

Abdomen agudo secundario a dilatación gástrica masiva

Navas Cuéllar, J. A.; Maya Aparicio, C.; Alarcón del Agua, I.; Padillo Ruiz, J.

Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Mujer de 31 años, con antecedente de trastorno del hábito alimentario, que acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal intenso de escasas horas de evolución. Refiere atracón alimentario durante las horas previas al comienzo de la sintomatología. A la exploración presenta el abdomendistendido y doloroso selectivamente a nivel epigástrico. Sin alteraciones analíticas ni hallazgos en la radiografía abdominal, se realiza una tomografía computarizada (TC) abdominal con contraste intravenoso objetivándose una dilatación masiva del estómago ocupando prácticamente toda la cavidad abdominal, con dilatación de esófago distal y marco duodenal. A nivel de la tercera porción duodenal se identifica un cambio brusco de calibre (Figura 1). Se interviene a la paciente con carácter urgente, realizándose una gastrotomía para el vaciamiento gástrico (más de 7 litros de contenido alimenticio) y una gastroenteroanastomosis, con evolución postoperatoria favorable.

Correspondencia: José Aurelio Navas Cuéllar. UGC de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Av. Manuel Siurot, s/n. 41013 Sevilla (jose_aurelionc@hotmail.com).

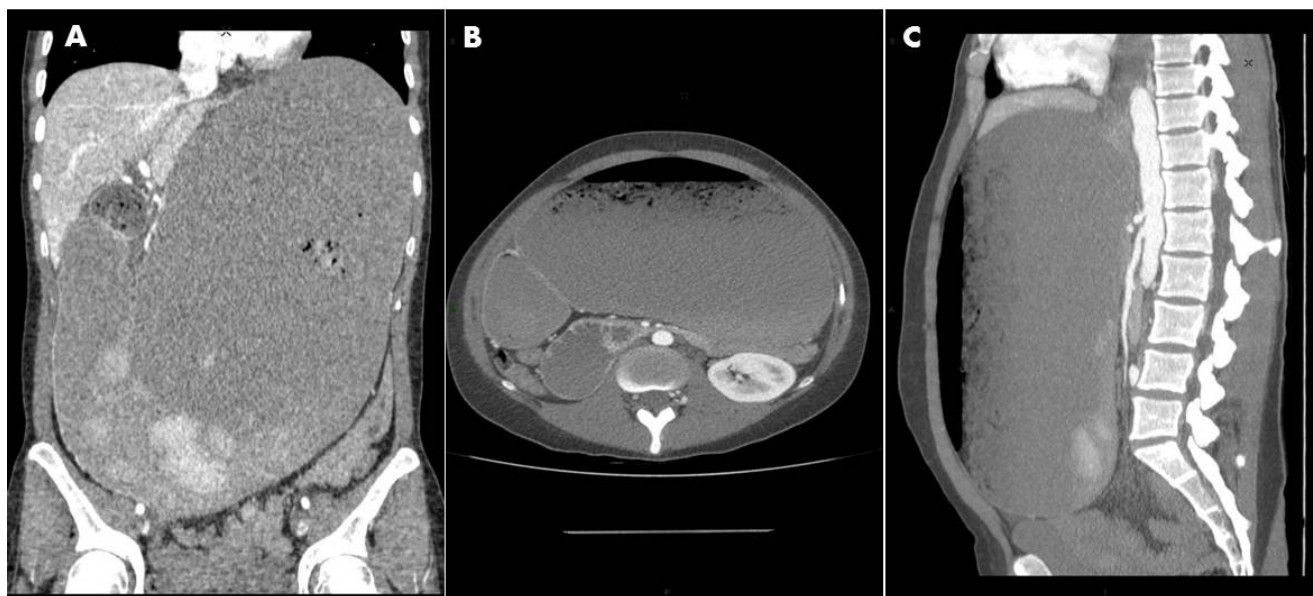


Figura 1. A. TC (coronal): Dilatación gástrica ocupando la mayor parte de la cavidad abdominal. B. TC (axial): estenosis duodenal con dilatación retrógrada gastroduodenal. C. TC (sagital): desplazamiento caudal de vísceras abdominales por la dilatación gástrica.

Opciones diagnósticas

1. Trastorno del hábito alimentario de tipo bulímico.
2. Tumor del estroma gastrointestinal de localización duodenal.
3. Síndrome de Wilkie o síndrome de la pinza aorto-mesentérica.
4. Origen multifactorial.

Respuesta

El diagnóstico correcto es la opción número tres.