

CASOS CLINICOS

Vólvulo gástrico intratorácico complicado con hemorragia digestiva alta masiva

Dres. Carlos Igarzabal, Ruben Baldoni, Omar Díaz y Luis Guillermo Frank

Presentación de un caso de hemorragia digestiva grave por necrosis focal de la curvatura menor gástrica secundaria a un vólvulo gástrico intratorácico.

Palabras clave (Key words, Mots clé. MEDLARS: Stomach / Stomach Diseases.

La presente comunicacion es motivada por el hecho de haber asistido en el mes de setiembre del año 1978, en la Guardia del Departamento de Urgencia del Hospital General de Agudos "J. M. Ramos Mejía", de la ciudad de Buenos Aires, un paciente con Hemorragia Digestiva Alta Masiva, complicación de una Hernia Diafragmática Traumática (H.D.T.) izquierda.

Se trataba de un varón de 39 años de edad, chileno, H.C. 155.348, que consultó al Servicio de Cirugía de nuestro Hospital por presentar dolor en epigastrio e hipocondrio izquierdo, acompañado de vómitos alimentarios de 72 hrs. de evolución.

Como antecedentes de relevancia, refería dos heridas punzantes de arma blanca en Hemitórax izquierdo, ambas a la altura del 5º espacio intercostal en la línea axilar posterior, ocurridas 5 años atrás, no siendo tratadas en su oportunidad.

Su enfermedad actual comienza hace 3 años, con pirosis, epigastralgia e hipocondralgia izquierda, de carácter cólico que persistían 3 ó 4 meses y cedían espontáneamente o con tratamiento sintomático; seguida de un largo período de acalmia, reagudizándose el cuadro en el último mes.

En el examen físico de ingreso se comprobó un buen estado general, a pesar de haber perdido 6 kgs. de peso en los últimos 30 días; encontrándose solamente como datos positivos una pequeña cicatriz de la referida lesión por arma blanca en el tórax.

Trae en la consulta una placa radiográfica de tórax de frente, realizada 6 meses atrás, que no evidenciaba patología alguna.

En el Hemitórax izquierdo la percusión era timpánica en los dos tercios inferiores, el mur-

Departamento de Cirugía del Hospital General de Agudos "J. M. Ramos Mejía" (Prof. G. F. Cottini). Bs. Aires. Argentina.

mullo vesicular estaba ausente y reemplazado por ruidos hidroaéreos. La columna era sonora.

El laboratorio solicitado no aportó datos positivos, no así las radiografías de tórax de frente y perfil, donde se observaba la presencia de una gran cámara aérea con doble nivel, que reemplazaba el parénquima pulmonar y que ocupaba los 2/3 inferiores del Hemitórax izquierdo.

Ante la sospecha de estar frente a un H.D.T. con vísceras abdominales en su interior, se realizó un relleno esofagogastroduodenal con bario que confirmó la presencia de un megastómago intratorácico, volvulado en sentido órgano axial con un 2º nivel aéreo independiente, que podía corresponder a colon.

Hallándose en plena preparación preoperatoria presenta una *Hemorragia digestiva alta masiva* que no se logra yugular con el tratamiento médico efectuado y que lo descompensa hemodinámicamente. Se le practica una endoscopia intrahemorragica que informa: "Estómago dilatado lleno de sangre fresca que refluje a través del piloro".

Ante la presencia de la referida complicación, se decide intervenir al paciente en el Servicio de Guardia y dadas las malas condiciones que presentaba se realiza una laparotomía exploradora mediana supraumbilical con la finalidad de realizar hemostasia directa de un presunto lecho sangrante ulceroso asociado a la H.D.T.

Abierto el abdomen se comprueba un estómago dilatado y volvulado en sentido organo-axial introducido en la cavidad torácica a través de una hernia diafragmática gigante. Se observa asimismo una esplenomegalia de 25 x 15 cm. que se insinúa a través de la brecha diafragmática, con su vena esplénica dilatada, lo que sugiere una hipertensión esplénica segmentaria por probable torsión del epiplón gastroesplénico. A su vez se hallaban alojados en la cavidad torácica el epiplón mayor en su totalidad, fijo a la pleura parietal, colon transversal y ansas de intestino delgado. Se realiza gastrotomía de 5 cm. de longitud aspirándose abundantes coágulos de sangre roja y digerida, junto con líquido de lavado gástrico (4 litros, aproximadamente).

