



SITUACIONES CLÍNICAS

Dolor abdominal en paciente con bulimia nerviosa

O. Artigas-Montañes^a, D. Saenz-Abad^b, I. Murillo-Díaz De Cerio^a y F.J. Ruiz-Ruiz^{b,*}

^aMedicina de Familia y Comunitaria, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

^bServicio de Urgencias, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

Recibido el 7 de mayo de 2009; aceptado el 11 de enero de 2010

Disponible en Internet el 30 de marzo de 2010

PALABRAS CLAVE

Bulimia nerviosa;
Dilatación gástrica;
Diagnóstico

KEYWORDS

Bulimia nervosa;
Gastric dilatation;
Diagnosis

Resumen

La incidencia de bulimia nerviosa ha cobrado importancia en los países occidentales en las últimas décadas. La dilatación gástrica aguda es un proceso muy grave e infrecuente en pacientes sin antecedentes de enfermedad digestiva. Sin embargo, se han descrito casos en pacientes con alteraciones de la conducta alimentaria, especialmente después de ingestas compulsivas. Las complicaciones de la dilatación gástrica aguda son la necrosis isquémica del órgano y la perforación que pueden conducir a una situación de shock irreversible. El diagnóstico precoz y la evacuación gástrica, incluso en fases incipientes de isquemia y necrosis pueden evitar la realización de una laparotomía. Se debería realizar una cuidadosa investigación de los hábitos alimentarios con objeto de ofertar un tratamiento precoz. Presentamos el caso de una mujer de 24 años que padecía bulimia nerviosa e ingresó por una dilatación gástrica aguda y revisamos las características más importantes de esta entidad.

© 2009 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

Abdominal pain in bulimic patient

Abstract

The incidence of bulimia nervosa has attained significance in the last decades in the Western countries. Massive gastric dilatation is a very serious condition that is extremely rare in patients with no background of gastrointestinal disease. However, several cases have been reported in patients with eating disorders, particularly after a compulsive ingestion. Complications of acute gastric dilatation are infarction and perforation with severe and irreversible shock. Prompt diagnosis of acute gastric dilatation and decompression of the stomach even when gastric ischemia and mucosal necrosis is present may avoid unnecessary laparotomy. Careful investigation of eating habits may result in therapeutic gastric emptying at an earlier stage. We present a case of a 24-year old woman

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ruizruizfj@gmail.com (F.J. Ruiz-Ruiz).

who suffered bulimia nervosa and was admitted because of acute gastric dilatation. We review the most important features of this condition.

© 2009 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Caso clínico

Mujer de 24 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes personales de trastorno de la conducta alimentaria (bulimia nerviosa) que acudió al servicio de urgencias por presentar cuadro de dolor abdominal difuso de 24 h de evolución. Refería distensión progresiva del abdomen sin otros síntomas acompañantes. Interrogada sobre su hábito alimentario reconocía un menor control de éste, con ingestas compulsivas diarias y posterior conducta purgativa habiendo perdido 10 kg en los últimos meses. A su llegada, la paciente impresionaba de importante afectación del estado general. Se encontraba consciente, orientada, con sequedad y palidez de piel y mucosas. Presentaba una tensión arterial de 110/85 mmHg, una temperatura axilar de 38 °C y una frecuencia respiratoria de 12 respiraciones por minuto. La auscultación pulmonar era normal y la auscultación cardíaca mostraba una taquicardia a 120 latidos por minuto. El abdomen era globuloso, con gran distensión y matidez a la percusión, doloroso a la palpación de forma generalizada, con sensación de masa, no pulsátil, en el mesogastrio, y el peristaltismo estaba disminuido. Los signos de Blumberg, de

Murphy y del psoas fueron negativos. La analítica realizada, incluida una gasometría venosa, no mostraba alteraciones relevantes. Se realizó una radiografía de abdomen que resultó diagnóstica (fig. 1).

Diagnóstico

Dilatación gástrica aguda secundaria a obstrucción pilórica por ingesta compulsiva.

Evolución

Una vez confirmado el diagnóstico se procedió a la colocación de sonda nasogástrica de aspiración, obteniéndose un material marrónáceo espeso que obstruía la sonda. Dada la importante dilatación gástrica y ante la sospecha de obstrucción mecánica del píloro por restos alimenticios fue valorada por el servicio de cirugía, decidiéndose la realización de una laparotomía exploradora de urgencia. Se procedió a la evacuación gástrica de unos 4 l de contenido en el que se distinguían fragmentos de alimentos casi completos, sin masticar. No se objetivaron

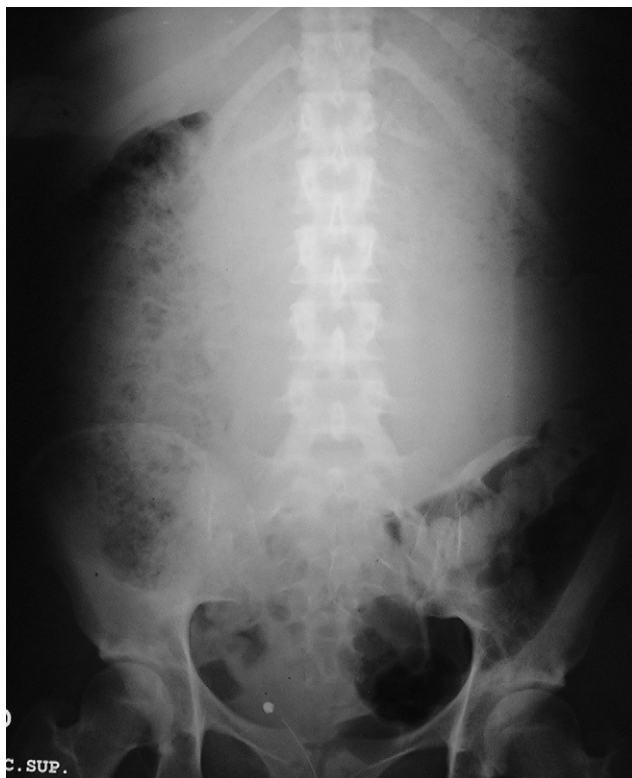


Figura 1 Se aprecia una importante distensión gástrica, con contenido en su interior, que modifica el marco cólico y ocupa la práctica totalidad de la cavidad abdominal.



