

VÓLVULO GÁSTRICO AGUDO

ACUTE GASTRIC VOLVULUS

A. Cabello-Fernández, E. Gómez-Delgado, A. Correia-Varela, C. Jimeno-Maté, A. Bejarano-García

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Resumen

El vólvulo gástrico es una entidad médica de diversas implicaciones en cuanto a la presentación clínica, diagnóstico, apoyo de pruebas de imagen, conducta y evaluación patológica. Por tanto, es fundamental la revisión de las características de cada una de ellas, con el objeto de orientar una conducta que posee caracteres tan amplios como lo es la simple observación hasta una conducta agresiva y urgente que implique salvar la vida del paciente.

El vólvulo gástrico consiste en una rotación del órgano sobre su propio eje, de baja incidencia, presentándose dos tipos: organoaxial y mesenteroaxial, en los cuales existe riesgo de isquemia y necrosis. Se manifiesta en cualquier etapa de la vida, de preferencia en etapa adulta y con clínica de abdomen agudo en gran parte de los casos. Debido al riesgo de isquemia, necrosis y compromiso vital, la conducta urgente implica resolución quirúrgica, que puede concluir en extirpación del órgano con un alto riesgo de mortalidad en el intra y el postoperatorio.

Palabras clave: triada de Borchartd, gastrectomía, vólvulo gástrico agudo.

CORRESPONDENCIA

Ana Cabello Fernández
Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez
21005 Huelva
ana_cb_9@hotmail.com

Fecha de envío: 03/07/2018
Fecha de aceptación: 27/08/2018

Abstract

Gastric volvulus is a medical entity with diverse implications in terms of clinical presentation, diagnosis, support for imaging tests, behaviour and pathological evaluation. Therefore, it is essential to review the characteristics of each of them, in order to guide a behavior ranging from the mere observation to an aggressive and urgent approach that involves saving the life of the patient.

Gastric volvulus occurs when the stomach rotates on its own axis. It has low incidence, presenting two types: organoaxial and mesenteroaxial, in which there is a risk of ischemia and necrosis. It can be detected at any stage of life, but mainly in adults with acute abdomen symptoms. Due to the risk of ischemia, necrosis and death, urgent management implies performing surgery, which may lead to removal of the organ, with a high risk of mortality in the intra and postoperative period.

Keywords: borchartd's triad, gastrectomy, gastric volvulus.

Introducción

El vólvulo gástrico se caracteriza por la rotación del estómago sobre su eje. Tiene baja incidencia y es menos frecuente que los vólvulos de sigma, cecal o de intestino medio. Puede ser transitorio y no producir síntomas, y en otros casos puede llevar a una obstrucción de la salida gástrica con isquemia y necrosis.

El 75-80% corresponde a pacientes adultos, en los que por lo general, la presentación clínica está asociada a factores predisponentes congénitos y adquiridos asociados.

El vólvulo gástrico debe ser cuidadosamente considerado como causa de epigastralgia y vómitos, pues un diagnóstico erróneo puede significar la muerte del paciente.

La radiología es el medio principal para el diagnóstico y posterior manejo terapéutico de esta patología, primero a través de rayos X en radiología simple y contrastada y posteriormente la tomografía axial computerizada, que es una excelente herramienta de orientación anatómica para el tratamiento.

A continuación presentamos un caso clínico de vólvulo gástrico en paciente adulto con su posterior manejo y desenlace.

Caso clínico

Varón de 72 años que consulta en su CS por náuseas y vómitos de 24 horas de evolución.

Como antecedentes personales de interés cabe destacar IAM hace 22 años y portador de DAI desde hace siete años. Además hernia de hiato por deslizamiento en tratamiento con IBP.

En CS realizan electrocardiograma que presenta alteraciones de la repolarización, por lo que es derivado al Servicio de Urgencias.

Cuando es valorado en consultas, el paciente se encuentra muy nauseoso y presenta hipo incesante, además de inquietud marcada.

En el Servicio de Urgencias se realiza nuevo electrocardiograma (EKG), a destacar imagen de BCRDHH con ascenso ST de 1 mm en cara septal, sin alteraciones agudas de la repolarización. A la exploración completa no apreciamos hallazgos llamativos, únicamente delgadez extrema. Estudio analítico con elevación de troponina T (132) y CK (231), con fx renal alterada (creatinina 1,48). Realizamos seriación enzimática (curva levemente positiva) y repetimos EKG, donde no apreciamos nuevos hallazgos. Rx tórax: gran hernia de hiato, encontrándose la totalidad del fundus gástrico en cavidad torácica.

