligera hipopotasemia. En la exploración física destacaba una importante delgadez, sudación y un abdomen distendido sin signos de irritación peritoneal.

Se realizó una radiografía simple de abdomen, donde el radiólogo de urgencias objetivó una aparente masa en hemiabdomen superior de gran tamaño que se situaba a ambos lados de la línea media, de contorno inferior nítido y que desplazaba al colon y a las demás asas intestinales hacia la pelvis (fig. 1).

PREGUNTA

¿Cuál es su diagnóstico?

Correspondencia: Dra. M.M. Jiménez de la Peña. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital 12 de Octubre.

Ctra. de Andalucía, km 5,4. 28041 Madrid.

Recibido en abril de 2000.

Aceptado para su publicación en abril de 2000.

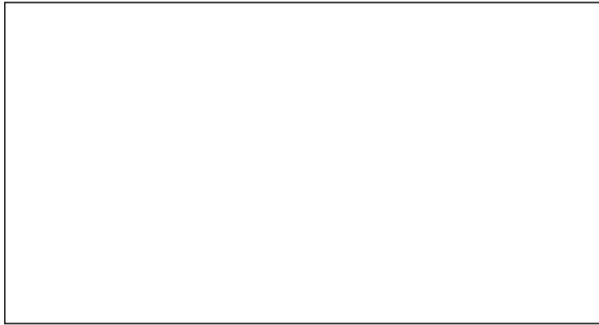


Figura 2. Radiografía simple de abdomen en decúbito supino con rayo horizontal. Gran cámara gástrica con nivel hidroaéreo. La punta de la sonda nasogástrica sobrepasa este nivel.

DILATACIÓN AGUDA GÁSTRICA EN LA ANOREXIA NERVIOSA

La masa se halla situada en el compartimiento supramesocólico, siendo compatible con notable dilatación gástrica. Se confirma el diagnóstico con ecografía abdominal, donde se objetiva un estómago muy dilatado, con abundante contenido. Se reinterroga a la paciente, llegando al diagnóstico de episodio bulímico en el seno de una anorexia nerviosa. Se colocó rápidamente una sonda nasogástrica, solucionando la sintomatología de la paciente. La actuación precoz del personal de urgencias evitó complicaciones mayores como la gangrena o perforación gástrica, hecho que ocurrió en otra paciente de 22 años (fig. 2), con anorexia nerviosa desconocida, que acudió a urgencias en los meses precedentes con el mismo cuadro clínico. La demora en el tratamiento, la presencia de líquido libre en la ecografía abdominal practicada (fig. 3) y la mala evolución clínica, obligó a la intervención quirúrgica de la paciente. Se practicó una gastrectomía total, debido a la presencia de una gangrena de toda la pared gástrica.

Frecuentemente, en urgencias encontramos dilataciones agudas gástricas secundarias a múltiples etiologías: úlcus péptico, neoplasias digestivas, trastornos neuroló-

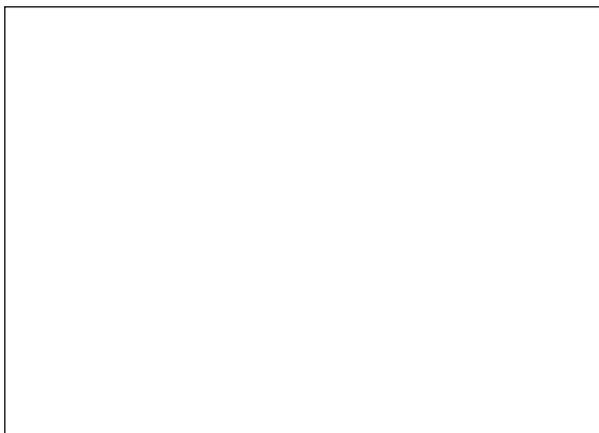


Figura 3. Corte sonográfico transversal: líquido libre (triángulo anecoico) entre hígado, riñón derecho y asas intestinales.

gicos (paresia diabética, distrofia muscular de Duchenne, síndrome de Guillen-Barré, etc.), fármacos (antidepresivos, psicotrópicos). La secundaria a anorexia nerviosa es rara. La bibliografía al respecto es escasa y siempre constituyen casos aislados.

Esta enfermedad se debe sospechar ante todo episodio de cuadro oclusivo abdominal en estos pacientes. En su etiología se implican diferentes factores. En primer lugar, el adelgazamiento progresivo y acelerado conlleva una disminución de la grasa retroperitoneal, resultando en una compresión vascular de la tercera porción duodenal, hecho conocido como el síndrome de la pinza aortomesentérica¹. En segundo lugar, estos pacientes sufren ataques bulímicos que les obligan a una ingesta excesiva de comida en un corto período de tiempo, ocasionándoles una notable distensión gástrica². En tercer lugar, el estrés emocional de una realimentación forzada puede provocar una inhibición de la motilidad gástrica a través de mecanismos regulados por el sistema nervioso autónomo. Por último, los psicotrópicos del tratamiento de muchos de estos pacientes alteran la motilidad gástrica, agravando el problema.

Todos ellos abocan a una distensión masiva del estómago. Como consecuencia, se dificulta el retorno venoso y, finalmente, el flujo intramural arterial. El estadio final es la necrosis de la pared gástrica^{3,4}.

Con métodos sencillos y nada invasivos en el servicio radiológico de urgencias se puede realizar un diagnóstico precoz y certero de la dilatación aguda gástrica, permitiendo así la recuperación de los pacientes con tratamiento conservador. Este tratamiento consiste en una sonda de aspiración, un control hidroelectrolítico y el uso de inhibidores de la secreción gástrica (somatostatina) y estimuladores de la motilidad (eritromicina)⁵.

Cuando el diagnóstico se demora, la complicación fatal es la perforación o necrosis de la pared gástrica. En nuestra experiencia, la presencia de líquido libre en la ecografía puede ser indicativo de gravedad. Este hecho implica la realización de una laparotomía urgente y la gastrectomía total en la mayoría de los casos, con una mortalidad operatoria de hasta el 65%.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stheneur C, Rey C et al. Dilatation aiguë de l'estomac avec pince mésentérique chez une jeune fille anorexique. Arch Pediatr 1995; 2: 973-976.
2. Petrin C, Tacchetti G et al. Distension aiguë suivie de rupture gastrique après un accès de boulimie. J Chir (Paris) 1990; 127: 213-215.
3. Low VHS, Thompson RI. Gastric emphysema due to necrosis from massive gastric distention. Clin Imaging 1995; 19: 34-36.
4. Blázquez Lautre L, Soriano Gil P et al. Necrosis gástrica por distensión aguda del estómago y síndrome de la pinza mesentérica. Rev Esp Enf Dig 1995; 87: 56-57.
5. Archambeaud-Mouveroux F, Teissier MP et al. Dilatation gastrique aiguë au cours d'une anorexie mentale: intérêt de erythromycine-octréotide. La Presse Medicale 1995; 24: 1003.