



www.elsevier.es/cirugia

P-155 - NUESTRA EXPERIENCIA ENFRENTÁNDONOS AL VÓLVULO GÁSTRICO AGUDO: REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA Y PROPUESTA DE PROTOCOLO

Becerra Toro, Jose Antonio; Pérez Quintero, Rocío; Martínez Mojarrro, Rocío; de la Rosa, Alberto; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Resumen

Introducción: El vólvulo gástrico es una entidad poco frecuente que consiste en la rotación gástrica a lo largo de su eje, produciendo una obstrucción completa si es mayor a 180°. Está asociado a anomalías diafragmáticas o gastrointestinales, parálisis del nervio frénico o cifoescoliosis. Puede clasificarse en primario o secundario, más frecuente y asociado a anomalías anatómicas; si la rotación es órgano o mesenteroaxial; y si es crónico o agudo, más frecuente. Produce una clínica inespecífica de dolor abdominal intermitente asociado a náuseas y vómitos, así como imposibilidad de colocar una sonda nasogástrica (SNG) (tríada de Borchardt). Obliga a realizar un diagnóstico diferencial con el infarto agudo de miocardio o la pancreatitis y colecistitis, siendo la prueba de elección la tomografía computarizada (TC). El manejo del vólvulo gástrico agudo ha sido objetivo de controversia en los últimos debido a la escasa bibliografía publicada y a su escasa incidencia. Presentamos una serie de tres casos de vólvulo gástrico agudo y la implementación de un protocolo para el manejo del mismo.

Casos clínicos: Varón de 79 años, pluripatológico, con gran hernia de hiato tipo II con cuadro emético incoercible asociado a dolor abdominal. Se le realiza TC abdomen y se evidencia vólvulo gástrico organoaxial. Ante la imposibilidad de colocación de SNG se realiza cirugía urgente por la unidad de esofagogástrica (UEG) realizándole una gastropexia y gastrostomía. Alta a los 5 días. Varón de 93 años con gran hernia de hiato tipo III que acude por dolor abdominal asociado a vómitos. Se le realiza una TC abdominal y se observa vólvulo gástrico organoaxial. Se le coloca SNG guiada por endoscopia, decidiéndose finalmente cirugía urgente por mala evolución, realizándole doble gastrostomía. Alta a los 7 días. Mujer de 73 años pluripatológica con hernia de hiato que acude por epigastralgia intensa asociada a vómitos. Se le realiza TC toracoabdominal y se observa vólvulo gástrico sin datos de complicación. Se realiza una EDA y se coloca una SNG. Se realiza cirugía urgente diferida a las 72 horas, realizándole gastropexia. Alta a los 4 días.



Discusión: Resucitación inicial adecuada con fluidoterapia intravenosa (IV), SNG y sonda vesical, añadiendo antibióticos si sospecha de complicación. Radiografía de tórax y abdomen, analítica completa, electrocardiograma y una TC toracoabdominal con contraste IV. Si presentase inestabilidad hemodinámica se decidiría cirugía urgente. Si hubiese complicación en las pruebas complementarias se valoraría endoscopia digestiva alta (EDA) previa a cirugía y esta si precisa. Si hubiese mejora del paciente tras colocación de SNG y ausencia de inestabilidad, valorar urgencia diferida por UEG. Si durante el seguimiento presentase empeoramiento, realizar EDA para valorar isquemia de la mucosa, indicándose cirugía si así lo fuese. Si no, se programaría tratamiento definitivo durante el ingreso. Si el paciente no presentase anormalidades anatómicas asociadas se realizaría gastropexia ± gastrostomía si fuese candidato a cirugía. Si no, devolvulación endoscópica y gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) × 2. Si presentase anormalidades anatómicas, desvolvulación y reparación del defecto diafragmático o gastropexia ± gastrostomía si fuese pluripatológico. Si no fuese candidato a cirugía, desvolvulación endoscópica + PEG × 2.