El paciente durante su estancia en observación continúa con hipo e inquietud incesante, hasta que aproximadamente a las 14 horas de su llegada avisa enfermería porque el paciente presenta dolor abdominal intenso e importante malestar general. A la exploración destaca abdomen en tabla y sudoración profusa, además de taquicardia e hipotensión. Repetimos EKG, donde apreciamos ascenso de ST de 3 mm en cara septal, anterior y descenso de ST en cara inferior. Ante sospecha de síndrome aórtico agudo solicitamos angioTC. En este se describe esófago y cámara gástrica muy dilatados (25x30 cm de diámetro gástrico) y herniada a cavidad torácica, localizándose la unión esofagogástrica a nivel infradiaphragmática (hernia paraesofágica), apreciándose un pliegue mucoso a nivel intratorácico, hallazgos que sugieren volvulación

gástrica con una malrotación a este nivel, causando la dilatación gástrica importante efecto masa sobre el resto de estructuras intrabdominales y aorta abdominal. Burbujas aéreas en pared gástrica (sufrimiento de pared). Asas de intestino delgado y marco cólico de calibre normales.

Ante estos hallazgos avisamos a endoscopista de guardia. A su llegada el paciente se encuentra estable hemodinámicamente, pero tras administrar sedación a pequeña dosis el paciente presenta depresión respiratoria que requiere medidas de reanimación, por lo que se decide intervención quirúrgica urgente. Durante la IOT en UCI el paciente presenta parada cardiorrespiratoria que no responde a medidas avanzadas de resucitación, por lo que fallece posteriormente en situación de shock cardiogénico.

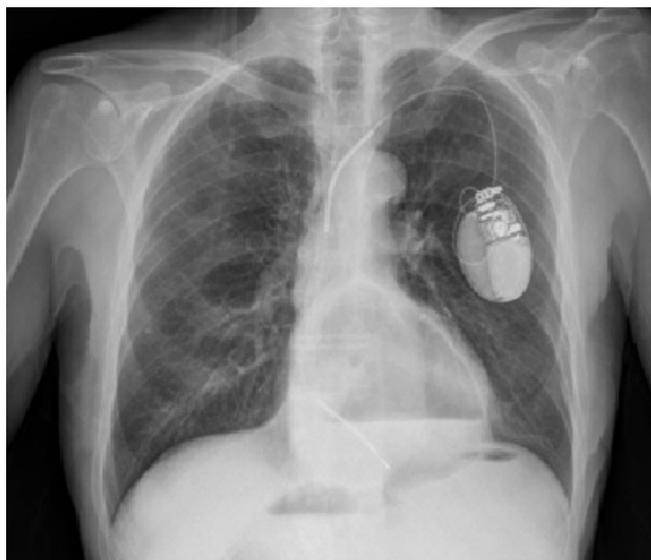


Figura 1

Vólvulo gástrico en radiología simple. En esta imagen podemos observar gran parte de la cavidad gástrica en la región torácica.



Figura 2

Vólvulo gástrico en tomografía axial computerizada. En esta imagen podemos observar la gran rotación del estómago sobre su eje.



Figura 3

Vólvulo gástrico en tomografía axial computerizada. En esta imagen podemos observar la gran dilatación de la cámara gástrica secundaria a la volvulación de la misma.

