

INFORME DE CASO

Vólvulo gástrico. Presentación de un caso

Gastric volvulus. A case

Dr. Jorge Leguén Cardoso¹, Dr. Rubén Esquivia Castro², Dr. Guillermo Romero Parra³

¹ Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba

² Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba

³ Residente de Segundo Año en Cirugía General. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba

RESUMEN

La torsión o vólvulo gástrico es una afección rara, que constituye una urgencia quirúrgica que necesita un reconocimiento rápido. Fue descrita por primera vez por Berti en 1866 mientras efectuaba una necropsia. Se trata de un paciente CLRN masculino de 93 años, raza negra, con antecedentes de HTA crónica y cardiopatía isquémica, refiriendo que hace 3 días viene presentando dolor abdominal el cual ha ido aumentando en intensidad, acompañado de náuseas, sin vómitos. Se decide intervenir quirúrgicamente de urgencia y se constata en acto quirúrgico un vólvulo gástrico mesenterio-axial sin compromiso vascular, el mismo evoluciona tórpidamente y fallece.

Palabras clave: vólvulo gástrico, urgencia quirúrgica, desvolvulación, gastropexia

ABSTRACT

Gastric torsion or volvulus is a rare condition, a surgical emergency that requires fast recognition. It was described at first time by Berti in 1866 while performing a necropsy. This is a male patient, CLRN, 93 years old, black race, a history of hypertension and chronic ischemic heart disease, referring to; three days ago he has been presenting abdominal pain which has been increasing in intensity, accompanied by nausea, without vomiting. It was decided to applied emergency surgery and was found in, one-mesentery axial gastric volvulus without vascular action, his evolution was weak and finally dies.

Keywords: gastric volvulus, surgical emergency, volvulus, gastropexy

INTRODUCCIÓN

La torsión o vólvulo gástrico es una entidad grave y rara constituye una urgencia quirúrgica que necesita un reconocimiento rápido. Fue descrita por primera vez por Berti en 1866 mientras efectuaba una necropsia.¹ En 1896, Berg estableció por primera vez el diagnóstico durante la operación. En 1904, Borchardt describió la tríada clásica de distensión epigástrica acompañada de dolor, dificultad para el paso de la sonda nasogástrica y náuseas sin vómitos. En 1923, Rosselet efectuó la primera descripción radiológica de vólvulo gástrico. Actualmente se publican casos aislados y su frecuencia real no se conoce con exactitud se menciona de un 15-20 % en la población pediátrica², la mayor frecuencia en la quinta década de la vida y se menciona una mortalidad de 42 – 56 % causada por isquemia, necrosis y perforación gástrica.^{1,3-8}

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente CLRN masculino de 93 años, raza negra, con 50 kg de peso, talla 1.60 m, con antecedentes de HTA crónica y cardiopatía isquémica. Acude al cuerpo de guardia de cirugía general el 9 de junio de 2013 refiriendo que hace 3 días viene presentando dolor abdominal el cual ha ido aumentando en intensidad, acompañado de náuseas, sin vómitos, afebril, sed y distensión en epigastrio.

Al examen físico:

Mucosas: coloreadas y secas.

Ap. Respiratorio: Mv normal, no estertores, No roce pleural, F.R: 22´ min.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos buen tono rítmicos, soplo sistólico grado III-IV. F.C: 94 min. TA: 140/70 mmhg

Abdomen: inspección se constata con gran distensión del hemiabdomen superior, el abdomen no sigue los movimientos respiratorios. Palpación dolor intenso en epigastrio, con tumoración de consistencia dura que ocupa epigastrio, mesogastrio e hipocondrio Izquierdo y timpanismo a la percusión. Ruidos hidroaéreos disminuidos en intensidad y frecuencia.

Se le realizan estudios de laboratorio de urgencia que arrojan:

Hemograma completo: Hemoglobina: 12.5 g/L
 Hematócrito: 0.38 L/L
 Leucocitos: 6.0×10^9
 Polimorfos: 056
 Linfocitos: 044

Ionograma y gasometría: pH. 7.362 PCO₂: 29.7 PO₂: 100
 HCO₃: 16.8 BE: -6.9 Na: 130.4 K: 2.42 Cl: 113.4 Ca: 0.84

Ultrasonido abdominal: marcado aumento del patrón gaseoso abdominal, no liquido libre en cavidad.

