

Ruptura gástrica. Informe de un caso

Gastric rupture. Case report

Alfonso González Vergara¹, Milena Pereira², Judith Martínez-Royert³

Resumen

La expresión abdomen agudo en pediatría implica el concepto de una emergencia médica de origen abdominal. En los primeros días de la vida, las anomalías digestivas congénitas (presentes en aproximadamente 1 de cada 5000 recién nacidos) constituyen la causa más importante de abdomen agudo. La ruptura gástrica es un cuadro que puede describirse como causa de catástrofe intraabdominal, pudiendo ocasionar shock y muerte del paciente. Este trabajo describe un caso de ruptura gástrica espontánea en un niño de tres años de edad, con cuadro clínico de más o menos 12 horas de evolución, consistente en dolor abdominal asociado a náuseas, distensión abdominal. La madre refirió que no ha habido deposiciones ni flatos. Ecografía abdominal reportó abundante líquido en cavidad abdominal. El niño fue llevado a quirófano y falleció.

Palabras clave: ruptura gástrica, abdomen agudo, prescolar.

Abstract

The expression acute abdomen in pediatrics, implies the concept of a medical emergency of abdominal origin. In the first days of life, congenital digestive abnormalities (those present in about 1 in 5000 infants) are the most important cause of acute abdomen. Gastric rupture is a condition that can be described as the cause of intra-abdominal cataracts, which can cause shock and death of the patient. This paper describes a case of spontaneous gastric rupture in a 3-year-old boy with a clinical picture of about 12 hours of evolution consisting of abdominal pain associated with nausea, abdominal distension, the mother who has not had bowel movements. Abdominal ultrasound reports abundant fluid in the abdominal cavity, which is taken to the operating room and dies.

Keywords: gastric rupture, acute abdomen, toddler.

Fecha de recepción: 22 de enero de 2017
Fecha de aceptación: 3 de mayo de 2017

¹ Pediatra-coordinador de pediatría Unidad Materno Infantil Hospital Universitario de Sincelejo. Docente Programa de Medicina Universidad de Sucre.

² Docente Universidad de Sucre. Magíster en Enfermería, con énfasis en materno-infantil. Enfermera especialista en materno-perinatal y Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud. Sincelejo (Colombia). milenapereira55@hotmail.com

³ Docente Universidad de la Costa (CUC). Enfermera doctora en Ciencias de la Educación. Mgs. en Educación, especialista en Epidemiología y en Auditoría en Salud. Barranquilla (Colombia). jmartinezroyert@gmail.com
Correspondencia: Milena Pereira. Universidad de Sucre, Cra 28 n° 5-267, barrio Puerta Roja. Sincelejo (Sucre). PBX: (+57) (5) 2771195. milenapereira55@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La expresión “abdomen agudo” en pediatría envuelve el concepto de una emergencia médica de origen abdominal. Corresponde a un diagnóstico provisorio, que se utiliza para enfrentar una enfermedad caracterizada por dolor abdominal de etiología desconocida y de iniciación brusca, que dejada a su espontánea evolución sin tratamiento podría conducir a la muerte del paciente (1).

Requiere una observación clínica directa del paciente, realizar los estudios de laboratorio e imagenológicos necesarios que contribuyan a establecer un diagnóstico etiológico definitivo, necesarios para un buen manejo del cuadro (2).

El niño con un proceso abdominal agudo presenta problemas que no se observan en los adultos y, aun más, las causas de estos varían de acuerdo con su edad.

En los primeros días de la vida, las anomalías digestivas congénitas (presentes en aproximadamente 1 de cada 5000 recién nacidos) constituyen la causa más importante de abdomen agudo (3-5).

A mayor edad son más frecuentes los problemas adquiridos. Ahora bien, tanto cuadros congénitos como adquiridos son difíciles de diagnosticar, sobre todo en lactantes y niños muy pequeños, debido fundamentalmente a la dificultad de obtener la información clínica adecuada.

A continuación se describen algunas casusas de dolor abdominal en niño; entre las cuales se encuentra la rotura de estómago (3-5).

Continuando con la descripción de las causas encontramos: dolor abdominal de origen no quirúrgico, tales como: virosis respiratoria alta, neumonía, pleuroneumonía, otitis, gastroenteritis e infección urinaria.

Entre las que corresponden a tratamientos quirúrgicos se encuentran: hernia inguinal atascada, invaginación intestinal, obstrucción intestinal, mal rotación intestinal y divertículo de Meckel complicada (6, 7).

