

Dolor abdominal en un adolescente. ¿Qué no debemos olvidar?

M.I. Jiménez Candel¹, M. García Peris², P.J. Carpena Lucas¹

¹Servicio de Pediatría. Hospital «Virgen del Castillo». Yecla (Murcia). ²Servicio de Pediatría. Hospital «Lluís Alcanyís». Xàtiva (Valencia)

Resumen

El dolor abdominal supone un motivo de consulta habitual en las urgencias pediátricas. Los cuadros oclusivos son una causa muy poco frecuente de dolor abdominal en niños, pero son graves y precisan un tratamiento urgente. Una sospecha clínica precoz puede evitar posibles complicaciones, como la perforación intestinal, la peritonitis y el *shock* séptico.

Se presenta el caso de un niño de 14 años de edad que acude al servicio de urgencias a causa de dolor abdominal y estreñimiento de 7 días de evolución, asociados en las últimas 12 horas a vómitos persistentes. En la exploración física presentaba un aspecto general regular, una ligera distensión abdominal, dolor a la palpación en el hipogastrio y ausencia de heces en la ampolla rectal. Se realizó una radiografía de abdomen, que mostraba una imagen en «grano de café» compatible con un vólvulo del sigma. Se realizó una devolvulación por vía endoscópica, con lo que se logró la resolución de los síntomas.

Palabras clave

Vólvulo del sigma, signo de «grano de café», obstrucción intestinal, dolor abdominal

Abstract

Title: Abdominal pain in a teenager. Things we must not forget.

Abdominal pain is a common admission in paediatric emergencies. Intestinal obstruction is an unusual cause of abdominal pain in children but is a serious condition and an urgent treatment is needed. An early diagnose could avoid complications such as intestinal perforation, peritonitis and sepsis.

We report a case of a 14 year old boy who was admitted with abdominal pain, constipation for 7 days and vomiting during the last 12 hours. Examination showed a boy clinically affected, with abdominal distension, hypogastric pain and absence of stool in the rectum. The abdominal X-ray exam showed a "coffee bean sign" and a sigmoid colon volvulus was suspected. Endoscopic decompression was performed with symptoms resolution.

Keywords

Sigmoid volvulus, "coffee bean sign", intestinal obstruction, abdominal pain

Introducción

El dolor abdominal en adolescentes suele tener una etiología múltiple y una clínica variada. En el caso del dolor abdominal agudo, las causas más frecuentes en pediatría suelen ser apendicitis, infecciones urinarias o gastrointestinales, traumatismos, etc. Las oclusiones intestinales son muy raras en la edad pediátrica, ya que son más habituales a partir de la cuarta década de la vida, por lo que los pediatras habitualmente no pensamos en ellas^{1,2}.

El vólvulo se produce cuando se torsiona un asa del intestino sobre su eje mesentérico y provoca una afectación secundaria de la vascularización, lo que implica un tratamiento urgente. Es una patología tan infrecuente en niños que se desconoce su prevalencia, ya que las series publicadas incluyen pocos pacientes^{1,2}.

Caso clínico

Niño de 14 años de edad que acude al servicio de urgencias de nuestro hospital por presentar un cuadro de dolor abdominal generalizado, continuo, no irradiado, desde hace 7 días; asociaba vómitos (4 en las últimas 12 horas). No había realizado deposiciones desde el inicio del cuadro. Habitualmente realiza 2-3 deposiciones al día de características normales. Toleraba los líquidos y no había tenido fiebre.

No presentaba antecedentes medicoquirúrgicos de interés, salvo convulsiones febriles en la infancia. La expulsión del meconio se produjo en las primeras 24 horas de vida. Llamaba la atención una alimentación selectiva, con ingesta de arroz diaria y muy pobre en verduras, frutas y pescado. El padre padecía colon irritable.

En la exploración física presentaba una ligera distensión abdominal, sin masas ni visceromegalias. El abdomen era doloroso a la palpación en ambas fosas ilíacas, sin defensa, timpánico, y con peristaltismo conservado. En el tacto rectal se detectó que la ampolla estaba vacía.

A pesar de ello, se sospechó una obstrucción por retención fecal. Se intentó una desimpactación con enema sin éxito. Se realizó una radiografía simple de abdomen en bipedestación, en la que se apreciaba una marcada distensión de las asas, con signo de «grano de café», compatible con un cuadro obstructivo, concretamente un vólvulo del sigma (figura 1).

Se realizó una colonoscopia bajo sedación, y fue posible la devolvulación sin incidencias. El paciente mejoró clínicamente y realizó una deposición en las siguientes horas, por lo que fue dado de alta a su domicilio en 24 horas. No ha presentado recurrencias hasta el momento.

En el seguimiento posterior se realizó un enema opaco, que puso de manifiesto un dolico megacolon, probablemente secundario a su forma de alimentación. También se llevó a cabo una manometría rectal, con resultado normal.

Discusión

Los cuadros oclusivos en la edad pediátrica son más prevalentes en los países en vías de desarrollo (de Asia o África) que en nuestro ámbito. Deben estar presentes en el diagnóstico diferencial de niños con distensión abdominal, dolor abdominal, vómitos, estreñimiento y mal estado general¹⁻³. En el tacto rectal se constata la ausencia de materia fecal, lo que diferencia estos cuadros de los fecalomas. En estos casos, la radiografía de abdomen en bipedestación es la prueba diagnóstica de elección. La imagen que se suele encontrar es el signo denominado «grano de café»^{1,2,4} (asa de colon sigmoideo marcadamente dilatada, que se extiende desde la pelvis y ocupa la mayor parte del abdomen) (figura 1).

