

CARTAS CIENTÍFICAS

Tratamiento laparoscópico de abdomen agudo por dilatación masiva gástrica

Palabras clave: Dilatación gástrica. Oclusión mecánica gástrica. Laparoscopia.

Sr. Editor:

Comentamos el caso de una paciente femenina, de 23 años, con antecedentes de acalasia y seromiotomía laparoscópica, que acudió a Urgencias por abdomen agudo, caracterizado por dolor abdominal, fiebre e irritación peritoneal. La analítica de ingreso reflejó leucocitosis de 14.900, con 91% de neutrófilos; la radiología simple de abdomen evidenció dilatación gástrica masiva. Le fue practicada tomografía axial computarizada (TAC) abdominal, que permitió confirmar la dilatación masiva del estómago, extendida hasta la pelvis, así como neumoperitoneo, visible en hemidiafragma derecho. Fue intervenida mediante laparoscopia, con hallazgos de escaso líquido libre abdominal y brida de epiplón, dilatación gástrica masiva mecánica causada por la brida del epiplón mayor, sin necrosis gástrica. El estómago se exploró para descartar perforaciones y se liberó la oclusión seccionando con energía bipolar la banda adherencial. El postoperatorio evolucionó de forma favorable y fue dada de alta el quinto día postoperatorio.

Discusión

La dilatación masiva gástrica aguda por causa mecánica es extremadamente rara. En la mayoría de los casos es por causa funcional de etiología heterogénea y se asocia

a cirugía gástrica, anorexia nerviosa (1), bulimia, polifagia psicógena y diabetes (2). El uso de TAC resulta de utilidad, no solo para orientar la etiología sino también para descartar perforación intestinal (3). La dilatación gástrica aguda es una entidad infrecuente y peligrosa, que puede complicarse con necrosis y perforación. La mayoría de los pacientes se pueden tratar de forma exitosa con medidas conservadoras. Del Moral y cols. describen la resolución mediante colocación de sonda nasogástrica (SNG) (4), medida eficaz en la mayoría de los casos. Pero a veces, cuando la dilatación es por causa mecánica y se aprecien signos de irritación peritoneal, neumoperitoneo o analítica que sugiera necrosis, es aconsejable la exploración quirúrgica. El tratamiento laparoscópico en pacientes seleccionados puede ser una solución terapéutica eficaz, que permite orientar diagnóstico etiológico, descartar isquemia visceral e incluso la resolución quirúrgica.

Carlos Yáñez Benítez, Jorge Escartín Valderrama y Juan Luis Blas
Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.
Hospital Royo Villanova. Zaragoza

DOI: 10.17235/reed.2019.6535/2019

Bibliografía

1. Arie E, Uri G, Bickel A. Acute gastric dilatation, necrosis and perforation complicating restrictive-type anorexia nervosa. *J Gastrointest Surg* 2008;12(5):985-7. DOI: 10.1007/s11605-007-0414-6
2. Repessé X, Bodson L, Au SM, et al. Gastric dilatation and circulatory collapse due to eating disorder. *Am J Emerg Med* 2013;31(3):633.e3-4. DOI: 10.1016/j.ajem.2012.10.018
3. Stoker J, van Randen A, Laméris W, et al. Imaging patients with acute abdominal pain. *Radiology* 2009;253(1):31-46. DOI: 10.1148/radiol.2531090302
4. Del Moral Martínez M, Martínez Tirado M, Diéguez Castillo C. Dilatación gástrica aguda tras transgresión dietética. *Rev Esp Enferm Dig* 2017;109(12):877. DOI: 10.17235/reed.2017.5111/2017