

## CIRUGIA DE URGENCIA

### *Vólvulo agudo del estómago asociado a divertículo de la segunda porción del duodeno*

Dres. YAMANDU PORRAS y HUGO MENDEZ, Br. F. CRIADO \*

Es una rara afección. No cuentan más de 200 los casos publicados hasta la fecha.

Recientemente Castiglioni y col. (4) publicaron las 2 primeras observaciones en nuestro medio poniendo al día la bibliografía hasta la fecha.

Según el eje de rotación (1) existen 2 tipos de vólvulos:

- 1) Mesenterio-axial donde la rotación se hace de derecha a izquierda alrededor de un eje vertical a la línea cardias píloro (fig. 1. A y B).
- 2) Organo-axial donde la rotación se hace alrededor de la línea cardias píloro. Es el menos frecuente (fig. 1 C.).

Del punto de vista etiológico se dividen en primitivos y secundarios. En éstos se ha involucrado prácticamente a toda la patología gástrica pero el más común es el secundario a heridas, eventraciones y parálisis del hemidiafragma izquierdo (1, 4, 5, 6, 7).

El primitivo supone según Bockus (1) "la relajación marcada de las fijaciones ligamentosas del estómago".

Clínicamente se estudian los vólvulos crónicos, más benignos, con sintomatología difícil de catalogar y el vólvulo agudo que es una real emergencia quirúrgica y que corresponde al caso que vamos a relatar.

#### OBSERVACION

J. M. C. 50 a. Varón. Sordomudo. Ingresó al servicio el 26-6-71 con vómitos copiosos, abundantes desde hace unas horas. Dolor y distensión abdominal de abdomen superior. Deshidratación marcada y oliguria.

La RX simple mostró fig. 2) enorme nivel hidroaéreo en cámara gástrica (fig. 2).

El episodio cedió espectacularmente con intubación gástrica y aspiración de varios litros de líquido gástrico y bilioso.

El gastroduodeno realizado 3 días después mostró (fig. 3) relleno gástrico dificultoso con distopía del antro a la izquierda y arriba haciendo sospechar un estómago volvulable y además un gran divertículo de cuello ancho a nivel del borde interno de la 2ª porción del duodeno.

Se decide explorar con diagnóstico probable de estómago volvulable, que explicaba el accidente agudo, no sabiendo qué papel habría jugado el divertículo en el episodio inicial.

Operación: 7-VII-71. Dr. Y. Porras, Dr. H. Méndez, Br. F. Criado.

Incisión mediana supra a infraumbilical.

Exploración: Estómago enorme, de paredes hipertróficas, edematosas pero sin signos de sufrimiento.

Mesos largos con ausencia total de fijación de las vísceras abdominales, sobre todo el estómago, colon e hígado. Nefroptosis marcada. Se realiza decolamiento duodenopancreático. Se visualiza la zona de implantación del divertículo, éste se pierde en el tejido pancreático donde no se realizan maniobras de disección. No hay periduodenitis ni pancreatitis (3). Se realiza vagotomía troncular con reconstrucción del ángulo de His. y fijación del ligamento frenoefágico al pilar derecho del diafragma y gastroyeyunostomía posterior (en asa corta, transmesocólica, anisoperistáltica) en la primer asa yeyunal ubicando el asa aferente en posición más elevada. Peritonización de la zona duodenopancreática. Se deja al sonda gástrica pasada al asa aferente. Dilatación anal pues existe un sigmoide con condiciones anatómicas para volvularse. Evolución: buena. El estudio radiológico de control (fig 4) mostró un buen funcionamiento de la anastomosis con derivación total del bario ingerido. Reintervenido un año después por pequeña eventración, la posición del estómago y de la anastomosis eran perfectas.

\* Cirujanos y Pte. Int. Hospital Regional Sur, Mercedes. M.S.P.

Presentado el 13 de octubre de 1971.

## COMENTARIO

Borchardt (2) estableció una tríada sintomática para hacer el diagnóstico:

- 1) Dolor epigástrico circunscripto.
- 2) Esfuerzos infructuosos para vomitar.
- 3) Resistencia al pasar una sonda gástrica.

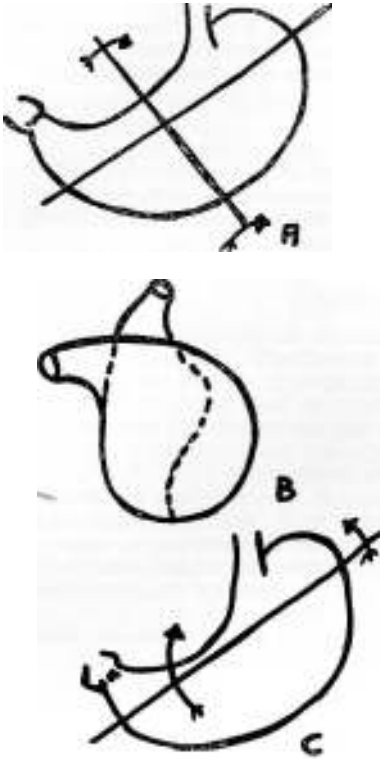


FIG. 1.—Eje de rotación de los dos tipos de vólvulo. Imitado de Shackelford (6). Leyendas en el texto.

