

Síndrome de la burbuja gástrica, o «gas bloat syndrome», en dos pacientes con patología neurológica

S. Meavilla Olivas, L. Gómez-López¹, J.M. Ribó Cruz²

Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa». Zaragoza.

¹Sección de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición. ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital «Sant Joan de Déu». Universitat de Barcelona. Barcelona

Resumen

El reflujo gastroesofágico (RGE) es una patología esofágica común en los niños, especialmente si existe una enfermedad neurológica de base. Cuando se precisa cirugía para su corrección, pueden aparecer complicaciones, una de las cuales es el síndrome de la burbuja gástrica. En los niños con patología neurológica, las complicaciones postoperatorias son más frecuentes, debido en parte al mal estado nutricional. Presentamos el caso de dos pacientes neurológicos, con RGE, intervenidos mediante la técnica de Nissen por laparoscopia. En ambos la complicación inicial fue el síndrome de la burbuja gástrica, presentaban un estado nutricional deficiente y su evolución posterior fue tórpida. Debemos tener en cuenta las complicaciones postoperatorias tras una técnica antirreflujo, especialmente en los pacientes con una patología neurológica. Para disminuir la morbimortalidad quirúrgica, antes de cualquier intervención es necesario asegurar un estado nutricional adecuado, que permita afrontar el estrés quirúrgico.

Palabras clave

Síndrome de la burbuja gástrica, reflujo gastroesofágico, funduplicatura de Nissen, déficit neurológico, desnutrición

Introducción

El reflujo gastroesofágico (RGE) es la patología esofágica más prevalente en pediatría. Cuando las medidas posturales y farmacológicas no son efectivas, es necesaria la cirugía. La técnica de elección es la funduplicatura de Nissen por vía laparoscópica¹, con la que se obtienen buenos resultados en la mayoría de ocasiones. Sin embargo, pueden aparecer algunas complicaciones postoperatorias: síndrome de *dumping* (30%), disfunción intestinal (4-20%), disfagia (5,3%), hernia paraesofágica (4,5%), síndrome de la burbuja gástrica, o *gas bloat syndrome* (2-4%), alteraciones de la motilidad y del tono de la musculatura gástrica y persistencia de la sintomatología inicial². Esta última obliga a reintervenir a un 9% de los pacientes que no presentan otras enfermedades asociadas². Sin embargo, en los niños con una patología neurológica, el RGE aparece en un 75% de los casos, de los cuales requieren cirugía antirreflujo un 8-25%³, y las complicaciones postoperatorias son 4 veces más frecuen-

Abstract

Title: Gas bloat syndrome in two patients with neurological pathology

Gastroesophageal reflux disease is common in children, more if they are underlying neurological disease. When surgery is needed for its correction, some complications may appear one of them is the gas bloat syndrome. In children with neurological pathology post surgery complications are more frequent, maybe due to their bad nutrition state. We show two neurological patients with gastroesophageal reflux disease, in which a laparoscopic Nissen fundoplication was performed. In both, the initial complication was the gas bloat syndrome; they had a poor nutritional state, and a slower subsequent evolution. We must have in mind the post surgery complications after an antireflux surgery, especially in patients with a neurological pathology. To reduce the surgical morbidity and mortality it is necessary to guarantee a correct nutritional state before any surgically intervention to be able to deal with the surgical stress.

Keywords

Gas bloat syndrome, gastroesophageal reflux, Nissen fundoplication, neurological deficit, malnutrition

tes^{4,5}. Una de las razones de este incremento es el mal estado nutricional que presentan muchos pacientes antes de la cirugía³, por lo que es fundamental una intervención nutricional previa. En los niños con una deglución no segura o eficaz y en aquellos en los que se prevé un soporte a largo plazo, es preferible realizar una gastrostomía a la par que la funduplicatura⁶.

Una complicación posible es el síndrome de la burbuja gástrica. Se produce por la imposibilidad de paso del aire desde el estómago hacia el esófago, provocando una acumulación de gas en el *fundus* gástrico. Esto causa en el periodo posprandial inmediato dolor abdominal, sensación de plenitud, hinchazón gástrica e incluso cortejo vegetativo. Su etiología podría estar relacionada con una dismotilidad gastroesofágica previa a la cirugía⁶, fenómeno más frecuente en los niños con una patología neurológica^{2,7,8}. Habitualmente se resuelve con una intervención sobre los hábitos dietéticos, la colocación de una sonda nasogástrica (SNG) y, de forma excepcional, la cirugía².



Figuras 1. Rx simple de tórax y abdomen anteroposterior: gran distensión gástrica en paciente 1



Figuras 2. Rx simple de abdomen anteroposterior: gran distensión gástrica en paciente 2.

Presentamos el caso de dos pacientes neurológicos, intervenidos de RGE mediante la técnica de Nissen por laparoscopia, cuya complicación inicial fue el síndrome de la burbuja gástrica, con una evolución posterior tórpida.