Figura 2 Radiografía realizada 24 h después de la evacuación, donde se observa la normalización de las alteraciones radiológicas al ingreso, presentando un luminograma normal.

lesiones estructurales en el estómago. El postoperatorio cursó sin incidencias, normalizándose las alteraciones radiológicas (fig. 2).

Discusión

La dilatación gástrica aguda en el adulto es una entidad rara, que ha sido descrita en diferentes circunstancias: intubación errónea del esófago y ventilación con ambú, cicatriz duodenal, íleo paralítico por cirugía, anorexia, polifagia psicógena, diabetes mellitus y alteraciones electrolíticas, entre otras¹⁻⁶.

También se ha descrito en la bulimia nerviosa, como el caso que nos ocupa. Las alteraciones mecánicas al vaciado gástrico, el llenado excesivo y el íleo paralítico reflejo son los tres mecanismos básicos que pueden producir una dilatación gástrica⁷. La dilatación gástrica aguda se caracteriza clínicamente por dolor abdominal, vómitos, distensión abdominal (habitualmente de gran magnitud), con llamativa matidez a la percusión, pudiendo evidenciarse, en ocasiones, circulación colateral abdominal. En algunos casos puede cursar con un shock hipovolémico. Si bien los vómitos están presentes en el 90% de los casos, en ocasiones es la imposibilidad para el vómito uno de los síntomas iniciales^{1,3}.

El diagnóstico y tratamiento precoces son claves para evitar complicaciones. La complicación más grave es la ruptura/perforación del estómago por diástasis y/o necrosis isquémica. El promedio en el que una perforación diastásica de estómago no tratada evoluciona hacia el fallecimiento es de 12 h aproximadamente, ya que a pesar de la rica irrigación del estómago que lo protege de la isquemia, cuando la presión intragástrica excede los 20 cm de H₂O (en condiciones normales, y a pesar de que depende del llenado, se establece una presión intragástrica de 3 cm de H₂O), la irrigación intramural se ve comprometida, produciéndose, como consecuencia, isquemia y necrosis tisular⁸. La oclusión del drenaje venoso del estómago como resultado de la alta presión intraluminal parece ser el factor determinante del infarto gástrico^{9,10}.

La radiografía de abdomen puede mostrar marcada distensión gástrica con nivel hidroaéreo, existiendo neumoperitoneo en caso de perforación. En caso de duda diagnóstica, la tomografía axial computarizada es la técnica de elección para demostrar la distensión gástrica o la existencia de neumoperitoneo asociado, pudiendo descartar, asimismo, otras patologías causantes de la sintomatología.

El tratamiento inicial de la dilatación gástrica aguda consiste en la descompresión mediante sondaje nasogástrico u orogástrico evacuatorio^{1,9}. En ocasiones, como en nuestro caso, si existe material semisólido en el estómago, una sonda de grueso calibre puede no ser eficaz y se debe recurrir al vaciamiento gástrico mediante abordaje quirúrgico urgente, dado el riesgo de necrosis y perforación¹⁰. La dilatación gástrica es una entidad rara cuyas complicaciones son potencialmente fatales y la necrosis gástrica es la más grave de ellas. Existen pocas referencias en la literatura médica al respecto, la mayoría de las cuales son informes de casos^{1-3,10}. Es por todo ello que esta entidad debe ser tenida en cuenta en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria que consultan por dolor abdominal.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Powell JL, Payne J, Meyer CL, Moncla PR. Gastric necrosis associated with acute gastric dilatation and small bowel obstruction. *Gynecol Oncol*. 2003;90:200-3.
2. Norese M, De Antón R, Sarotto LE. Dilatación gástrica aguda complicada con necrosis. *Rev Argent Cirug*. 2006;91:105-7.
3. Blasco Gil RM, Monzón Muñoz FJ, Turumbay Ranz J. Abdomen agudo en urgencias: perforación de estómago tras dilatación aguda por gastroparesia diabética. *Emergencias*. 1999;1:369-71.
4. Hopkins CS, Leith S. Acute gastric dilatation in an incarcerated hiatus hernia. *Br J Anesth*. 1989;62:108-11.
5. Lee LS, Lim NL. Severe acute gastric dilatation causing respiratory failure. *Singapore Med J*. 2006;47:716-8.
6. Jean-Lavaleur M, Perrier V, Roze H, Sarabay P, Fleureau C, Janvier G. Rupture gastrique au décours d'une séance de ventilation non invasive. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2009;28:588-91.
7. Lunca S, Rikkers A, Stanescu A. Acute massive gastric dilatation: Severe ischemia and gastric necrosis without perforation. *Rom J Gastroenterol*. 2005;14:279-83.
8. El-Serag HB, Tran T, Richardson P, Ergum G. Anthropometric correlates of intragastric pressure. *Scand J Gastroenterol*. 2006;41:887-91.
9. Todd SR, Marshall GT, Tyroch AH. Acute gastric dilatation revisited. *Am Surg*. 2000;66:709-10.
10. Turan M, Sen M, Canbay E, Karadayi K, Yildiz E. Gastric necrosis and perforation caused by acute gastric dilatation: Report of a case. *Surg Today*. 2003;33:302-4.