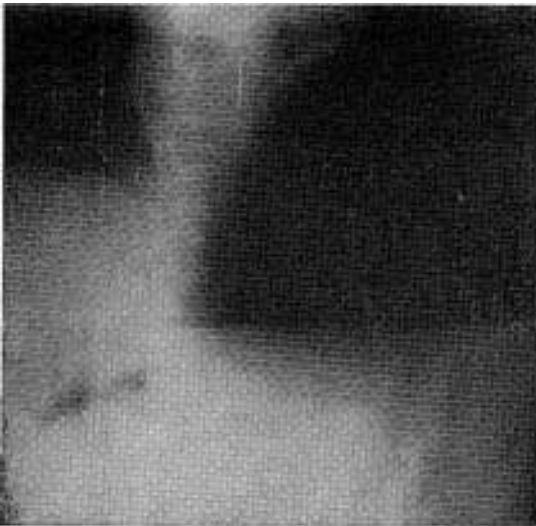


FIG. 2.—Vólvulo agudo de estómago.

Bockus (1) afirma que no puede pasarse una sonda en el vólvulo agudo. La sonda gástrica se pudo pasar en nuestro enfermo lo que permitió la decompresión y sortear la etapa aguda, intento éste que siempre se debe realizar.

El caso 2 de Castiglioni y col. (4) también pudo ser intubado. El diagnóstico preoperatorio se planteó al hacer días después el estudio radiológico del estómago.



FIG. 3.—1) cardias, 2) píloro, 3) divertículo gigante de D II.

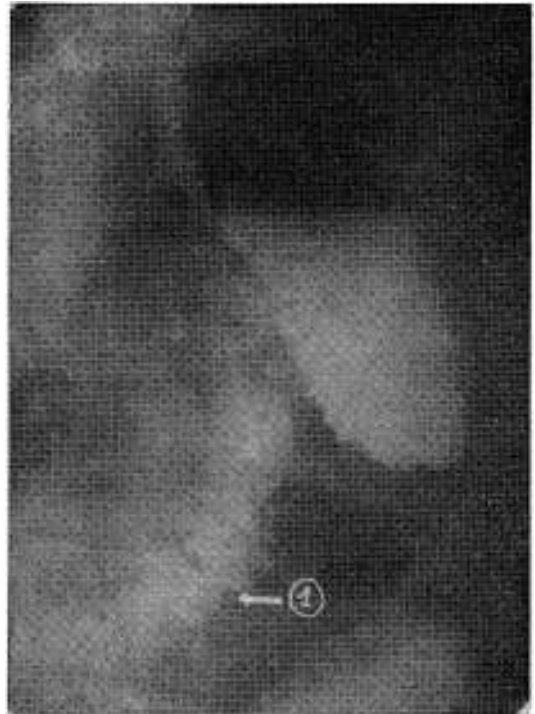


FIG. 4.—Rx de control, 1) asa eferente.

## TRATAMIENTO

Es fundamental si se opera en la etapa aguda determinar el estado del estómago y el diagnóstico de la causa del vólvulo.

Nuestra observación así como las dos de Castiglioni y col. (4) corresponden al grupo de los "vólvulos idiopáticos" o primitivos (1). Se procederá luego a la detorsión. La reducción del vólvulo (1) supone el que "los pedículos arteriales ocupen su posición correcta". En el vólvulo primitivo se puede elegir alguna forma de gastropexia. La gastrostomía puede estar indicada. Además de realizar una efectiva decompresión realiza una gastropexia anterior. [Caso 2 de Castiglioni y col. (4)]

Considerando que las zonas anatómicamente fijadas del estómago son cardias y duodeno y la asociación lesional de un divertículo de D II realizamos:

- 1) Fijación del cardias al pilar derecho del diafragma.
- 2) Gastroenterostomía posterior en asa corta.
- 3) Vagotomía troncular para evitar ulc. péptica postoperatoria.

Burgess y Ball (3) sugieren que la destransitación del duodeno es la forma menos peligrosa y más efectiva de tratar un divertículo de dicho sector.

Thorek en su libro muestra una maravillosa descripción de un caso clínico que fue presentado en 1923 en la sesión de la American Medical Association y describe las distintas formas de gastropexia. Cita a Niosi que opina que la detorsión seguida de gastroenterostomía es preferible a la gastropexia.

## RESUMEN

Los autores presentan una observación de vólvulo primitivo de estómago, asociado a un divertículo gigante de 2ª porción de duodeno que fue tratado por gastroenterostomía y vagotomía, con buena evolución.

## RÉSUMÉ

Présentation d'une observation de volvulus primitif de l'estomac, associé à un diverticule géant de la seconde portion du duodénum, traité par gastro-entérostomie et vagotomie avec évolution favorable.

## SUMMARY

In one case of primitive stomach volvulus associated to a giant diverticulum in 2nd. duodenum, treatment consisted of gastroenterostomy and vagotomy. Evolution was good.

## BIBLIOGRAFIA

1. BOCKUS, H. L. Gastroenterología. p. 964-7. Barcelona, Salvat, 1965.
2. BORCHARDT, M. Citado por Palmer (5).
3. BURGESS, C. M. y BALL, J. J. Complicaciones de la cirugía de divertículos duodenales. *Clin. Quir. North Amer.*, 50: 351, 1970.
4. CASTIGLIONI, J. C. y col. Vólvulo agudo del estómago. *Rev. Cir. Uruguay*, 42: 413, 1972.
5. PALMER, E. D. Gastroenterología Clínica. p. 109. Buenos Aires, López Libreros. 1968.
6. SHACKELFORD, R. T., BICKAM, W. S., CALLANDER, C. L. Cirugía del Aparato Digestivo. p. 199. Barcelona. Salvat, 1961.
7. THOREK, M. Técnica Quirúrgica Moderna. p. 82. Barcelona, Salvat, 1941.