Caso 1

Paciente de 17 años de edad, afectado de parálisis cerebral espástica, con una notable desnutrición calórico-proteica (peso de 23,9 kg [$<P3$], talla aproximada con medida de la altura talón-rodilla de 145 cm [$<P3$]), que presenta una hernia de hiato y clínica de RGE, motivo por el que fue intervenido. A los 15 días consulta por la aparición de distensión abdominal y mala tolerancia a la alimentación oral. En la radiografía simple de abdomen (figura 1) se aprecia una gran distensión gástrica. Se coloca una SNG con la que se drenaron 700 mL de líquido bilioso, y el paciente presenta una cierta mejoría clínica, por lo que se reinicia la alimentación, que inicialmente es bien tolerada. A los 2 días acude de nuevo a la consulta por un episodio similar, sin que se logre colocar otra SNG, por lo que se realiza una endoscopia, en la que se observa un canal esofágico estrecho pero permeable. Se realiza un tránsito esofagogastroduodenal, que pone de manifiesto una pinza aortomesentérica secundaria a la pérdida de peso aguda (21 kg), sobreañadida a la desnutrición previa. Se intentó colocar una sonda a través de la pinza sin éxito, por lo que el paciente precisó nutrición parenteral hasta su recuperación nutricional, tras lo que se realizó una gastroyeyunostomía laterolateral con colocación de botón gástrico. En la actualidad recibe nutrición enteral intermitente por gastrostomía, sin aparición de nuevos episodios de *gas bloat syndrome*, y presenta un peso adecuado para su talla.

Caso 2

Paciente de 5 años de edad con síndrome polimalformativo, retraso psicomotor, alteraciones de la deglución y clínica de RGE. Presenta un estado nutricional deficiente, con un peso de 11,4 kg ($<P3$) y una talla de 98 cm ($<P3$). Se realiza una

funduplicatura con colocación de botón gástrico, y a los 20 días presenta irritabilidad y dolor abdominal posprandial, que revierten con el vaciado de aire a través de la gastrostomía. En la radiografía simple de abdomen (figura 2) se observa una gran distensión gástrica. A los 3 días reingresa por un aumento de la distensión abdominal e intolerancia alimentaria, a pesar de la gran salida de aire por el botón. Con la colocación de una sonda transpilórica mejoró la sintomatología, por lo que se pudo retirar a los 15 días, con buena tolerancia a la nutrición enteral.

Discusión

Las complicaciones postoperatorias tras una técnica antirreflujo se deben tener en cuenta, sobre todo en pacientes con una patología neurológica de base⁹. En todos los niños intervenidos de RGE, con clínica de malestar, dolor posprandial o distensión abdominal, se debe sospechar un síndrome de la burbuja gástrica e iniciar el tratamiento apropiado. Idealmente, se requiere un estado nutricional adecuado previo a cualquier cirugía, que permita afrontar el estrés quirúrgico y, con ello, reducir la morbimortalidad. ■

Bibliografía

- Blom D, Bajaj S, Liu J, Hofmann C, Rittmann T, Derksen T, et al. Laparoscopic fundoplication decreases gastroesophageal junction distensibility in patients with gastroesophageal reflux disease. *J Gastrointest Surg.* 2005; 9(9): 1.318-1.325.
- Connor F. Gastrointestinal complications of fundoplication. *Curr Gastroenterol Rep.* 2005; 7(3): 219-226.
- Marchand V, Motil KJ; NASPGHAN Committee on Nutrition. Nutrition support for neurologically impaired children: a clinical report of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2006; 43: 123-135.
- Cheung KM, Tse HW, Tse PWT, Chan KH. Nissen fundoplication and gastrostomy in severely neurologically impaired children with gastroesophageal reflux. *Hong Kong Med J.* 2006; 12: 282-288.
- Fonkalsrud EW, Ashcraft KW, Coran AG, Ellis DG, Grosfeld J, William P, et al. Surgical treatment of gastroesophageal reflux in children: a combined hospital study of 7,467 patients. *Pediatrics.* 1998; 101: 419-422.
- De Vault K. Gas bloat syndrome: a pre- or postoperative dysmotility syndrome? *Am J Gastroenterol.* 1995; 90(9): 1.536-1.537.
- Pessaux P, Arnaud JP, Delattre JF, Meyer C, Baulieux J, Mosnier H. Laparoscopic antireflux surgery: five-year results and beyond in 1,340 patients. *Arch Surg.* 2005; 140(10): 946-951.
- Pacilli M, Eaton S, Maritsi D, López P, Spitz L, Edward M, et al. Factors predicting failure of redo Nissen fundoplication in children. *Pediatr Surg Int.* 2007; 23: 499-503.
- Mathei J, Coosemans W, Nafteux P, Decaer G, De Leyn P, Van Raemdonck D, et al. Laparoscopic Nissen fundoplication in infants and children: analysis of 106 consecutive patients with special emphasis in neurologically impaired vs. neurologically normal patients. *Surg Endosc.* 2007; 18 [Epub ahead of print].