

VOLVULUS DEL ESTÓMAGO

Prof. C. NARIO y J. - P. OTERO

Carlos Martínez, sesenta y siete años, español, ingresa el 24 de septiembre de 1933.

Se enfermó hace cuarenta y ocho horas con dolor en el epigastrio a comienzo progresivo continuando hasta su ingreso; dolor continuo, sin paroxismos. Desde que se enfermó no ha movido el vientre, ni ha echado gases; tomó un purgante que vomitó enseguida; luego se dió dos lavajes intestinales que tampoco toleró echándolos inmediatamente. Dice que vomitaba todo lo que tomaba y también que no tenía vómitos espontáneos, vomitando solamente cuando ingería alimentos.

Antecedentes. — Ha sido sano. No ha tenido anteriormente trastornos de su tránsito intestinal; ni crisis dolorosas intensas.

Examen. — Estado general malo; lengua seca; pulso con arritmia completa.

Vientre. — Gran balonamiento de la parte superior y media del vientre haciendo notable contraste con la parte inferior (hipogastrio y fosas ilíacas) que está plana y hasta deprimida; balonamiento que se hace hacia adelante y es además algo asimétrico, vientre oblicuo ovalar de arriba a abajo y de hipocondrio derecho a fosa ilíaca izquierda. No hay reptación. **Palpación:** Da la impresión de palparse un gran tumor redondeado, liso, tenso, comparable a una pelota de foot-ball grande; a tal punto que lo interrogamos con insistencia si tenía antes un tumor, pero dice que esto data desde hace 48 horas. **Percusión:** Este balón era de un timpanismo metálico a la percusión. La *sucusión* del enfermo daba un ruido igual al de la sucusión hipocrática en el hidro-neumotórax: ruido de chapoteo, de conflicto hidro-aérico con timbre metálico.

El enfermo tiene una hernia epigástrica que se descarta fácilmente como causa de la oclusión. Los otros orificios herniarios libres.

Tacto rectal: Douglas libre. Al retirar el dedo se constata que tiene algunas estrías de sangre roja.

Radioescopia: Gran nivel líquido único que va de un lado a otro del vientre a la altura de las alas ilíacas, por debajo de las crestas. Es un nivel único solitario. Se saca placa. Se constata además un enorme corazón con gran aumento de todas las cavidades, especialmente de las derechas.

Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía en la Sesión del día 19 de agosto de 1936.

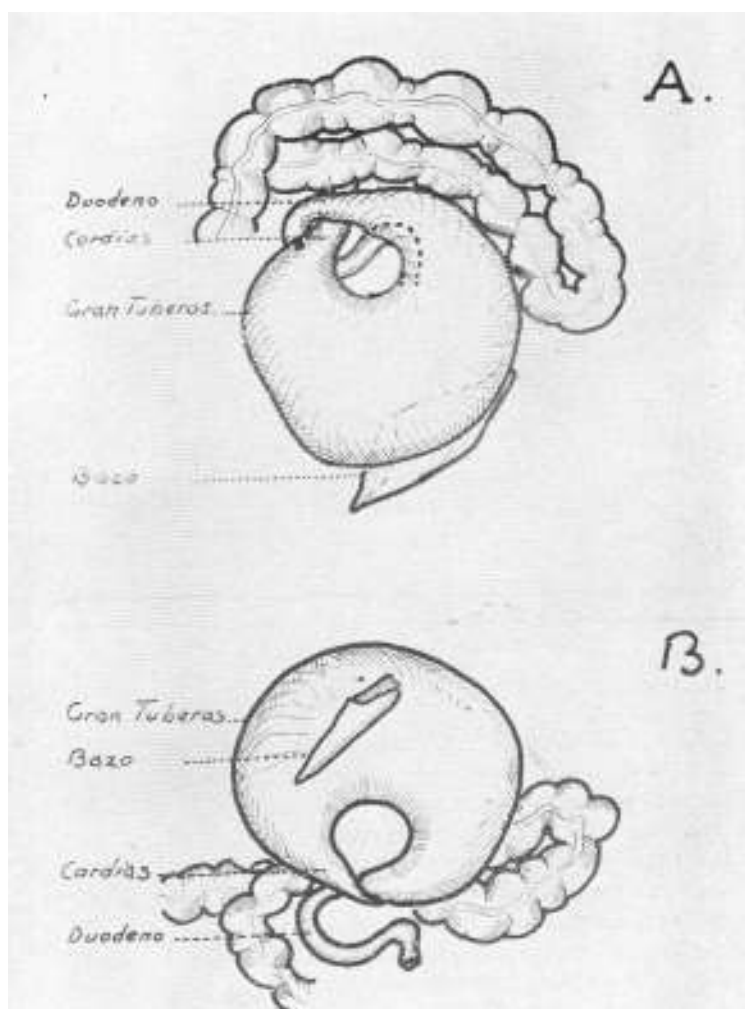


Fig. 1

Diagnóstico: El diagnóstico de oclusión intestinal se imponía; además el balonamiento típico hacía pensar enseguida en vólvulus. El aspecto radioscópico nos hizo pensar en vólvulus del sigmoide.

