

Aerofagia por disinergia abdómino-frénica en un niño de dos años

Pablo Ercoli¹, Belinda García¹, Enrique del Campo² y Sergio Pinillos¹

Servicios de ¹Gastroenterología, Hepatología y Nutrición y ²Fisioterapia. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

Recibido: 10/01/2017 · Aceptado: 07/02/2018

Correspondencia: Pablo Javier Ercoli. Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición. Hospital Sant Joan de Déu. Pso. Sant Joan de Déu, 2. 08950 Esplugues de Llobregat, Barcelona. e-mail: pabloercoli@gmail.com

RESUMEN

Presentamos un niño previamente sano de dos años con importante distensión abdominal al que después de varias intervenciones con escasa respuesta se diagnosticó aerofagia patológica.

La aerofagia patológica en pediatría es un trastorno infrecuente, casi exclusivo en niños con enfermedad neurológica de base. Puede ser motivo de múltiples exámenes complementarios y tratamientos agresivos innecesarios. La reciente publicación de un caso asocia la aerofagia con un novedoso concepto, la disinergia abdómino-frénica.

Palabras clave: Aerofagia. Disinergia abdómino-frénica.

CASO CLÍNICO

Paciente de dos años de edad que acude a Urgencias por una semana de distensión abdominal progresiva que empeora hacia la noche, un vómito aislado de contenido alimentario, deposiciones presentes dentro de la normalidad y cierta irritabilidad, sin presentar fiebre asociada.

En Urgencias se realiza radiografía de abdomen que presenta abundante aire intraabdominal (Fig. 1), sin otros hallazgos patológicos. Fue valorado por el Servicio de Cirugía sin impresión de abdomen agudo. Después de mejoría clínica espontánea fue dado de alta.

Vuelve a consultar 15 días después por persistencia de distensión abdominal que empeora progresivamente a lo largo del día, asociando algún vómito intermitente e historia de deposiciones más verdosas y malolientes de diez días de evolución, con coprocultivo negativo. Se decide su ingreso para valoración.

Al ingreso, se realiza nuevo control radiográfico con importante distensión a nivel de estómago y analítica sanguínea normal (hemograma, función hepática, renal, con IgA anti-transglutaminasa negativo). Nuevamente fue valorado por el Servicio de Cirugía, a quienes les impresiona inicialmente como vólvulo gástrico. Se le coloca sonda nasogástrica (SNG) de descarga y se mantiene a dieta absoluta. El tránsito intestinal resulta normal. Se decide paso de sonda transpi-

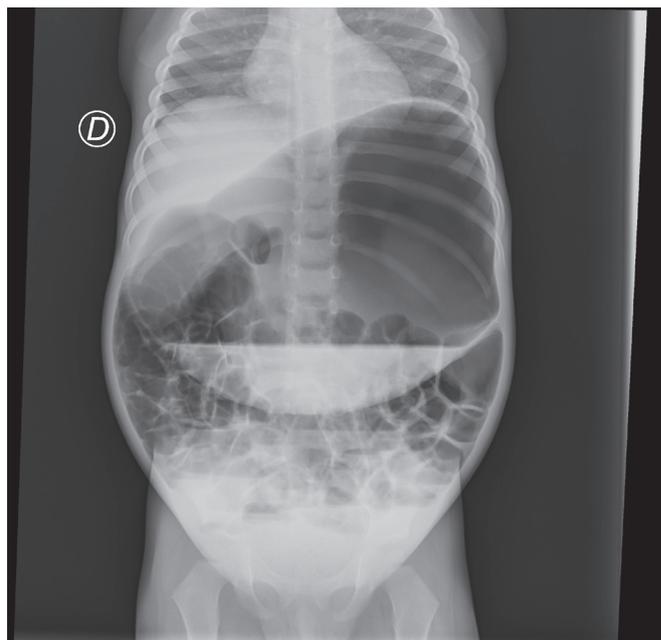


Fig. 1. Radiografía abdomen anteroposterior en bipedestación.

lórica e inicio de alimentación con fórmula elemental, con adecuada tolerancia, aunque persiste con distensión evidente. Por este motivo, se deja SNG abierta y conectada a aspiración de forma intermitente; sin embargo, la distensión abdominal es progresiva durante el día. Se realiza tomografía axial computarizada (TAC) abdominal sin signos de malrotación (Fig. 2), con importante distensión generalizada desde estómago hasta asas de intestino grueso. Se constatan 2,5 litros de gas emitidos por SNG durante 24 horas.

Persiste sintomático sin cambios y se descarta intolerancia a macronutrientes. La exploración endoscópica no muestra alteraciones patológicas que expliquen el cuadro actual.

Ercoli P, García B, Del Campo E, Pinillos S. Aerofagia por disinergia abdomino-frénica en un niño de dos años. Rev Esp Enferm Dig 2018;110(5):332-333.

