

Vólvulo gástrico

Distintas formas de presentación

Dres. Alberto Pagán¹, Mario García², Ramón García¹,
Sebastián Ferra¹, José Antonio Soro³

Resumen

El vólvulo gástrico es una entidad poco frecuente y con múltiples formas de presentación que dificultan su diagnóstico. Presentamos distintas expresiones clínicas de vólvulo gástrico y diferentes opciones de tratamiento tanto en el cuadro crónico como en el agudo, también las dificultades que existen en el diagnóstico y como pueden condicionar la actuación terapéutica.

Summary

Gastric volvulus is an infrequent entity with multiple presentations which make different clinical expressions of gastric volvulus and different treatment options both for chronic or acute forms and discusses diagnostic difficulties and how they can condition the therapeutical performance.

Palabras clave: Vólvulo gástrico

Introducción

El vólvulo gástrico es una entidad poco frecuente y de difícil diagnóstico. Se presentan cuatro vólvulos gástricos con distinto comportamiento clínico.

La patogenia estriba en dos factores, relajación de los ligamentos de sostén y patología asociada de vecindad.

En la forma aguda es fundamental el diagnóstico precoz para poder realizar su tratamiento temprano. En los demás casos el tratamiento esta condicionado por la intensidad de los síntomas.

Casos clínicos

Caso 1

Varón de 79 años con vómitos de cinco días de evolución y epigastralgia con irradiación en cinturón. El paciente refiere vómitos ocasionales desde hace dos años. Exploración: Deshidratación. Abdomen doloroso y con matidez en epigastrio. Imposibilidad de intubación nasogástrica.

Laboratorio: leucocitosis; hematocrito: 53,2%; glucemia: 2,18 g/l; azoemia: 1,20 g/l.

Radiografía de tórax anteroposterior: hernia hiatal, doble nivel hidroaéreo. Tránsito de esófago gastroduodeno (TEGD): oclusión total del esófago sin paso de contraste (figura 1).

Se intervino de urgencia, objetivándose vólvulo gástrico mesentérico-axial anterior con zona isquémica inviable en fundus. Se realizó

1. Adjunto del Servicio de Cirugía.

2. Jefe de Sección del Servicio de Cirugía.

3. Jefe del Servicio de Cirugía.

Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca. Islas Baleares, España. Recibido en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 11 de agosto de 1997.

Correspondencia. Dr. Alberto Pagán. Servicio de Cirugía del Hospital Son Dureta. Calle Andrea Doria 55. CP 07014. Palma de Mallorca. Islas Baleares, España.

E-mail: apagan@arrakis.es.

descompresión gástrica y reducción del vólvulo, cierre de pilares diafragmáticos, resección de la pared gástrica no viable y gastropexia.

Se practicó un TEGD de control apreciándose corrección hiatal y estómago en disposición anatómica.

Caso 2

Paciente de 73 años que acude a Urgencia por fiebre y escalofríos de una semana de evolución. Auscultación: estertores crepitantes en campo pulmonar derecho. Se diagnosticó neumonía que motivó el ingreso.

Radiografía de tórax: infiltrado en lóbulo superior derecho, dos niveles hidroaéreos en mediastino. El TEGD demostró un estómago supradiafragmático con su curvatura mayor en disposición horizontal y superior.

Dado el riesgo quirúrgico y la ausencia de sintomatología atribuible al vólvulo, sigue en la actualidad con controles ambulatorios.

Caso 3

Paciente de 63 años, con antecedentes de hernia de hiato. Refiere vómitos biliosos acompañados de intolerancia alimenticia de una semana de evolución. A la exploración: paciente deshidratada, abdomen sin focalidad.

Laboratorio: hematocrito: 48%; glucemia: 1,94 g/l; azoemia: 1,11 g/l; potasio en sangre: 2,60 mEq/l.

Radiografía de tórax: doble nivel en tórax y abdomen superior. TEGD donde se aprecia cuerpo y antro situados por arriba del fundus, región pilórica y bulbo duodenal próximos al cardias y buen paso de papilla a través del marco duodenal.

Es ingresada con sueroterapia e intubación nasogástrica con buena evolución y siendo dada de alta para cirugía programada.

Caso 4

Paciente de 52 años en estudio por dispepsia ulcerosa al que se practicó TEGD, apreciando vólvulo gástrico y relajación diafragmática izquierda.

Fue incluido en programa quirúrgico, practi-

cándose reducción de vólvulo axial y gastropexia a la pared anterior del abdomen.