Entre las causas de dolor abdominal en preescolares y escolares se encuentran las que producen dolor reflejo, como amigdalitis aguda, virosis, neuonía-pleuroneumonía; las que producen dolor de origen abdominal: dolor abdominal funcional, gastroenteritis aguda, apendicitis aguda, adenitis mesentérica, infección tractourinaria, parasitosis, constipación, rotura de un folículo de Graaf, anexitis y patologías tractogenital femenino, colecistitis, hepatitis, pancreatitis, diverticulitis, litiasis urinaria, síndrome hemolítico urémico, dolor de origen traumático (8).

Este trabajo describe un caso de ruptura gástrica espontánea en un niño de tres años de edad, en el que describimos signos, síntomas, consideraciones generales del caso.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino previamente sano, eutrófico, sin antecedentes patológicos de importancia, quien consultó al primer nivel de atención con dolor abdominal en mesogastrio de aproximadamente 7 horas de evolución, acompañado de náuseas; negó fiebre y trauma e ingesta reciente de medicamentos.

Con un peso de 16 kilogramos, FC: 80 lpm, FR: 22 rpm, T/A: 110/80 mmHg, T: 36.8°C.

Al examen físico destacó: abdomen globoso, distendido, timpánico, doloroso a la palpación, con sensación de masa abdominal hacia flanco derecho.

Se realizó radiografía de abdomen, que reportó “abundante gas en cámara gástrica”.

Se administró líquidos intravenosos, se instaló sonda nasogástrica y fue remitido al segundo nivel de atención.

Valorado en ronda médica de urgencias con el diagnóstico de abdomen agudo, se solicitó estudios que incluyeron ecografía abdominal, que reportó “gran dilatación del estómago, escasa cantidad de líquido en hipocondrio izquierdo”.

El paciente se deterioró rápidamente, tornándose pálido, mal perfundido, cianosis peribucal, abdomen muy doloroso, gran resistencia muscular y ausencia de ruidos hidroaéreos.

En las condiciones anteriores fue trasladado a quirófano, cuyos hallazgos describieron:

1. Megaestómago con necrosis de cara anterior con perforación de más o menos 3 cm de diámetro, contenido alimentario en cavidad abdominal.
2. Trombosis de venas y arterias iliacas. El paciente falleció en transquirúrgico.

El reporte patológico informó como diagnóstico final “segmento de estómago con ulceración, necrosis, perforación en cara anterior de aproximadamente 3 cm de diámetro, con hemorragia intersticial y trombosis de venas y arterias iliacas”.



Fuente: propia de los autores.

Figura 1. Radiografía de abdomen

DISCUSIÓN

La presentación de este caso coincide con lo reportado en la literatura, con evolución muy aguda, dolor abdominal progresivo, solo dos vómitos, distensión abdominal y horas más tarde compromiso hemodinámico. Paciente masculino sin antecedentes de infección respiratoria alta, no describe trauma abdominal, uso de medicamentos, bulimia, ni comida copiosa reciente.

El abdomen agudo representa en pediatría siempre un reto diagnóstico; son muchas las causas contempladas en su etiología.

La ruptura gástrica es un cuadro clínico muy poco frecuente, y con el agravante que puede generar mortalidad si no se realiza un diagnóstico y tratamiento oportunos.

Si bien que la mayoría de los casos ocurre en el periodo neonatal y en la tercera edad, también están descritos en la literatura en preescolares y escolares; geográficamente más frecuente en el Oriente (9).

Habitualmente la pared anterior es la más afectada (40 %), seguida por la curvatura mayor (23%), curvatura menor (15%) y pared posterior (15 %). Sin embargo, esta distribución depende del grupo etario por analizar, y la curvatura mayor es la más afectada en los pacientes no neonatos (15).

En el periodo neonatal, algunos de los factores de riesgo asociados a esta entidad son: asfixia, prematuridad, isquemia, ausencia congénita de la musculatura gástrica o aumento de la presión intraluminal.

En la edad pediátrica, algunas de las causas secundarias son: trauma abdominal, úlcera

péptica, gastritis eosinofílicas o traumáticas, como la maniobra de heimlich, sonda nasogástrica o ventilación a presión positiva; también se ha relacionado con infección respiratoria alta y uso de medicamentos orales; asimismo, con bulimia, síndrome de Prader Willis.

También existen casos de ruptura gástrica asociados con trastornos genéticos neurodegenerativos que cursan con disfunción orofaríngea y dismotilidad gástrica como el síndrome de Rett, y recientemente en pacientes con síndrome heterotáxico y neuropatía motora (10-12).

