

COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI

Mateos Sánchez, Natalia¹; Nofuentes Prieto, Laura¹; Rosell Camps, Antonio²; Díez Dorado, Ruth²; Romero García, Carlos²; Barceló Cañellas, Maria Concepción³.

1. Residentes pediatría. Hospital Universitario Son Espases. 2. Adjuntos gastroenterología pediátrica. Hospital Universitario Son Espases. 3. Adjunta cirugía pediátrica. Hospital Universitario Son Espases

PRESENTACIÓN

Adolescente de **13 años** de origen chino, que consulta por **dolor abdominal** localizado en hemiabdomen derecho de **un mes de evolución**, asociado a **náuseas y vómitos** tras algunas ingestas, hiporexia, estreñimiento y **pérdida de peso de 7 Kg**. Había recibido tratamiento erradicador por infección por H.Pylori hacía 3 meses, por clínica de epigastralgia, que remitió tras el tratamiento sin realizarle gastroscopia previa.

EVOLUCIÓN INICIAL

Analíticas

- Anemización de 14g/dL a 10,3g/dL en un mes
- Resto de hemograma y bioquímica básica normales.
- Coagulación normal
- PCR y VSG normales

Pruebas de imagen

- Ecografía abdominal sin hallazgos
- Rx abdominal normal salvo abundantes heces en marco cólico derecho

Despistaje infeccioso

- Ag H. Pylori negativo
- Coprocultivo negativo
- Estudio de orina negativo

TAC abdominal



Gran dilatación gástrica que produce efecto masa en estructuras adyacentes, sin apreciarse otras masas, ni malrotaciones. Signos de Sd. arteria mesentérica superior

Gastroscopia



Gran dilatación gástrica con abundante contenido en su interior y zona pilórica estenosada, que impedía progresar hasta la segunda porción duodenal.

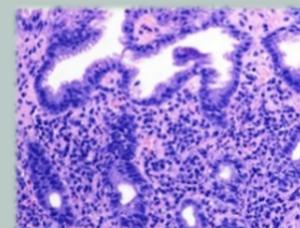
INGRESO

Otros estudios

- Despistaje tumoral (cromogranina A y 5-hidroxiindolacético): Negativos
- EII (Calprotectina fecal): Negativa
- Inmunoglobulinas y estudio inmunidad celular; Negativo

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Test rápido ureasa: Positivo
Presencia de H.Pylori
Ulceración de la mucosa duodenal



TRATAMIENTO ERRADICADOR (14 días)

Omeprazol 40mg/12h
Metronidazol 500mg/12h
Amoxicilina 1000mg/12h
Bismuto 8mg/kg/d

NUTRICIÓN PARENTERAL DURANTE 20 DÍAS

Progresiva reintroducción de nutrición enteral y recuperación ponderal

Al alta tras 30 días de ingreso;

- Buena tolerancia oral a líquidos
- Omeprazol y batidos hipercalóricos normoproteicos

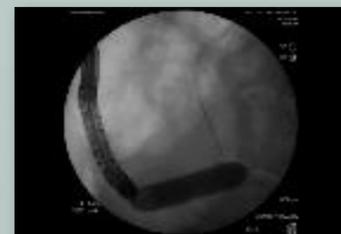


- ✓ No se observa H. Pylori/ Test ureasa -
- ✓ Leve infiltrado inflamatorio crónico
- ✓ Persiste estenosis duodenal que impide el paso del gastroscopio

SEGUIMIENTO

- Aumento progresivo del peso pero regular tolerancia a alimentos sólidos.
- DILATACIONES NEUMÁTICAS ENDOSCÓPICAS

A los 2 meses



Píloro permeable con bulbo duodenal deformado con un pseudodivertículo en cara anterosuperior, que dificulta el paso del endoscopio
1º dilatación neumática progresiva con balón de hasta 15mm

A los 3 meses



Mejoría de la estenosis bulbar, con presencia de luz que permitía el paso del gastroscopio. S
2º dilatación neumática progresiva con balón de hasta 16,5cm

Desde entonces el paciente se encuentra **asintomático**, con ganancia ponderal progresiva.

DISCUSIÓN

La **infección por H. Pylori** es muy frecuente a nivel mundial, sobre todo en países en vías de desarrollo. En nuestro medio se estima una prevalencia entre el 5 y el 20% en niños en edad escolar, aumentando esta prevalencia con la edad. **Los niños tienen altas tasas de reinfección** (hasta el 20% en poblaciones de alta prevalencia). Es la **principal causa de gastritis crónica** y de **enfermedad úlcero-péptica** tanto en niños como en adultos.

La **mayoría de niños son asintomáticos**, pero un pequeño porcentaje cursa con manifestaciones potencialmente graves. Los pacientes sintomáticos suelen describir síntomas poco específicos como dolor abdominal, náuseas o vómitos, sensación de plenitud, etc. Se han descrito manifestaciones extradigestivas como la anemia ferropénica refractaria al tratamiento o la púrpura trombocitopénica idiopática y complicaciones a largo plazo como la aparición de linfoma MALT o cáncer gástrico, que son excepcionales en niños.

Nuestro caso describe una manifestación excepcional en la edad pediátrica como es la obstrucción intestinal secundaria a una estenosis duodenal por H.Pylori.

Es importante realizar un **diagnóstico precoz** e instaurar un **tratamiento erradicador adecuado** para evitar complicaciones secundarias como la desnutrición. Las **dilataciones endoscópicas neumáticas** pueden ser requeridas cuando el cuadro no se resuelve con las medidas anteriores.