

Vólvulo gástrico. A propósito de un caso clínico

Stomach volvulus. About a case

*Valentina da Rosa¹

** Alfonso Rossi¹

***Raúl Perdomo¹

*** Pablo Ramade¹

**** Gonzalo Deleón¹

¹Hospital Escuela del Litoral. Paysandú, Uruguay.

RESUMEN

El vólvulo gástrico es una entidad rara y urgente. Definido como la rotación gástrica sobre su eje más de 180 grados, determina una estenosis al pasaje del contenido gástrico, distensión y derivando en el compromiso de la irrigación parietal. El atraso en su diagnóstico y/o tratamiento deriva en estrangulación o perforación gástrica. Presentamos un paciente de 90 años con un vólvulo gástrico, su abordaje diagnóstico y terapéutico con gastropexia laparoscópica con buenos resultados.

Palabras Claves: Vólvulo gástrico; obstrucción de la salida gástrica; gastropexia laparoscópica.

ABSTRACT

Gastric volvulus, a rare and urgent entity. Defined as gastric rotation on its axis more than 180 degrees, determining stenosis to the passage of gastric content, distension, leading to parietal irrigation compromise. The delay in diagnosis and/or treatment leads to strangulation or gastric perforation. We present a 90-year-old patient with a gastric volvulus, his diagnostic and therapeutic approach with laparoscopic gastropexy with good results.

Key Words: Stomach volvulus, gastric outlet obstruction, laparoscopic gastropexy.

INTRODUCCIÓN

El vólvulo gástrico se define como una rotación anormal del estómago sobre su eje, lo que conduce a obstrucción luminal, pudiendo ser transitoria por devolvulación espontánea, o comprometer la vasculatura parietal lo cual conducirá a isquemia gástrica. En este último caso la morbimortalidad asciende a un 80%, siendo una urgencia quirúrgica.¹ Posee una incidencia máxima en la quinta década de la vida, otros autores refieren mayor inci-

dencia en niños. No posee prevalencia por género o raza.

Con el presente caso se pretende exponer nuestra experiencia institucional con un caso clínico de vólvulo gástrico con resolución quirúrgica laparoscópica con buenos resultados.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, 90 años, sin controles en salud, sin antecedentes quirúrgicos a destacar, acude al servicio de urgencias por cuadro de 72 horas de evolución dado por vómitos reiterados de todo lo ingerido, de contenido alimenticio que en las horas se tornan porráceos. Detención del tránsito para materias de 24 horas.

Al examen físico regular estado general, deshidratada, fascies de dolor, apirética. Hemodinamia estable. Abdomen distendido, blando, depresible, doloroso a la palpación superficial difusa. Sin elementos de irritación peritoneal. Se colocó sonda nasogástrica con abundante contenido porráceo, drenando aproximadamente 1000cc. En la radiografía de abdomen decúbito dorsal y de pie evidencia gran distensión gástrica con rotación del mismo sobre su eje (*ver Figura 1*).

Se solicitó tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste Intravenoso donde evidencia malrotación gástrica con ascenso de antro pilórico con aspecto de vólvulo gástrico que determina obstrucción (*ver Figura 2*). Además, el estómago con importante contenido de retención y neumatosis quística mural. No neumoperitoneo, leve cantidad de líquido adyacente. Ascenso de hemidiafragma izquierdo con derrame pleural izquierdo de leve cantidad.

* Residente de segundo año de Cirugía General.

** Residente de cuarto año de Cirugía General.

*** Asistente de Clínica.

**** Jefe de Servicio Cirugía General.

Autor correspondiente: Dra. Valentina da Rosa

Correo electrónico: valedarosa_13@hotmail.com - Dirección: Montecaseros 520. Paysandú, Uruguay.

Fecha de recepción: 25/04/2022 - Fecha de aprobación: 11/08/2022


 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons



Figura 1. Radiografía de abdomen en decúbito dorsal donde se evidencia imagen compatible con vólvulo gástrico, gran distensión gástrica y sonda nasogástrica en su interior. Colon transverso debajo desplazado.