Intervención: Dr. Nario, Dr. Otero, Pte. Braun. Anestesia general: éter, Incisión mediana infraumbilical. Abierto el peritoneo aparece una enorme ansa, extraordinariamente tensa, que se interpreta como un ansa sigmoide torcida de acuerdo con el diagnóstico pre-operatorio. Se intenta exteriorizar



Fig. 2

siendo difícil; se prolonga la incisión arriba y no tardamos en darnos cuenta que se trata de un estómago volvulado y enormemente distendido.

Al abrir el peritoneo se había constatado derrame hemático intra peritoneal; ahora al intentar exteriorizar el estómago se constata la existencia de una brecha esfacélica en la pequeña curva por donde escapa el contenido gástrico; se obtura con una pinza de corazón. Se punciona el estómago hacia su extremidad derecha con trócar y se vacía su contenido. Recién entonces es posible destorcer el estómago que estaba torcido en el sentido de las agujas de un reloj. Antes de puncionar habíamos notado que el bazo estaba muy abajo, en la posición marcada en la figura 1 arrastrado por la tuberosidad mayor y por otro lado el colon transverso con el ligamento gastro-cólico estaba del lado de arriba del estómago arrastrado por el antro-pilórico. Sucedió como si se hubiera tomado el estómago y lo hubiéramos torcido de 180 grados en tal forma que la cara anterior se hiciera posterior y viceversa y que la tuberosidad mayor viniese abajo y a la derecha en el lugar del píloro. Esta gran rotación no pudo hacerse sin desgarrar el epiplón gastro-esplénico que estaba completamente roto permitiendo un amplio acceso a la retro-cavidad, los vasos cortos estando arrancados de la curvatura mayor siendo necesario pinzarlos en el pedículo esplénico en número de tres.

Se suturó en dos planos la brecha de la pequeña curva que era del tamaño de una moneda de un peso. Se suturó luego el orificio del trócar que

una vez destorcido el estómago se encuentra arriba, es decir en la tuberosidad mayor. Reparación del epiplón gastro-esplénico. Cierre de la pared. El volumen del estómago volvulado era enorme mucho más grande que el que está representado en las figuras, de manera que no se veía el colon a primera vista.

El enfermo fallece a las pocas horas.

Al presentar el caso que antecede, no hemos tenido otra finalidad que la de volcar una nueva observación a la casuística general de esta rara afección. Las interrogantes que plantea el vólvulo gástrico son múltiples, y merecen una nueva revisión de los hechos constatados y de las hipótesis clásicas. En otra oportunidad y con mayor caudal de datos, se podría llegar a algunas conclusiones de interés. Solo tres pequeñas anotaciones nos permitimos formular.

1º En nuestro medio el libro del Dr. Prat se ocupa con especial cuidado de esta forma de oclusión haciendo un capítulo completo sobre la cuestión. Los que tengan interés en el conocimiento correcto del tema pueden consultar con provecho, como lo he hecho yo mismo, la referencia que menciono.

El único caso que se conoce, a mi entender, en nuestro medio, de vólvulo gástrico, es el de Mañé, publicado en Anales de la F. de Medicina y analizado en el libro de Prat. Se refiere a un caso de *vólvulo agudo órgano - axial*.

El nuestro es en consecuencia el primer caso de *vólvulo agudo mesentérico - axial* que se relata en nuestro país.

2º Casos parecidos al nuestro no son frecuentes en la literatura mundial, ya exigua cuando se refiere a la afección que nos ocupa. Hasta el año 1928 la literatura completa se pudo hallar en el artículo de Boppe.

Desde esa fecha en adelante hemos revisado la literatura que nos ha sido posible consultar, con el fin, sobre todo, de conocer con precisión las investigaciones radiológicas en agudo que no podían lógicamente hallarse antes de la fecha indicada.

Dos casos tienen gran concordancia anatomo-clínica con el nuestro: el de Buchanan (British J. Surg., 1930) y el de Bertrand (Lyon Chirurgical).

En estos dos casos y en el nuestro, se trata de vólvulos *totales*, mesentérico - axiales, agudos, con ulceración isquémica de la pequeña curva y signos clínicos bastante semejantes. También

se asemejan en que se terminaron por la muerte rápida post-operatoria, confirmando una vez más la gravedad especial de los cuadros oclusivos altos. En el caso de Bertrand existe un hecho del mayor interés: la necropsia comprueba la existencia de una anomalía que conviene retener: *ausencia de acolamiento del mesogastro posterior*. Siempre se ha discutido si eran posibles los vólvulos *totales* del estómago. La disposición de los elementos perigástricos (bazo y colon), y la ausencia de acolamiento en la zona mesogástrica indicada, muestran que los dos casos citados y el nuestro, son auténticamente totales, desde que la gruesa tuberosidad abandonó su contacto subdiafragmático, y se colocó a la derecha y por debajo del ombligo arrastrando al bazo que es el testigo indubitable de esta amplia translación rotatoria.

3º La radiología de los vólvulos gástricos se ha hecho para las formas crónicas recidivantes o permanentes y sin obstrucción cardio - pilórica.

El documento que presentamos es tal vez uno de los primeros publicados, mostrando el aspecto radiológico del vólvulo agudo del estómago. Continuaremos nuestras búsquedas para asegurarnos de esta afirmación. En tal sentido, y sobre todo por esta causa, hemos creído que convenía molestar la atención de nuestros colegas.