Tras la intervención cedieron los síntomas.

Discusión

El vólvulo gástrico es una entidad más frecuente de lo sospechado, con una gran variedad de formas de presentación que dificultan su diagnóstico.

Existen varias clasificaciones, a destacar las de Dalgaard ⁽¹⁾ y Singleton ⁽²⁾, que hacen referencia a distintos aspectos.

La clasificación anatómica comprende:

- órgano-axial: rotación según una línea imaginaria que va desde cardias hasta píloro;
- mesentérico-axial: la rotación ocurre alrededor de un eje del epiplón gastrohepático;
- mixto: la rotación ocurre alrededor de ambos ejes. El tipo más frecuente, para algunos autores ^(3,4), es el órgano-axial, mientras que para otros es el mesentérico-axial ⁽⁵⁾, nuestros primeros casos corresponden a este tipo, o incluso el tipo mixto ⁽⁶⁾.

La dirección del vólvulo gástrico es anterior o posterior, dependiendo de si el fundus y la curvatura mayor se desplazan hacia delante o hacia atrás en el tipo órgano-axial, o si es el píloro el que se moviliza hacia delante o atrás en el tipo mesentérico-axial.

La extensión será total o parcial dependiendo de la zona del órgano afectada. Hablaremos de rotación completa cuando alcanza los 180°, acompañándose de oclusión parcial o completa del cardias o del píloro. En algunos casos, la torsión se acompaña de compromiso vascular. Cuando la rotación es menor de 180° no se interfiere el tránsito ni la vascularización.

La forma de presentación es aguda o crónica. La forma crónica es habitualmente inexpressiva y sólo se obtendrán datos sugerentes con una historia clínica exhaustiva y con un alto índice de sospecha.

La etiología será secundaria cuando el vólvulo se asocia a otras patologías que motivan su aparición, o bien idiopática cuando no se identifique causa. Cuando el vólvulo gástrico se asocia a una hernia paraesofágica Dautre ⁽⁶⁾ lo clasi-

fica dependiendo de su clínica en: molestias esporádicas (estadio I), incarceration sin obstrucción (estadio II), obstrucción digestiva (estadio III) y estrangulación (estadio IV). Nuestro primer caso se encuadra en el estadio IV.

Entre los factores predisponentes, la laxitud en la fijación del estómago es un factor importante para la volvulación, señalada como causa fundamental junto con la patología diafragmática asociada⁽¹⁾. Cualquier afectación del diafragma puede ser factor predisponente de vólvulo gástrico. Nielsse⁽⁷⁾ recoge anomalías en 20% de los casos (hernias paraesofágicas, relajación diafragmática, rotura traumática). Otros factores son la esplenomegalia o las anomalías constitucionales del colon, que por desplazamiento pueden facilitar la rotación del estómago^(1,7); la ausencia del lóbulo hepático izquierdo⁽⁸⁻¹⁰⁾. Entre los factores desencadenantes destaca la dilatación gástrica⁽¹⁾.

En el vólvulo agudo Borchardt⁽¹¹⁾ describe una tríada: epigastralgia intensa con distensión epigástrica, vómitos improductivos e imposibilidad de pasar una sonda nasogástrica. No debe forzarse su introducción para evitar una perforación y estudiar mediante TEGD o endoscopia el motivo de ésta dificultad. En ocasiones esta tríada no se cumple ya que puede pasarse la sonda nasogástrica aliviando las molestias del paciente, como describe González⁽¹²⁾.

Con frecuencia, el vólvulo cursa de modo asintomático o con epigastralgias, sensación de distensión abdominal, imposibilidad para eructar y vómitos esporádicos, siendo su diagnóstico casual. Al coexistir con una hernia hiatal sus síntomas suelen predominar. La ubicación del estómago determinará la sintomatología, pudiendo aparecer dolor precordial, disnea y trastornos en el electrocardiograma⁽¹³⁾.

La radiografía de tórax, al observar dos niveles hidroaéreos, hace pensar en el diagnóstico que se confirma con el estudio baritado. Los signos radiológicos son: doble nivel hidroaéreo, inversión gástrica, nivelación cardio-pilórica, y estómago en "reloj de arena".