DOI: 10.17235/reed.2018.5444/2017

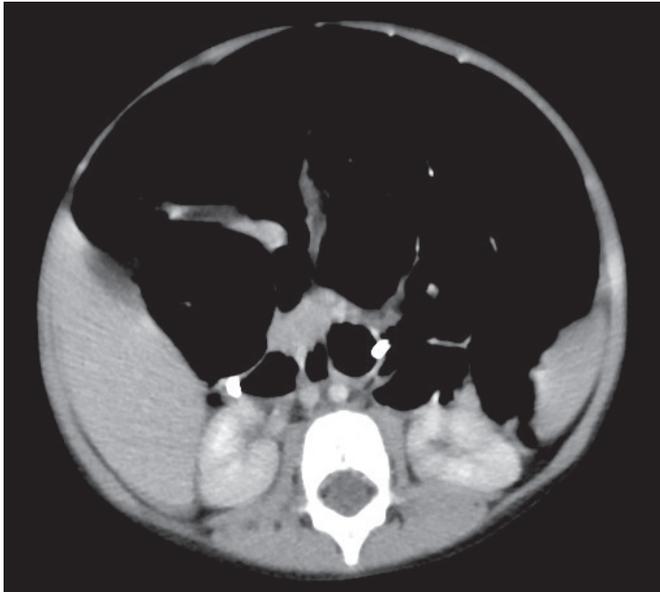


Fig. 2. TAC abdomen sin contraste.

Se realiza cambio a fórmula láctea polimérica sin cambios clínicos, logrando progresar a triturados con adecuada tolerancia y sin deterioro en la evolución, por lo que se decide retirada de la sonda transpilórica. Se deja a dieta libre con textura para la edad por boca y SNG abierta, sin aspiración. Se realiza prueba terapéutica con metronidazol de forma empírica, ante la sospecha de sobrecrecimiento bacteriano (1) y eritromicina por sus efectos sobre la motilidad de tracto gastrointestinal (2), sin evidenciar mejoría clínica.

Después de descartar malrotación, obstrucción intestinal e intolerancia a proteínas de leche de vaca, se sospecha aerofagia, al impresionar que el paciente deglute aire de forma repetida, en pequeñas cantidades, casi imperceptible. Se realiza pH-impedanciometría que es compatible con aerofagia diurna (Fig. 3) en rango patológico de cinco degluciones aéreas (> 15.000 Ohm) por minuto.

Basados en la descripción de la disineria abdomino-frénica en adultos (3), se inicia tratamiento con fisioterapia respiratoria (ejercicios manuales de vientre) con el objetivo de generar cambios de presión intraabdominal para aumentar el peristaltismo y modificar el patrón respiratorio.

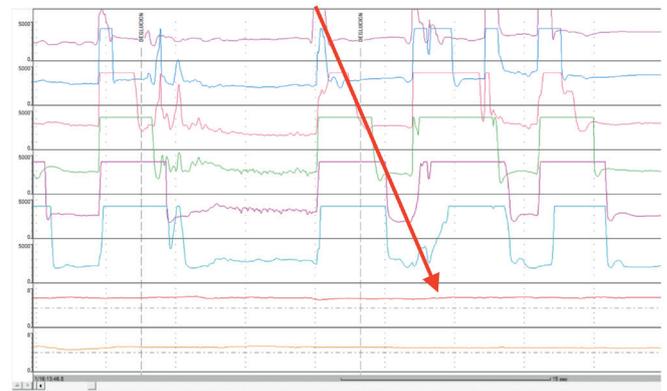


Fig. 3. Degluciones aéreas registradas con pH-impedanciometría.

Además, se agrega simeticona, que se sigue de una mejoría progresiva de los síntomas, con buena tolerancia oral de una dieta normal para edad.

DISCUSIÓN

La aerofagia patológica en pediatría es un trastorno infrecuente, casi exclusivo en niños con enfermedad neurológica de base. Puede ser motivo de múltiples exámenes complementarios y tratamientos agresivos innecesarios (2). La reciente publicación de un caso asocia la aerofagia con un novedoso concepto, la disineria abdomino-frénica (4).

BIBLIOGRAFÍA

1. Siczekowska A, Landowski P, Kamińska B, et al. Small bowel bacterial overgrowth in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2016;62:196-207. DOI: 10.1097/MPG.0000000000000920
2. Rashid ANS, Taminiou JA, Benninga MA, et al. Definitions and outcome measures in pediatric functional upper gastrointestinal tract disorders: a systematic review. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2016;62:581-7.
3. Villoria A, Azpiroz F, Burri E, et al. Abdomino-phrenic dyssynergia in patients with abdominal bloating and distension. *Am J Gastroenterol* 2011;106:815-9.
4. Dike CR, Bishop W, Pitcher G. Aerophagia and abdomino-phrenic dyssynergia in a 3-year-old. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2017;65:e76-7.