

IMÁGENES EN PEDIATRÍA

Obstrucción del tracto de salida gástrico asociado a *Helicobacter pylori*



Gastric outlet obstruction secondary to *Helicobacter pylori*

Israel Silva-Ojeda^a, Daniela Castro-Mérida^b, Jessica Mayté Reynoso-Castorena^b
y Rubén Peña-Vélez^{a,c,*}

^a Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, Hospital General Dr. Eduardo Vázquez N, Puebla, México

^b Servicio de Pediatría, Hospital General Dr. Eduardo Vázquez N, Puebla, México

^c Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad de las Américas Puebla, Puebla, México

Disponible en Internet el 26 de diciembre de 2025

Pre-escolar de dos años admitido en Urgencias por vómitos posprandiales en 10 ocasiones. El paciente no presentaba antecedentes de interés. A la exploración física, se objetivó deshidratación moderada, aunque con constantes vitales mantenidas. Los ruidos peristálticos fueron normales, el abdomen timpánico, no se encontraron masas abdominales ni otras anomalías. La radiografía abdominal no mostró hallazgos patológicos y las pruebas de laboratorio revelaron alcalosis metabólica (pH: 7,55, HCO₃: 27,8) e hipocloremia (84 mmol/L). Se inició rehidratación y tratamiento con ondansetrón cada 8 horas, sin conseguir tolerancia oral. Se realizó ecografía abdominal reportada normal, por lo que 24 horas después de su ingreso se realizó endoscopia digestiva.

La endoscopia reveló un estrechamiento del píloro que impedía el paso del endoscopio al duodeno (fig. 1), por lo que se realizó dilatación hidroneumática con balón (figs. 2 y 3).

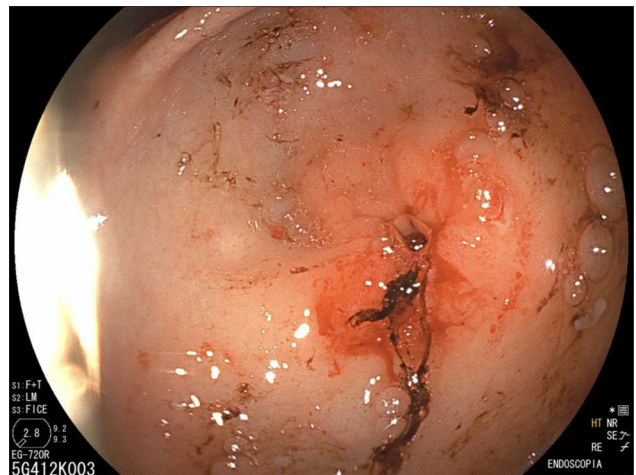


Figura 1 Píloro central con edema y obstrucción que impide el paso del endoscopio de 9,9 mm.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rubenpevelez@hotmail.com
(R. Peña-Vélez).

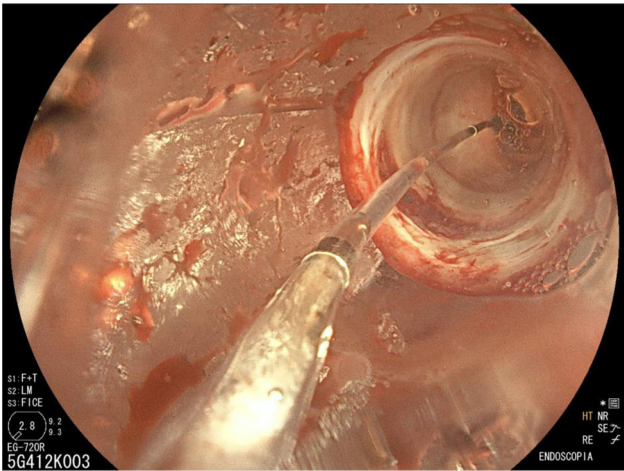


Figura 2 Dilatación pilórica con balón hidroneumático de 12 mm.

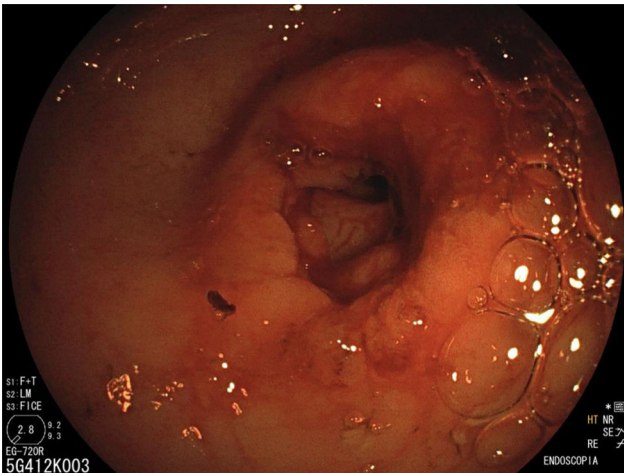


Figura 3 Píloro tras la dilatación endoscópica, que permite el paso hasta el duodeno.

La obstrucción del tracto de salida gástrico por *Helicobacter pylori* es poco común, asociada a reflujo duodenogástrico secundario a dismotilidad antral, cuya exposición prolongada a productos biliares causa lesión a la mucosa por inflamación, resultando en edema, hiperplasia foveolar y congestión vascular¹. El cuadro clínico es heterogéneo, caracterizado por vómitos, dispepsia y dolor abdominal².

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Türker SN, Barış Z, Şeker NS, Aydemir Y. Histopathological differences in pediatric duodenogastric reflux: a comparative study. *Eur J Pediatr.* 2025;184:343, <http://dx.doi.org/10.1007/s00431-025-06163-z>.
2. Arslan M, Balamtekin N. The Relationship between Primary Duodenogastric Reflux and *Helicobacter pylori* Gastritis in Children. *Dig Dis.* 2022;40:276–81, <http://dx.doi.org/10.1159/000517263>.

Las biopsias informaron gastritis asociada a *Helicobacter pylori* e hiperplasia foveolar.