

VOLVULUS GASTRICO. PRESENTACION DE UN CASO Y REVISION DEL TEMA

MYRIAM SERRANO ARENAS *

RESUMEN

El vólulus gástrico es una entidad rara, de difícil diagnóstico preoperatorio, asociada a defectos de relajación en los ligamentos de sostén del estómago o Hernias diafragmáticas, causando un cuadro de obstrucción gástrica con alta mortalidad. Se presenta un caso de estrangulación intratorácica del estómago por vólulus mesentérico axial.

PALABRAS CLAVE: Vólulus gástrico, Hernia diafragmática.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente de sexo femenino, de 64 años, con antecedentes de hernia parahiatal, con episodios frecuentes de vómito, dolor epigástrico, a quien no se le había practicado tratamiento quirúrgico por su alto riesgo cardiovascular; ingresa por cuadro severo de disnea, dolor epigástrico y náuseas con gran compromiso de su estado general. Le practicaron Rx de tórax donde se observa imagen

hidroaérea en área mediastinal (Figura 1), la endoscopia muestra obstrucción total del esófago en su tercio distal; le fue practicado estudio contrastado con bario en donde se demuestra el vólulus mesentérico-axial (Figura 2), encontrándose todo el estómago vólulado en el hemitórax izquierdo, explicando la sintomatología respiratoria.

Fue llevada a cirugía encontrándose vólulus gástrico mesentérico-axial, localizado en hemitórax izquierdo con gangrena total del estómago. Se le practicó gastrectomía total con esofagoyeyunostomía en Y de Roux, esplenectomía y lavado del hemitórax a través del defecto diafragmático, toracostomía, nutrición parenteral total y antibioticoterapia. La evolución fue satisfactoria.

DISCUSION

El vólulus gástrico fue descrito en 1866 por Berti (1) desde entonces son pocos los casos informados en la literatura.

El estómago es una víscera hueca, la más dilatada del tubo digestivo y durante su etapa de forma-

*Jefe Departamento de Cirugía, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia.

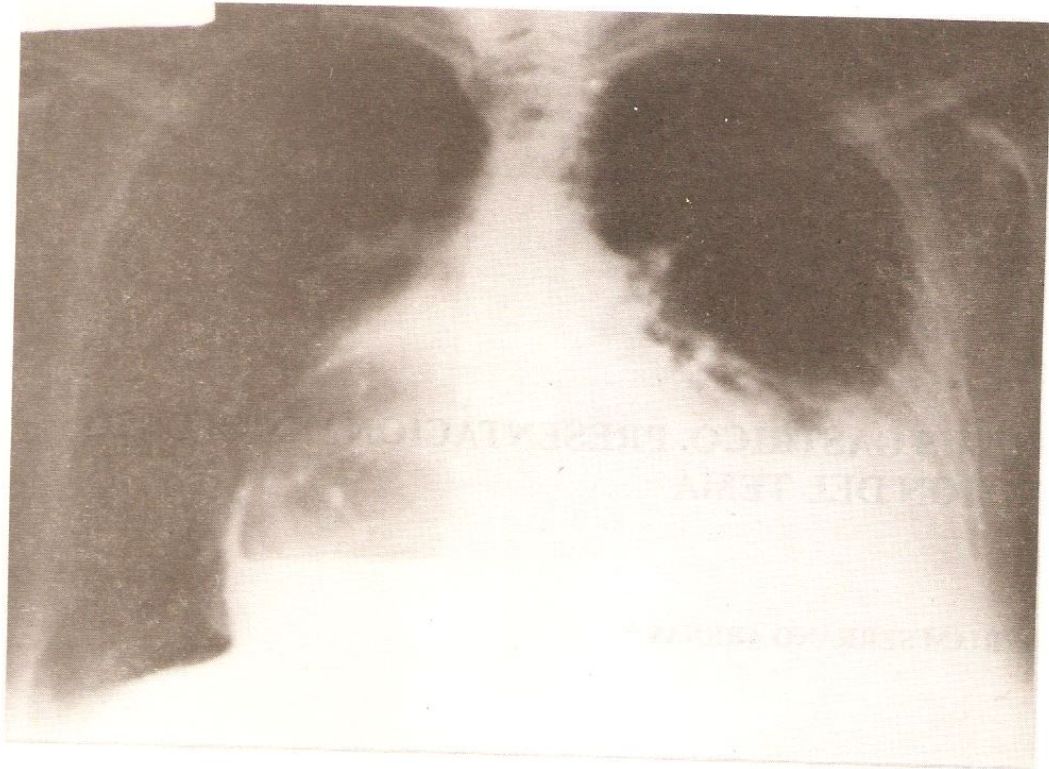


Figura 1. Muestra un nivel hidroaereo intratorácico, correspondiente al contenido gástrico del estómago volvulado.

