



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-691 - VÓLVULO CECAL SECUNDARIO A DILATACIÓN GÁSTRICA MASIVA EN PACIENTE CON BULIMIA NERVIOSA

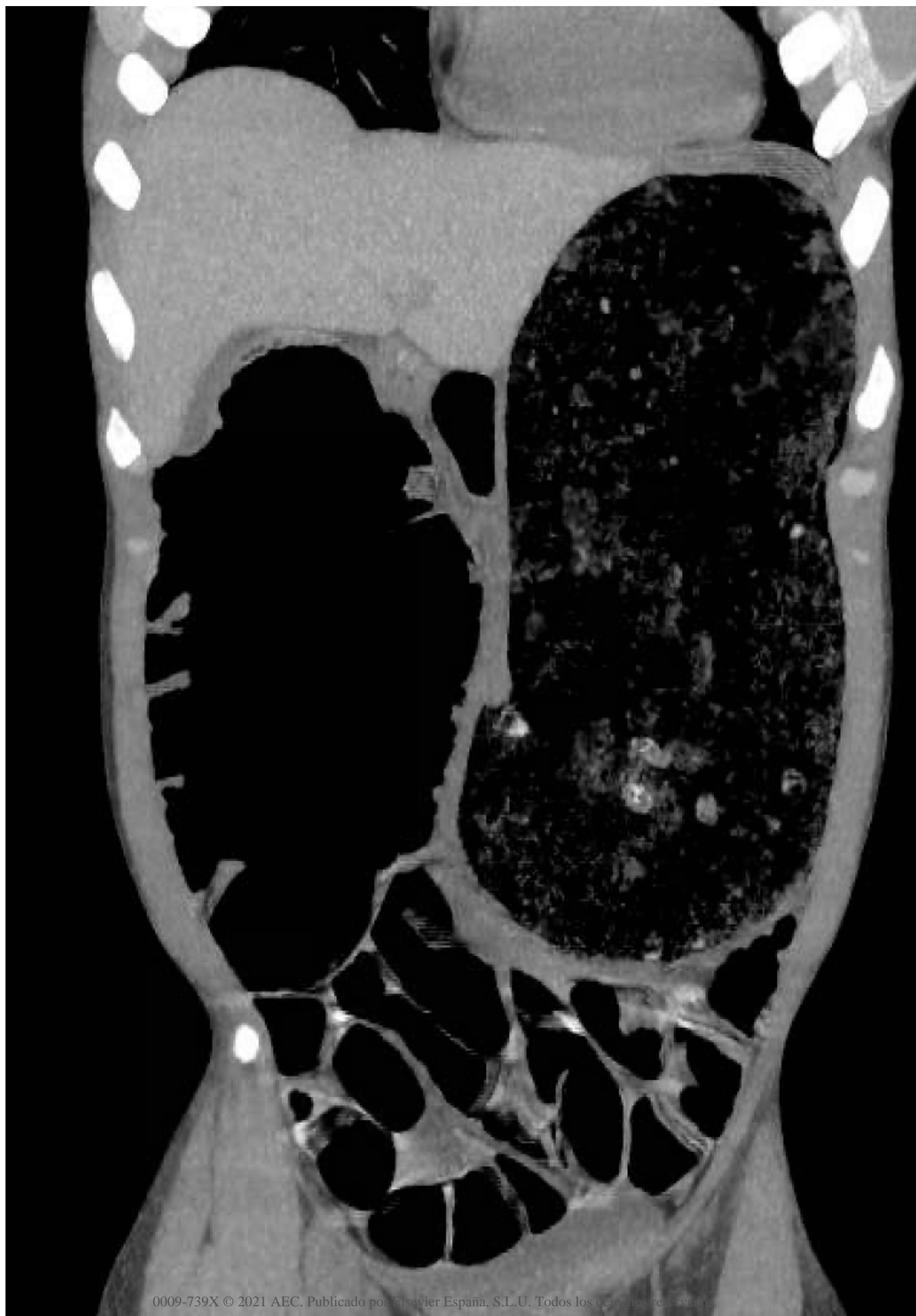
*López-Cantarero García-Cervantes, Manuel; Franco Peñuelas, Concepción; Sobrino Brenes, Lorena; Olivares Oliver, Claudia; Cintas Catena, Juan; García Muñoz, Patricia; Oliva Mompeán, Fernando; López Ruíz, José Antonio*

*Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.*

### Resumen

**Introducción:** La dilatación gástrica aguda se ha relacionado con los trastornos de alimentación como son la anorexia o bulimia nerviosa, entre otras muchas causas. Esta rara complicación de dichos trastornos es una condición grave, que amenaza la vida del paciente. En la mayoría de los casos reportados, la dilatación gástrica masiva sucede tras los llamados atracones. La indicación quirúrgica de estos pacientes viene dada por la prevención o tratamiento de la rotura gástrica secundaria a la dilatación masiva, entre otros. Presentamos un caso atípico en el que la dilatación gástrica masiva causa una rotación del colon ascendente sobre su eje mesentérico o vólvulo de ciego.

**Caso clínico:** Se trata de una paciente de 38 años con antecedentes de trastorno de alimentación tipo bulimia y amenorrea secundaria, que acude a urgencias por dolor abdominal intenso y distensión generalizada de todo el abdomen, sin náuseas, vómitos o alteraciones del tránsito intestinal. El TC informa de dilatación de esófago y cámara gástrica con neumatosis en la curvatura menor, junto con dilatación de colon ascendente y ciego, el cual muestra neumatosis en su pared. El resto del colon se encuentra colapsado. Se realiza acceso mediante laparotomía media, apreciándose gran dilatación gástrica y del colon ascendente con disrupción de la serosa cecal sin signos macroscópicos de isquemia, causado por una torsión sobre su eje mesentérico en sentido anti horario o vólvulo de ciego tipo II. Se realiza detorsión y sección mediante hemicolectomía derecha con anastomosis ileocólica manual. Seguidamente se lleva a cabo gastrotomía para aspiración del contenido. Por último, se realiza cierre de gastrotomía y de laparotomía. Tras 15 días de estancia en hospitalización, en valoración conjunta con Cirugía General y del Aparato Digestivo, Psiquiatría y Endocrinología y Nutrición, la paciente es dada de alta, con única complicación de infección de laparotomía que se maneja de manera conservadora.



**Discusión:** Se han publicado numerosos casos de pacientes con trastornos de la alimentación en los que se produce una distensión gástrica masiva, siendo las complicaciones de esta las que justifican la intervención quirúrgica. El tratamiento quirúrgico en la literatura varía según la causa. Hay dos consideraciones principales en el tratamiento. La primera es aliviar la distensión. Esto se ha logrado de múltiples formas dependiendo de la causa, pero más comúnmente mediante SNG como con la gastrostomía descompresiva. La segunda consideración es el tratamiento de la necrosis o perforación gástrica. No se ha encontrado en la literatura ningún caso de dilatación gástrica que cause una volvulación de cecal. Este es el primer caso publicado en la literatura de distensión gástrica aguda en paciente con trastorno alimentario, que provoca una volvulación del colon ascendente y ciego con compromiso intestinal. El manejo de estos pacientes se basa en una alta sospecha y diagnóstico rápido, descompresión temprana gástrica mediante SNG y/o gastrotomía, vigilando que el estómago no presente ningún signo de isquemia, y resección del segmento ileocólico afecto mediante resección y anastomosis, siempre y cuando el paciente esté hemodinámicamente estable.