

Aerofagia secundaria a compresión gástrica por distensión de la vesícula biliar

¹Avedillo Carretero MM, ¹Herrero Duque D, ²Martín Gómez C, ²García Arias MA

¹Centro de Salud de Toro (Zamora)

²Complejo Hospitalario de Zamora

Varón de 32 años, que refiere síntomas de aerofagia (eructos), desde hace aproximadamente 10 meses; no tiene pérdida de apetito. Atribuye la actual pérdida de peso a un catarro de vías respiratorias con fiebre que duró aproximadamente 7 días, acompañada de gastroenteritis aguda durante dos días.

Una tía materna fue operada de cáncer de mama y el abuelo materno tuvo cáncer de hígado de causa desconocida.

Es alérgico a las sulfamidas y a los ácaros. No ha sido sometido a ninguna intervención quirúrgica. Es donante de sangre. Periódicamente presenta un síndrome hemorroidal que mejora con tratamiento médico. Su tratamiento habitual consiste en ranitidina 300 (dos veces al día). Tiene una analítica reciente normal.

Durante la exploración física observamos buen estado general, está consciente y orientado, eufónico en reposo, bien hidratado, nutrido y perfundido, sin exantemas ni signos de irritación meníngea. La auscultación cardiopulmonar es normal. El abdomen es normal. Con el tacto rectal se detectan hemorroides.

Gastroscoopia: esófago con mucosa normal, sin signos de esofagitis endoscópica, con línea Z nítida y con cardias que no parece desplazado ni incompetente; estómago con mucosa de fundus y cuerpo alto de aspecto normal con rigidez del cuerpo distal, sin úlceras, que no propaga peristaltismo y que se muestra compacta a la toma de biopsia; área de 4-6 cm que comprende además una compresión extrínseca de unos 4 cm sobre la incisura, que se biopsia; debido a sus características se recomienda realizar una ecoendoscopia y/o TAC; píloro permeable con bulbo eritematoso y congestivo, sin úlceras; duodeno sin alteraciones.

El resultado de la biopsia informa de la presencia de mucosa gástrica de tipo corporal con cambios

de gastritis crónica superficial; ausencia de organismo de morfología compatible con *Helicobacter pylori*.

Una segunda gastroscoopia confirma la existencia de una imagen de compresión extrínseca situada en la curvatura menor, en la unión de la incisura y el antro, recubierta por una mucosa con patrón de gastritis, similar al del resto de la cavidad gástrica.

Se lleva a cabo una ecoendoscopia con sonda de frecuencia de 10 MHz sobre la zona de compresión extrínseca gástrica en la curvatura menor. Dicha compresión corresponde a la vesícula biliar, que está distendida y es de aspecto normal.

En la TAC tóraco-abdomino-pélvica no se objetivan adenopatías axilares ni mediastínicas patológicas; el hígado es homogéneo y no se observan lesiones ocupantes de espacio; el bazo es homogéneo y de aspecto normal; la vesícula biliar no muestra alteraciones; páncreas sin alteraciones; eje espleno-portal permeable; no se observan adenopatías patológicas abdominales ni pélvicas; riñones sin alteraciones; colon transversal a la altura del ángulo esplénico, de disposición alta como variante de la normalidad; no se observa líquido libre; no se observan imágenes radiológicas que sugieran metástasis óseas.

En la revisión en consulta el paciente refiere que la pirosis ha mejorado parcialmente en una ocasión al tratarse con omeprazol y que no se controla con ranitidina actualmente, lo que hace sospechar que el paciente tenga una enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Se indica tratamiento con lansoprazol 30 mg de forma inicialmente continuada: toma un comprimido cada 12 horas durante 15 días, y después un comprimido al día durante 3 meses; posteriormente debe intentar hacer un tratamiento a demanda, es decir, tomar el lansoprazol solo cuando presente síntomas, e ir reduciendo la medicación

progresivamente.

COMENTARIO

Como causas desencadenantes de aerofagia debemos pensar en afecciones en el hígado y la vesícula biliar¹ que comprimen el estómago. La clínica de molestia epigástrica, típicamente posprandial inmediata, con sensación de plenitud, se puede acompañar de pirosis retroesternal, hipo y náuseas². Se debe tener en cuenta la posible presencia de patología péptica o la costumbre de masticar chicle²

El tratamiento se basa en el uso de procinéticos e inhibidores de la bomba de protones.

BIBLIOGRAFIA

1. Planas J, Tuca A. Síntomas gastrointestinales. En Gómez Batiste X, Planas J, Roca J, Viladiu P (eds). Cuidados paliativos en oncología. Barcelona: Jims 1996; pág 210-3.
2. Merck 10 edición. Sección 3: Trastornos gastrointestinales; capítulo 32.