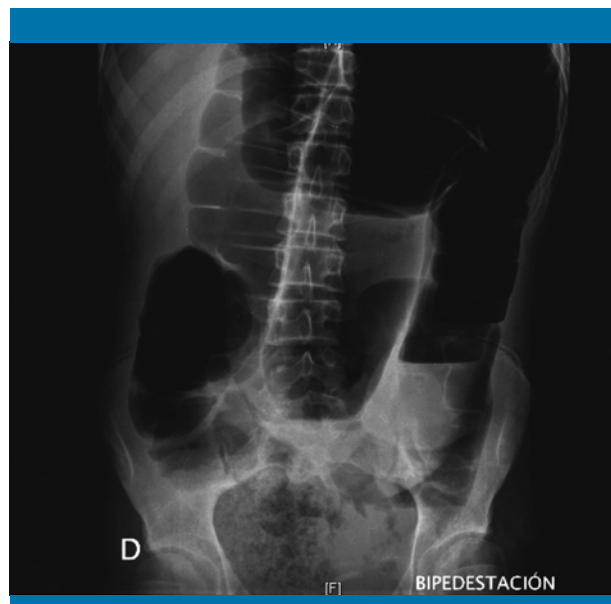


Figura 1. Signo del «grano de café»

La obstrucción intestinal secundaria a un vólvulo es una causa de dolor abdominal extremadamente infrecuente en los niños, a diferencia de los adultos. En los niños, la etiología más frecuente de obstrucción intestinal son los tumores, las adherencias, los cuerpos extraños, las hernias y la retención fecal.

Se trata de una patología urgente que requiere un tratamiento precoz para evitar sus potenciales complicaciones, como la perforación intestinal, la peritonitis y el *shock* séptico, que llegan en algunos casos a causar la muerte^{2,3,5}.

Existen diferentes procedimientos para resolver la obstrucción intestinal, que pueden ser con descompresión por vía rectal o por vía laparoscópica; habitualmente, en los niños la técnica de elección es la primera, mediante un enema opaco o una colonoscopia. Si hay signos de isquemia intestinal asociados, se optará por la vía laparoscópica, porque probablemente se proceda a una resección y una anastomosis del segmento intestinal afectado^{2,6,7}.

En los niños puede recurrir con cierta frecuencia la volvulación, en cuyo caso se discute la posibilidad de realizar una sigmoideopexia o una mesocoloplastia^{6,7}.

La etiología de la volvulación se desconoce. Se sabe que ocurre en un sigma dilatado que gira alrededor de su mesenterio y afecta

a la vascularización. Es más frecuente en niños con historia de estreñimiento crónico y megacolon secundario. En este caso, el paciente no padecía estreñimiento, pero recibía una alimentación a base de arroz desde su infancia, lo que podría ser la causa de su dolicomegacolon. En la bibliografía se han encontrado también ciertas asociaciones con la enfermedad de Hirschprung⁸ o el megacolon por enfermedad de Chagas en países endémicos, variantes anatómicas congénitas, adherencias y alteraciones onfalomesentéricas, entre otras.

Conclusiones

La obstrucción intestinal aguda y especialmente el vólvulo del sigma son patologías muy infrecuentes en la edad pediátrica. Debemos tener una alta sospecha para diagnosticarlas y así evitar complicaciones graves.

La ausencia de heces en la ampolla rectal nos debe hacer sospechar este cuadro.

La radiografía abdominal, aunque cada vez más en desuso entre los pediatras, sigue siendo la prueba diagnóstica de elección en estos casos. ■■■

Bibliografía

1. Atamanalp SS, Yildirgan MI, Basoglu M, Kantarci M, Yilmaz I. Sigmoid colon volvulus in children: review of 19 cases. *Pediatr Surg Int.* 2004; 20: 492-495.
2. Salas S, Angel C, Salas N, Murillo C, Swischuk L. Sigmoid volvulus in children and adolescents. *J Am Coll Surg.* 2000; 190(6): 717-723.
3. Folaranmi SE, Cho A, Tareen F, Morabito A, Rakoczy G, Cserni T. Proximal large bowel volvulus in children: 6 new cases and review of the literature. *J Pediatr Surg.* 2012; 47: 1.575-1.575.
4. Wilk PJ, Ross M, Leonidas J. Sigmoid volvulus in a 11-year-old girl. Case report and literature review. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1974; 127(3): 400-402.
5. Kantarci M, Fil F. Gastrointestinal: fecaloma in a dilated sigmoid colon. *J Gastroenterol Hepatol.* 2007; 22(6): 955.
6. Inoue M, Uchida K, Otake K, Kawamoto A, Okita Y, Hiro J, et al. Laparoscopic detorsion and colopexy for splenic flexure volvulus in an infant. *J Pediatr Surg.* 2011; 46: 25-28.
7. Parolini F, Orizio P, Bulotta AL, García M, Boroni G, Cengia G, et al. Endoscopic management of sigmoid volvulus in children. *World J Gastrointest Endosc.* 2016; 8(12): 439-443.
8. Zeng M, Amodio J, Schwarz S, Garrow E, Xu J, Simon S. Hirschsprung disease presenting as sigmoid volvulus: a case report and review of the literature. *J Pediatr Surg.* 2013; 45: 243-246.