Radiografía de abdomen simple: gran distensión gástrica con nivel hidroaéreos en su interior.

Se presenta imposibilidad para pasar la sonda de Levine. Se decide intervenir quirúrgicamente de urgencia con el diagnóstico de vólvulo gástrico agudo y se constato en acto quirúrgico un vólvulo gástrico mesenterio-axial sin compromiso vascular (Figuras 1,2 y 3).

Se realiza laparotomía, desvolvulación gástrica y gastropexia, utilizando la técnica de Beyea en esta operación se acorta el epiplón menor frunciéndolo mediante puntos separados de sutura no reabsorbibles (Figura 4). Se reporta de grave y se ingresa en una unidad de cuidados intermedios el mismo desfavorablemente evoluciona tórpidamente y fallece al cuarto día de la intervención quirúrgica.



Imagen1



Imagen2



Imagen3

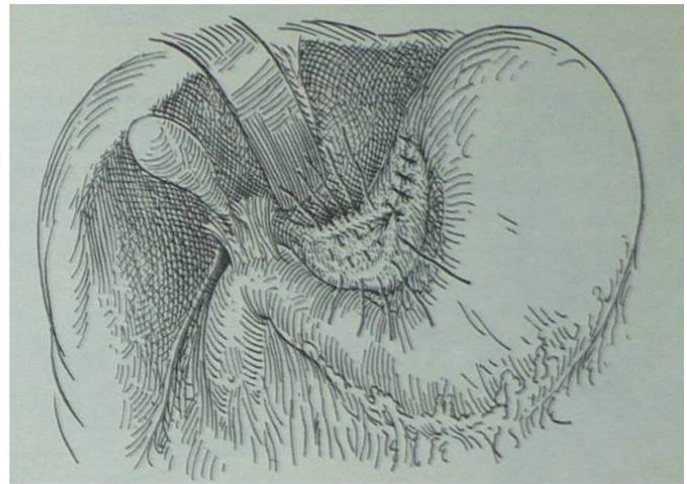


Imagen4

Se cierra el caso por necropsia con los diagnósticos: bronconeumonía bacteriana bilateral, pleuritis fibrinopurulenta, hepatitis reactiva, pangastritis crónica.

DISCUSIÓN DEL CASO

El vólvulo gástrico aproximadamente 65 % de los casos se asocia con una anomalía del diafragma y con fijaciones gástricas hiatales.³⁻⁵

El vólvulo gástrico se ha clasificado desde el punto de vista anatómico y según el eje de rotación (Singleton).^{1,3,4,7,8}

- **Vólvulo mesenterio-axial:** (60 % de los casos). La rotación ocurre de derecha a izquierda alrededor de un eje vertical perpendicular a la línea cardias-píloro.
- **El vólvulo órgano-axial:** (29 % de los casos). Consiste en la rotación del estómago alrededor del eje cardias-píloro. La rotación se efectúa en general de derecha a izquierda, aunque puede ocurrir también en sentido inverso.
- **En el tipo mixto:** (2 % de los casos) se produce una rotación gástrica sobre ambos ejes. Hasta el 10 % quedan sin ser clasificados.

También puede ser clasificado en:

El vólvulo total

Afecta el estómago entero y la rotación raramente excede de 180 grados.

Un vólvulo parcial

Afecta sólo al segmento pilórico y la rotación puede ser hasta de 360 grados. La rotación de hasta 180 grados puede presentarse sin ocasionar obstrucción de cardias o de píloro ni estrangulación vascular.^{1,3-8}

Agudo y crónico⁹

Una causa predisponente esencial del vólvulo gástrico es la ptosis o relajación marcada de las fijaciones ligamentosas del estómago, otras son: eventración diafragmática, estómago en reloj de arena, desgarros de los epiplones gastrohepático y gastrocúlico, úlcus gástrico, lesiones malignas de la región de cardias, tumores benignos del estómago y adherencias perigástricas. Entre las causas desencadenantes, resección del nervio frénico izquierdo, dilatación aguda del estómago, vómitos incoercibles y movimientos antiperistálticos excesivos.⁸