Figura 3. Radiografía esofagogastroduodenal con contraste hidrosoluble vía oral, que evidencia stop a nivel del cuerpo gástrico sin pasaje de contraste a duodeno.

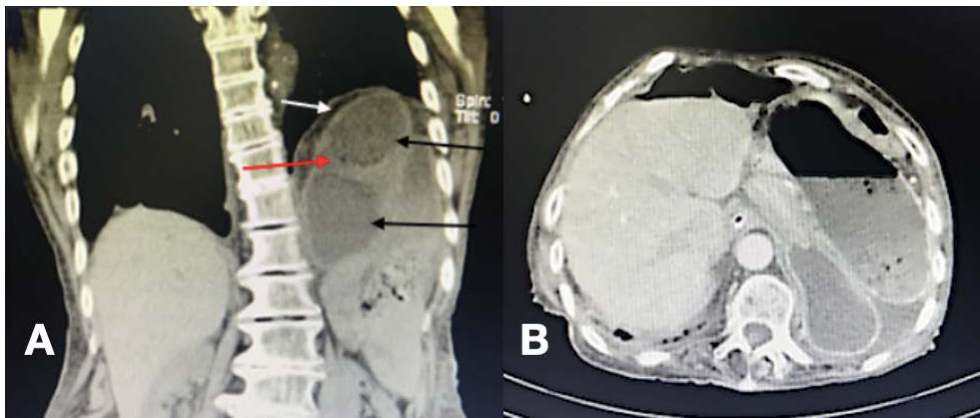


Figura 2. Tomografía computada. Panel A: corte coronal donde se observa malrotación gástrica con ascenso de antro-píloro que determina obstrucción, con aspecto de vólvulo gástrico. Además derrame pleural izquierdo en leve cantidad. Flechas negras: estómago con importante contenido líquido; flecha roja: neumatosis quística mural; flecha blanca: ascenso de hemidiafragma izquierdo. Panel B: corte axial. Leve cantidad de líquido adyacente al estómago, no se observa neumoperitoneo.



Figura 4. Gastropexia laparoscópica. Se visualizan dos puntos de polipropileno fijados desde la curvatura mayor gástrica a peritoneo parietal.

La paciente se presenta con evolución favorable y disminución del dolor abdominal posterior a colocación de sonda nasogástrica, y débito de la sonda escaso. Se realizó radiografía esofagogastroduodenal con contraste hidrosoluble vía oral que evidenció stop a nivel de cuerpo gástrico sin pasaje de contraste a duodeno (*ver Figura 3*).

Por tanto se realizó laparoscopia exploratoria de urgencia en la que se evidenció devolvulación espontánea y distensión de cuerpo gástrico sin elementos de isquemia parietal, ausencia de defecto hiatal asociado. Se realizó gastropexia a nivel de la curvatura mayor a peritoneo parietal con dos puntos de polipropileno sin complicaciones (*ver Figura 4*).

Presenta buena evolución posoperatoria, se retiró sonda nasogástrica a las 24hs, tolerando vía oral, sin dolor abdominal, sin fiebre, tránsitos conservados, con herida quirúrgica en buenas condiciones, se decidió egreso hospitalario. La misma se controló en policlínica a la semana y al mes estando totalmente asintomática.

DISCUSIÓN

El vólvulo gástrico es una entidad rara y urgente. El atraso en el diagnóstico y/o tratamiento puede presentar complicaciones como estrangulación o perforación gástrica. Puede ser generado por múltiples causas, determinando obstrucción al pasaje del contenido gástrico, distensión, llevando al compromiso de la irrigación parietal.