Discusión

La volvulación gástrica presenta baja incidencia. Existen diversos factores de riesgo, como edad >50 años, anomalías diafragmáticas, parálisis del nervio frénico, cifoescoliosis, etc. Con la rotación del estómago >180° ocurre obstrucción gástrica total, pero con menor grado de rotación, la obstrucción gástrica es parcial. Se clasifica en función de la presentación clínica (aguda/crónica), el eje de rotación (organoaxial/mesenteroaxial) y la etiología (primario o secundario). En el caso de nuestro paciente, la presentación fue aguda (rotación >180°), la etiología secundaria (gran hernia de hiato, causa más frecuente de vólvulo gástrico), la rotación organoaxial (60% de los vólvulos y la más asociada a hernia) y éste incluía diversos factores de riesgo. La presentación clínica más frecuente suele ser dolor torácico, dolor abdominal superior y vómitos severos. La combinación de ambos con la imposibilidad de pasar una sonda nasogástrica se denomina tríada de Borchardt, presente en el 70% de los pacientes con presentación aguda. Además si la obstrucción es completa se produce distensión abdominal. Los signos de peritonitis pueden estar presentes si se ha producido isquemia gástrica debido a estrangulación o perforación. Las alteraciones analíticas se producen en el caso de agotamiento, estrés del paciente, pero no ayudan a establecer un diagnóstico. El diagnóstico es clínico y por imagen (radiografía/tomografía axial computerizada). En el caso de nuestro paciente la clínica predominante fue hipo incesante y abdomen timpánico a la exploración. La elevación de enzimas cardíacas y la disfunción ventricular severa que presentó fueron debidas al estrés del mismo ante la obstrucción gástrica completa e isquemia de pared gástrica, lo que le llevó a shock cardiogénico y fatal desenlace. El manejo inicial del vólvulo gástrico implica la estabilización del paciente y la descompresión nasogástrica inmediata. El vólvulo gástrico agudo

se trata de una emergencia quirúrgica que se asocia con tasas de mortalidad que van del 30 al 50% cuando el diagnóstico se pierde y el tratamiento se retrasa. Si el paciente presenta elevado riesgo quirúrgico es preferible una descompresión endoscópica con la vía aérea aislada. Hay casos reportados de desvolvulación endoscópica, sobre todo de vólvulos crónicos, pero también de vólvulos agudos. Se han descrito dos técnicas para desvolvular, la maniobra Alfa-loop, que comprende seis pasos que buscan inicialmente formar un asa en alfa en el extremo proximal del estómago volvulado, avanzando la punta del endoscopio por el sitio de la estenosis que produce el vólvulo y posteriormente llevar la punta del endoscopio al duodeno, realizando un torque del endoscopio en el sentido de las manecillas del reloj, con lo que se logra la desvolvulación completa. La otra maniobra, llamada tipo J o de retroversión, también se ha utilizado para realizar gastropexias. La desvolvulación endoscópica no debería realizarse en caso de signos clínicos y/o radiológicos de isquemia o necrosis gástrica.

En conclusión, el objetivo se puede lograr tanto por técnicas endoscópicas como quirúrgicas, pero la técnica endoscópica no corrige las anomalías anatómicas y por tanto existe elevado riesgo de recurrencia.

Bibliografía

1. Rashid F, Thangarajah T, Mulvey D, Larvin M, Iftikhar SY. A review article on gastric volvulus: a challenge to diagnosis and management. Division of GI Surgery, University of Nottingham, Graduate Entry Medical School, Royal Derby Hospital, Derby, DE22 3DT, UK. *Int J Surg*. 2010;8(1):18.
2. Chau B, Dufel S. Gastric volvulus. University of Connecticut Health Center, Emergency Medicine Residency, Hartford, Connecticut, USA. *Emerg Med J*. 2007;24(6):446.
3. Light D, Links D, Griffin M. The threatened stomach: management of the acute gastric volvulus. Northern Oesophago-Gastric Unit, Royal Victoria Infirmary, Newcastle upon Tyne, NE1 4LP, England, UK. *Surg Endosc*. 2016;30(5):1847. Epub 2015 Aug 15.
4. Kotobi H, Auber F, Otta E, Meyer N, Audry G, Hélarlot PG. Acute mesenteroaxial gastric volvulus and congenital diaphragmatic hernia. Department of Pediatric Surgery, AP-HP-Hôpital d'Enfants Armand Trousseau and University of Paris VI, 26 Avenue du Dr Arnold Netter, 75012 Paris, France. *Pediatr Surg Int*. 2005 Aug;21(8):674-6. Epub 2005 Jul 9.
5. Channer LT, Squires GT, Price PD. Laparoscopic repair of gastric volvulus. Department of Surgery, Mount Carmel Health System, Columbus, Ohio, USA. *JLS*. 2000 Jul;4(3):225-30.
6. Tsang, T.-K., Walker, R., & Yu, D. J. (1995). Endoscopic reduction of gastric volvulus: The alpha-loop maneuver. *Gastrointestinal Endoscopy*, 42(3), 244–248.