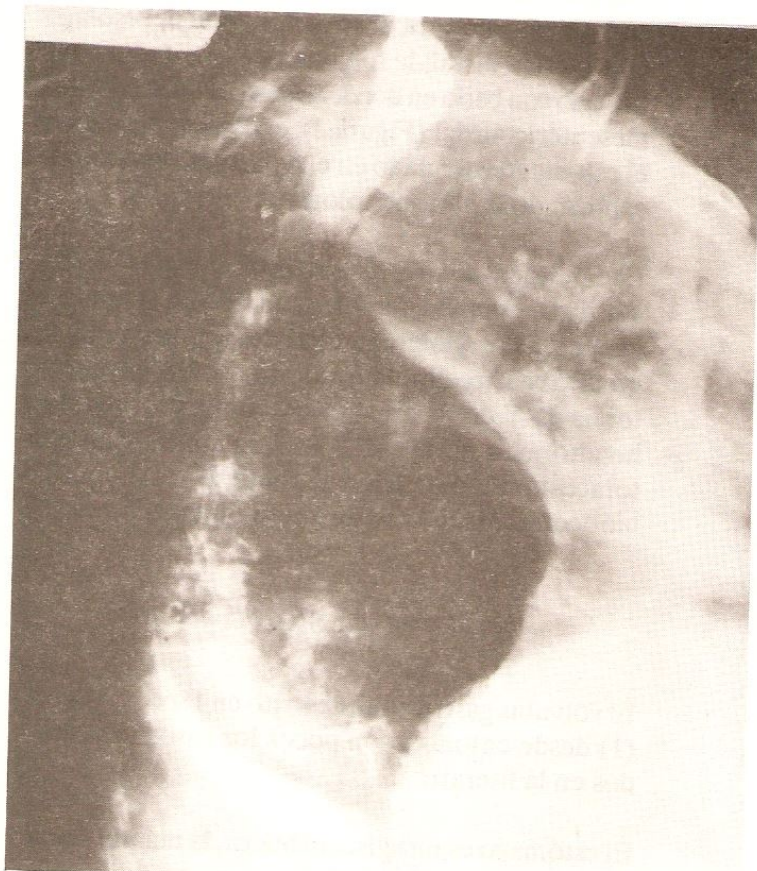


Figura 2. Muestra el estómago volvulado dentro de la cavidad torácica, con medio de contraste.

ción embriológica experimenta rotación, logrando una situación definitiva dentro de la cavidad abdominal, que le permite aumentar grandemente su volumen sin que se predisponga su torsión.

Su principal punto de fijación es a nivel de la unión esofagagástrica en el hiatus; el píloro le da estabilidad mediante la fijación del duodeno al páncreas a nivel de la curvatura menor; la posición de la arteria gástrica izquierda y los ligamentos gastrofrénicos y gastrohepáticos en la curvatura mayor contribuyen a la estabilidad posicional del estómago; la fijación en su parte superior está dada por los vasos gástricos cortos y el ligamento gastroesplénico; en la parte inferior el ligamento gastrocólico, además del efecto de suma del epiplón mayor(2).

El estómago tiene una intensa actividad motora especialmente a nivel del antro, provocando presiones intragástricas que alcanzan los 100 cm de agua. Se requiere que exista relajación de sus ligamentos de soporte ya mencionados o patología de las vísceras que contribuyen a su fijación para que esto ocurra (3); además, las alteraciones del vaciamiento gástrico pueden favorecer su torsión, aunque se han descrito casos sin aparente explicación (4).