Un vólvulo agudo del estómago se manifiesta generalmente por la instauración súbita del dolor epigástrico intenso que puede irradiarse al dorso y asociado a náuseas. El abdomen superior se distiende, mientras que el abdomen inferior permanece aplanado. La tríada clásica de Borchardt distensión epigástrica acompañada de dolor, dificultad para el paso de la sonda nasogástrica y náuseas sin vómitos se ve en el 70 % de los casos.^{3,6,10}

El examen radiológico puede observarse distensión gástrica y puede con nivel hidroaéreo.⁴ En el vólvulo parcial sin obstrucción completa el

examen radiológico con papilla de bario puede sugerir el diagnóstico al mostrar un estómago en reloj de arena o en cascada o una imagen de mucosa arrollada.

El tratamiento del vólvulo gástrico es la intervención quirúrgica y gastropexia (suturar el estómago a la pared abdominal para curar su distopia).^{3,10-14} Existen descritas varias técnicas entre ellas Método de Beyea, de Durtt, de Coffey, de Perthes, de Rosving. La mortalidad operatoria por vólvulo gástrico agudo es alta pero los pacientes no operados han muerto indefectiblemente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabrera TMG, Renedo RJL, Tejeda THD. Vólvulo Gástrico. Informe de un caso. Act Pediatr Mex 2009; 30(3):163-6.
2. Amin M, El-Gohary, Atif Etiaby. Gastric volvulus in infants and children. Paed Surg Int 1994; 9:486-8.
3. Asz-Sigall J, Santos-Jasson K, Carmona Librado S. Vólvulo gástrico intratorácico y Hernia Diafragmática congénita de diagnóstico tardío. Informe de un caso. Acta Pediatr Mex 2010; 31 (1):32-35.
4. A Braldes, C Rodríguez Rames, I García Trujillo. Vólvulo gástrico agudo del tipo mixto y localización interatorácica. distensión gástrica torácica. Rev.Esp. Enferm.Dig. (Madrid). 2007; Vol. 99. No 4, pp231-232.
5. Cribbs RK, Gow KW, Wulkan M. Gastric volvulus in infants and children. Pediatric. 2008; 122: 752-62.
6. Borchardt M. Kur. Pathologic and Therapie desmagen volvulus. Arch Kin Chir 1904; 74:243-60.
7. Gerstte JT, Chiu P, Emil S. Gastric volvulus in children Lessons Learned from delayed diagnoses. Sem Ped Surg 2009; 18:98-103.
8. Chau B, Dufel S. Gastric volvulus. Emerg Med J. 2007; 24(6): 446.
9. Hsu YC, Perng CL, Chen CK, Tsai JJ, Lin HJ. Conservative management of chronic gastric volvulus: 44 cases over 5 years. World J Gastroenterol 2010; 16(33): 4200-4205.
10. Dr. Emilio Guerra Pérez, Dr. Marcial Llamas Fonte, Dra. Lidia Torres Aja. Vólvulo gástrico: presentación de un caso. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos ISSN: 1727-897X Medisur 2010; 8(5)
11. Ospino SG, Martínez BP, Valverde RR, Vólvulo gástrico intratorácico secundario a hernia diafragmática izquierda crónica postraumática. Act Med. Costarric 2005; 47(2):94-6.
12. Bhasin DK, Nagi B, Kochhar R. Endoscopic management of chronic organo-axial volvulus of the stomach. Am J Gastroenterol 1990; 85:1486-8.

13. Cameron BH, Blair GK. Laparoscopic guided gastropexy for intermittent gastric volvulus. J Pediatr Surg 1993; 28:1628-9.
14. María D Casado Maestre, María Socas Macías, Salvador Morales-Conde, Migración intratorácica de funduplicatura asociado a vólvulo gástrico organoaxial, REVESPERFERMDIG (Madrid) Vol. 104. N.º 10, pp. 546-547, 2012.

Recibido: 8 de marzo de 2014

Aprobado: 8 de abril de 2014

Dr. Jorge Leguén Cardoso. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba. **Teléf:** (53) 2138 7100