



P-189 - PERFORACIÓN INTRATORÁCICA DE VÓLVULO GÁSTRICO ORGANOAXIAL SECUNDARIO A HERNIA DE HIATO ESOFÁGICA MIXTA. MANEJO QUIRÚRGICO DE ESTA INUSUAL COMPLICACIÓN

Bibescu Heasca, Gabriela Beatrice; Queralt Escrig, Marta; López Loscos, Elena; Granel Villach, Laura; Maiocchi, Ana Karina; Gómez Quiles, Luis; Gómez Torres, Irene; Laguna Sastre, José Manuel

Hospital General, Castellón de la Plana.

Resumen

Introducción: El vólvulo gástrico se caracteriza por la rotación del estómago a lo largo de su eje corto o largo que puede llevar a obstrucción, estrangulación, necrosis o perforación, caracterizándose la clínica aguda por la "Tríada de Borchardt" (dolor y distensión abdominal, vómitos violentos o imposibilidad para vomitar y dificultad para pasar la SNG). Se clasifica según su etiología en causa primaria o secundaria y según la rotación de su eje en vólvulo organoaxial o tipo I y mesenteroaxial o tipo II, principalmente. Suele ser secundario a hernia paraesofágica y a lesiones traumáticas del diafragma. El objetivo del trabajo es explicar el manejo de esta complicación en base a nuestra experiencia clínica. Estudio descriptivo retrospectivo de un caso clínico diagnosticado y tratado en nuestro centro.

Caso clínico: Paciente mujer de 58 años, con antecedentes de hernia de hiato mixta intervenida en 2020 (funduplicatura de Nissen y cierre de pilares), acudió a urgencias por clínica de dolor torácico atípico asociado a disnea en el contexto de una recidiva herniaria ya conocida, ya que en tránsito previo de control se evidenciaba una volvulación organoaxial y dilatación del esófago. Exploración abdominal anodina con buena tolerancia a líquidos y elevación de reactantes de fase aguda. En la radiografía de tórax se observaba un hidroneumotórax izquierdo con desviación mediastínica contralateral. Tras colocación de tubo de tórax se solicitó TAC-TAP diagnóstico que confirmaba el diagnóstico junto con atelectasia total del pulmón izquierdo, defecto de continuidad de la porción medial del diafragma izquierdo, herniación del estómago y en el borde anterosuperior de la funduplicatura un acúmulo de líquido y gas, que traducía perforación a dicho nivel. Se decidió laparotomía urgente donde se identificaba una hernia diafragmática incarcerada con contenido gástrico, con un orificio herniario de unos 10 cm, que se consiguió reducir junto a la funduplicatura previa. Además, se identificó perforación a nivel de la curvatura menor gástrica de unos 2 cm, que se suturó con puntos sueltos. Se cerró el defecto diafragmático con sutura continua de monofilamento. Se decidió colocación de PEG a nivel de la curvatura mayor gástrica con pexia a pared abdominal tras lavado y colocación de drenajes. La paciente evolucionó favorablemente en el posoperatorio inmediato.



Discusión: La prevalencia de recurrencia herniaria tras la intervención de Nissen es del 12% al 55% y suele ser asintomática. Los pacientes sintomáticos presentan trastornos de la deglución, dolor abdominal o torácico, disnea y vómitos. En nuestro caso clínico la complicación asociada a la recidiva herniaria fue el volvulo gástrico organoaxial y la perforación del mismo, con el consiguiente hidroneumotórax, causante de la sintomatología de la paciente. El manejo de esta complicación siempre es quirúrgico, ya que implica la reparación de la perforación, lavado y reducción herniaria con reparación diafragmática. Dada la contaminación local, no se planteó colocación de prótesis optando por cierre del defecto y pexia gástrica.