



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-045 - CIRUGÍA URGENTE EN EL VÓLVULO GÁSTRICO. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

I. Domínguez Sánchez, P. Peláez Torres, K.I. Alemán Ulloa, V. García Gutiérrez, B. Cristóbal Uriol, L. Brandariz Gil, C. Bermello Meza, M. Ortiz Aguilar, E. Rubio González, T. Butrón Vila y M. Lomas Espadas

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: El vólvulo gástrico es una patología poco frecuente, que consiste en la rotación del estómago sobre sí mismo en un ángulo mayor de 180°. Se clasifica en tres tipos según el eje de dicha rotación: órgano-axial (60% de los casos), cuando se da sobre el eje formado entre la unión esofagogástrica y la unión gastropilórica; mesentérico-axial (29%) cuando el eje sobre el que gira el estómago cruza desde la curvatura menor a la curvatura mayor y el tipo mixto (2%), cuando se da sobre ambos ejes. Es una patología que presenta mayor incidencia a partir de los 50 años, en la que hasta en 2/3 de las ocasiones el paciente presenta antecedentes de defectos diafragmáticos, siendo otros factores a tener en cuenta el traumatismo diafragmático, la compresión extrínseca, antecedentes de hernia de hiato o intervenciones quirúrgicas sobre dicha patología.

Métodos: Revisión de tres casos de vólvulo gástrico agudo acaecidos en nuestro hospital en un periodo de 3 años.

Resultados: Presentamos los casos de tres pacientes, dos varones y una mujer, en edades entre la 6ª y 8ª década de la vida. Dos de los casos presentaban hernia de hiato en seguimiento, habiendo sido el tercero intervenido cuatro años antes con realización de fuduplicatura tipo Nissen. Acudieron todos ellos a urgencias presentando sintomatología de obstrucción digestiva alta. En todos los casos la primera prueba realizada fue la Rx toraco-abdominal en la que se objetivó un estómago de retención con posible imagen de vólvulo, que hizo necesario solicitar en dos de los casos una gastroscopia como primera prueba con posterior TAC. En el tercer caso se realizó un TAC abdomino-pélvico en un primer tiempo. Fueron diagnosticados dos vólvulos gástricos órganoaxiales y un tercero del tipo mesenterioaxial. En todos ellos el tratamiento recibido fue quirúrgico de forma urgente. Dos de los casos requirieron reducción del saco herniario con reconstrucción protésica del defecto y funduplicatura tipo Nissen, presentado un postoperatorio corto y sin incidencias. En el tercer caso, intraoperatoriamente, se objetivaron áreas de isquemia que obligaron a la realización de una gastrectomía subtotal con reconstrucción en Y de Roux. Los tres pacientes han presentado una buena evolución tras el alta.

Conclusiones: Es importante la sospecha clínica así como un diagnóstico y tratamiento precoz de esta patología por su alta probabilidad de isquemia. Por ello a pesar de su baja frecuencia debe de tenerse en cuenta este diagnóstico diferencial ante pacientes que presenten clínica de obstrucción alta e imagen de estómago de retención en la Rx toraco-abdominal. La gastroscopia es la primera prueba ante la sospecha de vólvulo gástrico, por su función diagnóstico-terapéutica. El TAC permite descartar complicaciones

loco-regionales derivadas del compromiso visceral. En aquellos casos que no son susceptibles de tratamiento endoscópico, se debe recurrir a la cirugía urgente. La cirugía debe adecuarse a los hallazgos intraoperatorios, siendo el tratamiento gold estándar la reducción del saco herniario, cierre del hiato (con/sin malla) y funduplicatura (si precisa).