Dada la dificultad para hallar la causa de la hemorragia digestiva por vía abdominal, ya

Presentado como Tema libre al 29º Congreso Uruguayo de Cirugía. Piriápolis, diciembre de 1978.

Dirección: Urquiza 609, Bs. Aires, Argentina (Dr. L. G. Frank).

que no se evidenció otra patología que la justificara y dificultadas las maniobras por las firmes adherencias viscerales al anillo herniario, se decide realizar frenotoracotomía izquierda universal; se observa que el pulmón se hallaba reducido a un muñón del polo superior. Se liberan las adherencias de la masa visceral a la brecha diafragmática, pericardio y pleura parietal, comprobándose una vez desvolvulado el estómago, una zona de necrosis de 3 x 3 cm. en la curvatura menor, ubicada a nivel del eje de torsión que compromete una rama de la arteria coronario estomáquica, parcialmente bloqueada por epiplón ya que se drenaron coágulos y contenido gástrico de la cavidad pleural.

Se liga el vaso sangrante con puntos por transfijión cerrando la brecha gástrica en dos planos previa resección del medallón necrótico.

Dada la imposibilidad de restituir los órganos a la cavidad abdominal, por el impedimento que ofrece el tamaño del bazo, se realiza esplenectomía.

Reintegrados los órganos al abdomen y lograda una reexpansión parcial del pulmón izquierdo, se cierra la toracofrenolaparotomía según técnica, dejando dos drenajes pleurales bajo agua.

Dado el mal estado del paciente se realiza previamente una gastrostomía a lo Stamm con la doble finalidad de descomprimir el estómago dilatado y fijarlo a la pared anterior del abdomen como una gastropexia para tratar el vólculo.

El postoperatorio inmediato cursó satisfactoriamente, presentando al 4º D.P.O. por los drenajes pleurales la salida de material purulento cuyos cultivos evidenciaron la presencia de gérmenes anaerobios, falleciendo el paciente en insuficiencia respiratoria al 5º D.P.O. por bronconeumonía bilateral asociada a mediasinitis aguda a pesar de la terapéutica instituida. El diagnóstico de la causa de muerte fue confirmado por el Servicio de Anatomía Patológica en estudio necrópsico.

COMENTARIO

La hernia diafragmática traumática izquierda, se complicó con una hemorragia digestiva

alta, asociada a un vólculo órgano axial e hipertensión segmentaria esplénica con esplenomegalia.

La hemorragia digestiva alta se produjo como consecuencia de la necrosis de un segmento de pared gástrica a nivel del eje de torsión en su ángulo de curvatura menor, ubicada en posición intratorácica, parcialmente bloqueada por las vísceras eventradas. Dicha complicación no fue hallada en la bibliografía nacional consultada, como tampoco en la extranjera, lo que nos mueve a presentarlo en este Congreso realizado en un país hermano.

RESUME

Volvule gastrique intratoracique compliqué avec hémorragie digestive haute massive

Présentation d'un cas exceptionnel d'hémorragie digestive grave par nécrose focale de la courbure gastrique mineur secondaire à un volvule gastrique intratoracique.

SUMMARY

Intrathoracic Gastric Volvulus Complicated by High Massive Digestive Hemorrhage

The author reports a rare case of grave digestive hemorrhage caused by focal necrosis of lesser gastric curvature, secondary to intrathoracic gastric volvulus.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BREA M, SANTAS A, GILARDON A. Hernia diafragmática del hígado. *Bol Trab Acad Argent Cir*, 35: 175, 1951.
2. CARTER MOLAND, GIUSSEFFI, J. Strangulated diaaphragmatic hernia. *Ann Surg*, 128: 210, 1948.
3. CERRUTI N, CAUSSI M, MEDAWAR J, SCHABELMAN, M. Grandes hernias diafragmáticas: congénita y traumática. *Congreso Argentino de Cirugía*, 31º, 2: 460, 1960.
4. HARRINGTON SW. Traumatic Diaphragmatic Hernia. *Surg Clin North Am*, 30: 961, 1950.
5. LAPUNZINA EO. Hernia diafragmática traumática. *Bol Trab Soc Argent Cir*, 26: 168, 1965.
6. ZAVALETA D y col. Hernia traumática del hemidiafragma derecho. Prótesis con malla de Marlex. *Sem Med*, 129: 380, 1966.