El vólvulus implica torsión con grados variables de obstrucción y con o sin estrangulación. Se requiere que el estómago o una parte de este rote más de 180° para producir obstrucción en asa cerrada ya sea ventral o dorsal, esto no se da sin existir alteraciones en sus ligamentos. Existen tres tipos de vólvulus:

- Vólvulus mesenterico axial. Producido por pérdida de la fijación pilórica; en este caso el píloro y el antro se doblan sobre el fundus. Es el tipo de vólvulus más común y generalmente da manifestaciones episódicas por semanas o años con mejoría espontánea, es el vólvulus crónico.
- Vólvulus organoaxial. En éste, el cuerpo y el fundus o todo el estómago rota sobre el eje cardio-pilórico; generalmente es de presentación aguda y la obstrucción es completa. Es el clásico vólvulus y es aquí en donde se presenta la tríada característica de Borchardt (5).

- Vólvulus mixto. Es frecuente que ocurra rotación en los dos ejes gástricos constituyendo el tipo mixto. Generalmente esto ocurre en fases avanzadas de la torsión mesentérico-axial, también es probable que el eje pueda cambiar y el vólvulus progrese desde órgano-axial hasta el mesentérico-axial en sus fases más tardías (6).

Factores predisponentes

Se han considerado los defectos diafragmáticos como los factores más frecuentes, por lo menos el 20% de los vólvulus gástricos los presentan. De estos los más importantes son la hernia diafragmática traumática (7), las hernias de Morgani (8,9) descritas tanto en niños como en adultos, las hernias paraesofágicas, las eventraciones diafragmáticas o defectos de relajación del diafragma (10), la parálisis diafragmática por lesión del nervio frénico, las neumonectomías izquierdas y las adherencias pleurales que elevan y distorsionan el diafragma. Otras causas descritas son: agenesia del lóbulo izquierdo del hígado (11), asplenia, embolización de arteria gástrica izquierda (12), atresia rectal con dilatación masiva del colon transversal (13), Síndrome de Ehler-Danlos, hernias de la pared abdominal que rotan el estómago (2), esofaguectomía total (14), Situs inversus (15), úlcera duodenal, cáncer gástrico o duodenal.

Se han descrito casos en una misma familia por varias generaciones (16), al igual que se ha visto en niños manifestándose por vómitos, distensión abdominal y pérdida de peso (17), mejorando la mayoría de ellos con tratamiento conservador, colocando los lactantes en posición prona después de dar alimentos (18).

En algunos casos se han asociado a reflujo gastroesofágico y defectos nutricionales (19), dilatación gástrica aguda e hipergastrinemias.

En ocasiones el cuadro clínico puede ser desencadenado por otros factores casuales como aumentos súbitos de la presión abdominal, vómitos o ingestión excesiva de alimentos seguida de ejercicios (20).

Diagnóstico

En el vólvulus agudo los síntomas son severos, definidos por Borchardt-Lenormant como una tríada consistente en dolor epigástrico severo, vómito seco e imposibilidad para pasar una sonda nasogástrica (5).

Debe existir un alto grado de sospecha para hacer el diagnóstico; los RX de tórax y los estudios contrastados gastrointestinales son los métodos radiológicos más usados para su identificación.

El diagnóstico debe hacerse en corto tiempo porque rápidamente se compromete la circulación gástrica y puede ocurrir la gangrena gástrica la cual es la más grave complicación; se presenta en el 5% de los casos, puede llevar al paciente a un estado de shock, requiere resecciones gástricas mayores y tiene una mortalidad del 30%. Una forma de presentación menos frecuente es la hematemesis (21); también ha sido asociado a pancreatitis aguda (4).

En el vólvulus crónico el cuadro es menos dramático y suele mejorar con medidas como la posición vertical, los antiácidos y la dieta blanda. Esta mejoría se presenta especialmente en niños y en otros casos la mejoría se logra por el paso de una sonda nasogástrica o un endoscopio, produciendo una devolvulación (22). Estos pacientes pueden llegar a la vida adulta y el diagnóstico hacerse tardío cuando ya hay compromiso de la circulación gástrica por la torsión aguda.

El manejo del vólvulus crónico debe ser quirúrgico, recurriendo a técnicas de gastropexias y funduplicaturas gástricas (23), y reparaciones de lesiones del diafragma, dependiendo del tipo de vólvulus y de la patología asociada.