La endoscopia puede reducir un vólvulo gástrico. Siempre deberá efectuarse con sumo cuidado ante la posibilidad de perforación, motivo que provoca su contraindicación por algunos autores⁽⁷⁾. Si se pretende intentar la reducción

endoscópica del vólvulo, deberá pensarse en la limitación que provoca la administración de bario⁽¹⁴⁾, esto es un punto de controversia ya que si se realiza el diagnóstico mediante TEGD se bloquea de algún modo el posible tratamiento conservador. En nuestro primer caso, el endoscopista vio imposibilitada su labor por el bario. De todos modos, pensamos que ante la sospecha de vólvulo gástrico agudo es poco factible pensar en una resolución endoscópica, al no poder descartar compromiso vascular del órgano.

El tratamiento es quirúrgico. En pacientes con escasa sintomatología y riesgo quirúrgico elevado se recomendarán medidas dietéticas y posturales. En todos los demás casos, y siguiendo el criterio de Spiliopoulos⁽¹⁵⁾, creemos indicada la intervención para prevenir complicaciones.

La vía de abordaje será abdominal, que permite la resolución del vólvulo gástrico, de sus complicaciones y de su patología predisponente. Los procedimientos descritos por Tanner⁽¹⁶⁾ se adecuarán al estadio del vólvulo gástrico. La descompresión gástrica es un paso previo y fundamental en la reducción del vólvulo y en el posterior manejo y valoración del órgano en el cuadro agudo. Técnicas antirreflujo y una gastropexia completarán la intervención. Los pasos fundamentales según nuestra experiencia son la descompresión gástrica y una gastropexia sin tensión que se ve facilitada por la reconstrucción del hiato.

En la intervención electiva el pronóstico es favorable, aunque existen series que citan una mortalidad entre 10 y 13% en las formas crónicas. En el cuadro agudo el pronóstico es sombrío, con una mortalidad que varía entre 42 y 56%⁽¹⁵⁾.

Bibliografía

1. **Dalgaard EJ.** Volvulus of the stomach. Act Chir Scand 1952; 103: 131-4.
2. **Singleton AC.** Chronic gastric volvulus. Radiology 1940; 34: 53-61.
3. **Queralt C, Salinas J, Tajada A.** Consideraciones en torno al vólvulo gástrico. Rev Esp Enf Ap Digest 1984; 65(1): 81-8.
4. **Maingot R.** Operaciones abdominales. Buenos Aires: Panamericana, 1986; 640-6.
5. **Doutre LP, Perissat J, Gouffrant JM, Bobois JP, Gre-**

- net J. Le volvulus intra-thoracique de l'estomac dans les hernies hiatales (a propos de 6 observations). *Ann Chir* 1977; 31: 511-4.
6. **González-Calvin J, Alvarez-Cienfuegos E, Gil Extremera B.** Vólvulo gástrico crónico. Presentación de cinco casos. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1980; 58: 297-306.
 7. **Nielsen OF.** Anomalías del estómago. In: Bockus HL. *Gastroenterología*. Barcelona: Salvat, 1980: 1175-8 (vol 1).
 8. **Tod H, Danon P, Thierre RA.** Le syndrome volvulus gastrique et absence du lobe gauche du foie. *Presse Med* 1970; 78: 1099-103.
 9. **Rehingold OJ.** Gastric outlet obstruction due to a pancreatic pseudocyst. Report of two cases. *Am J Gastroenterol* 1978; 69: 92-5.
 10. **Joyeux R.** Volvulus gastrique par absence du lobe gauche du foie. *Montpellier Chir* 1965; 11: 493-7.
 11. **Borchardt M.** Pathology and therapy of volvulus of the stomach. *Arch Klin Chir* 1904; 74: 243-8.
 12. **González González JJ, Gómez Alvarez G, Alvarez Pérez JA.** Vólvulo gástrico. Aportación de un nuevo caso y revisión de la literatura. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1989; 75(1): 59-62.
 13. **Farr C, Graver K, Curry RW, Silverstein B, Cooper G.** Electrocardiography changes with gastric volvulus. *N Engl J Med* 1984; 310(26): 1747-8.
 14. **Pagán A, Gamundi M, Rosique R, Abad S, Frau A, Martí A et al.** Vólvulo gástrico y hernia paraesofágica. Aportación de un nuevo caso. *Cir Esp* 1993; 53(6): 506-8.
 15. **Spiliopoulos A, Bruscheiler I, Megeband R.** Diagnostic precoce du volvulus intrathoracique de l'estomac: a propos de dix observations. *Ann Chir* 1979; 33: 785-90.
 16. **Tanner N.** Chronic and recurrent volvulus of the stomach. *Am J Surg* 1968; 115: 505-12.