Algunos autores sugieren que la lesión podría ser secundaria a una sobredistensión gástrica, con la consecuente vasoconstricción y obstrucción al flujo, que resulta en isquemia y necrosis (13).

La presentación clínica puede ser inespecífica; no siempre el vómito está presente; se debería sospechar ante distensión abdominal de evolución rápida, con signos de shock y algunas veces enfisema subcutáneo; previo a lo anterior deshidratación, desequilibrio hidroelectrolítico y por último compromiso hemodinámico, que conduce al shock; y si no se procede con reanimación hídrica, soporte de inotrópico y cirugía ocurre el fallecimiento, por lo que representa una emergencia quirúrgica, y se debe sospechar ante el dolor súbito, la distensión abdominal, signos peritoneales o compromiso hemodinámico. Algunos hallazgos imagenológicos incluyen: ausencia de niveles hidroaéreos gástricos, con aire normal o disminuido en intestino delgado y grueso, además de signos de neumoperitoneo (9).

El pronóstico de la ruptura gástrica es bueno si se realiza un abordaje quirúrgico apropiado. Sin embargo, el retraso en el diagnóstico se

ha asociado con un mal pronóstico, aumento la mortalidad de estos casos (14).

Conflicto de intereses: ninguno.

Financiación: recursos propios.

REFERENCIAS

1. Coca D, Liébana C, Aguirre E. Urgencias abdominales en pediatría. *Radiología* 2016; 58(2):80-91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rx.2016.02.003>
2. Ardela E, Dominguez F, Ansó S, Arce J. Dolor abdominal en la edad escolar: avances. *Bol Pediatr* 2000; 40:147-154.
3. Cavero-Carbonell C, Gimeno-Martos S, Zurriaga O, Rabanaque-Hernández MJ, Martos-Jiménez C. *Gaceta Sanitaria* 2016; xxx (xx):1-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.09.014>
4. Huamán M, Pacheco J, Rodríguez R, Hilser L. Diagnóstico ecográfico pre-natal de malformaciones congénitas. *Revista peruana de ginecología y obstetricia* 1986;30(2):20-23. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/504/471>
5. Amador E, Arrázola M, Montealegre L. Anomalías congénitas en el departamento del Atlántico. *Biociencias* 2014; 9(2):19-25. Disponible en: <http://www.unilibrebaq.edu.co/ojs/investigacion/index.php/biociencias/article/view/85/80>
6. Betancur R, Salazar J, Brinkmann M, Quezada R. Dolor Abdominal en urgencia. *Rev Hosp Clín Univ Chile* 2013; 25: 232-8. Disponible en: https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/dolor_abdominal_urgencia.pdf
7. Vivenes L, Navarro D, López L, Aguilar C, Polanco I. Et al. Dolor abdominal crónico orgánico y funcional en niños: prevalencia en la consulta especializada. *Revista Gen* 2015;69(2):23-27. Disponible en: <http://revistagen.org/index.php/GEN/article/view/10/2>
8. Morata J, Pérez B, Carpena P. Dolor abdominal: no siempre es lo que parece. *Pediatría Atención Primaria* 2015; 17(67): e189-e192. <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322015000400008>
9. Aronson D, Ellison A. Spontaneous gastric perforation in a child with heterotaxy syndrome. *Pediatr Emerg Care* 2010; 26:925-7.
10. Rubio I, Vásquez F, Ibarra de la Rosa I, López E, Velasco M. Perforación gástrica en paciente con neuropatía motora. *An Pediatr* 2011; 75:152-4.
11. Gallardo A, Rosado R, Ramírez D, Medina P et al. Rupture of the lesser gastric curvature after Heimlich maneuver. *Surg Endosc* 2003; 17:1494-500.
12. Shah MB, Bittner JG, Edwards MA. Rett syndrome and gastric perforation. *Ann Surg* 2008; 74:315-7.
13. Hon Q, Huijun Y, Jinze Z. Gastric rupture caused by acute gastric distention in non neonatal children: clinical analysis of 3 cases. *Chin Med J* 2000; 113:1147-9.
14. Holgersen LO. The etiology of spontaneous gastric perforation of the newborn: a reevaluation. *J Pediatr Surg* 1981; 16:608-13.
15. Tejerina Álvarez E, Holanda M, López-Espadas F, Domínguez MJ et al. Gastric rupture from blunt abdominal trauma. *Injury* 2004; 35:228-31.