ABSTRACT

Gastric volvulus is uncommon entity associated with relaxation of the supporting ligaments of the stomach, with gastric obstruction and high mortality. This paper reports one case of intrathoracic strangulation of stomach by mesenterico-axial volvulus.

BIBLIOGRAFIA

1. Lerma C. Cirugía. 1986: 249-254.
2. Nyhus, Wastell. Surgery of the Stomach and duodenum, 3ra ed 1977, p:583-584.
3. Singh J, Garg P. Gastrojejunal hitch in gastric volvulus. Am J Gastroenterol 1989; (6):693-4.
4. Bedoya A, Guerrero R, Díaz R. Vólvulus Gástrico idiopático asociado a torsión esplénica y pancreatitis hemorrágica, presentación de un caso. Temas escogidos de Gastroenterología 1987; 24:73-75.
5. Borchardt M. Zur Pathologie und therapie des magen volvulus. Arch Klin Chir 1904; 74:243.
6. Horisawa M et al. Idiopathic gastric volvulus reevaluation of the axis of volvulus. J Jap Soc Pediatr Surg 1980; 16:1071.
7. Bemelman WA, Van-Baal JG, Keeman JN. Volvulus of the stomach after traumatic hernia diaphragmatica. Neth J Surg 1989; 41:8-10.
8. Estefano R, Tubia L, Esteban A, Carbajal C, Berdejo L. Hernias de Morgani. Presentación de 2 casos que se presentaron como vólvulus gástrico. Rev Esp Enferm Apar Dig 1990; 77:217-20.
9. Bhasin DK, Nagi B, Gupta NM, Singh K. Chronic intermittent gastric volvulus within the foramen of Morgani. Am J Gastroenterol 1989; 84:1106-8.
10. Pérez FJ, Navarro F, Ruiz A, Martín A. Vólvulus gástrico y relajación diafragmática. Rev Esp Enfem Apar Dig 1989; 75:625-6, 1989.
11. Ahmed AF, Bediako AK, Rai D. Agenesis of the left hepatic lobe with gastric volvulus. N Y State J Med 1988; 88:327-8.
12. Robbins SM, Tuten TU, Clements JL, Fekete P. Angiographic diagnosis of gastric volvulus with report of a complication following left gastric artery embolization. Gastrointest Radiol 1988; 13:112-4.
13. Mizrahi S, Vinograd I, Schiller M. Neonatal gastric volvulus secondary to rectal atresia. Clin Pediatr (Phila) 1988; 27:302-4.
14. Casson AG, Inculet R, Finley R. Volvulus of the intrathoracic stomach after total esophagectomy. J Thorac Cardiovasc Surg 1990; 100:633-4.
15. Chiva T. [Acute volvulus of the stomach in a patient with preduodenal vein "situs inversus" and asplenia]. Z Kinderchir 1979; 27:370.
16. Yin RL, Nowak TV. Familial occurrence of intrathoracic volvulus. Dig Dis Sci 1988; 33:1483-6.
17. Iturburu IM, Lopez de Tejada I, Ortiz J. Vólvulus gástrico en la infancia. Rev Quir Esp 1988; 15:255-7.
18. Honna T, Kamii Y, Tsuchida Y. Idiopathic gastric volvulus in infancy and childhood. J Pediatr Surg 1990; 25:707-10.
19. De Giacomo C, Maggiore G, Fiori P, Perotti G. Chronic gastric torsion in infancy: a revisited diagnosis. Australas Radiol 1989; 33:252-4.
20. Amstrup SC, Nielsen CA. Acute gastric dilatation and volvulus in a free living polar bear. J Wildl Dis 1989; 25:601-4.
21. Bhasin DK, Nagi B, Kochhar R, Gupta NM, Metha SK. Hematemesis: a rare presentation of gastric volvulus. Indian J Gastroenterol 1990; 9:93.
22. Bhasin DK, Nagi B, Kochhar R, Sinhg K, Gupta NM,

Mehta SK. Endoscopic management of chronic organo-axial volvulus of the stomach. *Am J Gastroenterol* 1990; 85:1486-8.

23. Senocak ME, Buyukpamukcu N, Hiccsonmez A. [Cronic gastric volvulus in children a ten year experience]. *Z Kinderchir* 1990; 45:159-63.