Hay factores predisponentes idiopáticos y secundarios. Como factores idiopáticos se citan la elongación o ausencia de los ligamentos que fijan el estómago al peritoneo, estómagos distendidos anormalmente, hernias o eventraciones diafragmáticas, bazo errante, o mal rotación con asplenia. En cuanto a los secundarios intervenciones quirúrgicas gástricas reductivas (operación de Nissen), rupturas de ligamentos gástricos debido a trasplante hepático, trauma y neoplasias gástricas.²

Cabe destacar que si bien la paciente no contaba con antecedentes quirúrgicos previamente expuestos, si presentaba un estómago anormalmente distendido. Tampoco se constató una hernia hiatal, frecuentemente asociado con dicha patología según informa la bibliografía.

La tríada de Borchart es orientadora del diagnóstico de vólvulo gástrico agudo. La misma está conformada por elementos clínicos dado por dolor y distensión epigástrica, náuseas con vómitos violentos o imposibilidad para vomitar, y la imposibilidad del paso de la sonda nasogástrica (principalmente en niños), la

cual está presente en el 70% de los casos.³

El vólvulo gástrico se clasifica según Singleton por el eje en el cual el estómago gira: rotación organoaxial, mesentericoaxial y la combinación de las 2 anteriores. En la primera el estómago gira sobre un eje que conecta la unión gastroesofágica y el píloro, el antro rota en dirección opuesta al fondo gástrico, siendo este el más frecuente (59%), se encuentra asociado generalmente a defectos del diafragma.⁴

Respecto a el tratamiento la tendencia actual es utilizar técnicas menos invasivas tanto endoscópicas, laparoscópicas o mixtas, lo cual tiene un gran beneficio en pacientes de alto riesgo anestésico quirúrgico. Las directivas son corregir la posición del estómago para posteriormente fijarlo en su posición normal y reparar el defecto diafragmático asociado. Como alternativa cada vez menos utilizadas, la gastropexia con sección del ligamento gastro-cólico (operación de Tanner), gastrectomía, gastro-yeyuno anastomosis y anastomosis fundo-antral (operación de Opolzer) entre otras.⁵

En cuanto al tratamiento se decidió la Intervención laparoscópica, la cual tuvo muy buenos resultados, logrando un claro beneficio al lograr la resolución de la enfermedad aguda actual, evitando someter a la enferma a una intervención mas agresiva que le agregaría una gran morbimortalidad.

Contribución de los autores: Todos los autores han participado en igual medida en la redacción del presente artículo.

Conflicto de interés: los autores declaran la no existencia de conflicto de intereses.

Financiamiento: los autores declaran no haber recibido ningún tipo de financiamiento para la realización del presente artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez García R, Peris Tomas N, Del Pozo CD, Vazquez Tarragón A, Martínez Mas E, Trullenque Juan R, Martínez Abad M. Tratamiento del vólvulo gástrico agudo mediante abordaje laparoscópico. *Cir Esp* . 2013 Mar;91(3):189-93. doi: 10.1016/j.ciresp.2012.03.011. Epub 2012 May 22.
2. Sánchez S, Vique L, Ardiles O, Herquiño R. Vólvulo gástrico: ¿Por qué recordarlo? Revisión a propósito de un caso. *Rev. Chil. Radiol.* 2012;18(3):129-135.
3. Cabrera-Tovar MG, Renedo-Ríos JL, Tejeda-Tapia HD. Vólvulo gástrico. Informe de un caso. *Acta Pediátr. Méx.* 2009;30(3): 163-6.
4. Gálvez-Valdovinos R, Marín-Santillán E, Funes-Rodríguez JF, López-Ambriz G. Manga gástrica laparoscópica en vólvulo gástrico secundario a eventración diafragmática en paciente adulto. *Cir Cir* . 2016 Mar-Apr;84(2):140-3. doi: 10.1016/j.circir.2015.06.010.
5. Sánchez-Pérez MA, Luque-de León E, Muñoz-Juárez M, Moreno-Paquentin E, Cordera-González de Cosío F, Maydón-González H. Tratamiento laparoscópico del vólvulo gástrico asociado a hernia hiatal en el paciente de edad avanzada. *Rev Gastroenterol Mex* . 2010;75(2):218-22.