



## P-156 - MANEJO ESCALONADO DEL VÓLVULO GÁSTRICO AGUDO COMO COMPLICACIÓN DE HERNIA DE HIATO: NO SIEMPRE ES NECESARIO OPERAR DE URGENCIA

Biel, Enrique; Jaume-Böttcher, Sofía; Montcusí, Blanca; Sánchez-Parrilla, Juan; Manterola, Carlos; Pera, Manuel; Grande, Luis

Hospital del Mar, Barcelona.

### Resumen

**Introducción:** El vólvulo gástrico agudo en una hernia de hiato (VGA) es una complicación infrecuente (1,1% anual), con potencial riesgo de perforación y sepsis. Su diagnóstico y tratamiento oportuno permiten disminuir su mortalidad; muchos autores han descrito la importancia de la descompresión inicial como tratamiento de urgencia, y una cirugía semiselectiva con resultados prometedores. El objetivo de este estudio es evaluar la morbilidad y mortalidad de pacientes ingresados por VGA manejados en distintos escalones de tratamiento (cirugía de urgencia, semiselectiva o tratamiento conservador).

**Métodos:** Serie de casos de pacientes con VGA ingresados en la Unidad de Emergencias entre 2007 y 2024, con seguimiento mínimo de 3 meses. El resultado primario fue la resolución del cuadro de urgencia. Otras variables de interés fueron: las características basales, técnica quirúrgica, complicaciones posoperatorias, estancia hospitalaria y recidiva. Se utilizó Stata 11.0 para la estadística descriptiva y analítica (comparación de medias y proporciones).

**Resultados:** Cincuenta y ocho pacientes (70% mujeres) ingresaron por VGA en el período del estudio, con una media de edad de 81 años (12 mayores de 90). Todos presentaban al menos una comorbilidad (47 con índice de Charlson igual o mayor a 3) y el 21% fue clasificado como muy frágil. El 20% tenía el diagnóstico previo de hernia de hiato y estaba en seguimiento (1 caso de recidiva tardía) y la mediana de volumen de estómago herniado fue del 87%. Cuatro pacientes que ingresaron sépticos fallecieron, mientras que el 80% logró la resolución de los síntomas con la descompresión inicial (sonda nasogástrica y/o endoscopia). De éstos, 11 casos fueron manejados de forma conservadora (severa comorbilidad) y los otros 43 pacientes (74%) fueron intervenidos de forma urgente o semiselectiva, con una mediana de 8 días de estabilización preoperatoria. La técnica más usada fue la fundoplicatura parcial posterior (Toupet), en el 70% de los casos totalmente laparoscópica. Tres casos urgentes requirieron cirugía de control de daños (gastrectomía total, fundectomía y sutura simple de perforación, asociándose al cierre de los pilares). La tabla muestra algunas diferencias entre los grupos urgente y semiselectivo. Destaca la mayor incidencia de complicaciones globales (las respiratorias fueron las más frecuentes) en el grupo urgente, que no alcanza significancia estadística al analizar separadamente las complicaciones mayores. No hubo diferencias significativas en tiempo operatorio, estancia hospitalaria, reintervenciones ni

readmisiones y no hubo mortalidad en esta serie. Se pesquisó un 16% de recidiva, con una mediana de seguimiento de 27 meses.

Variable	Emergencia o <48 horas	Semiselectiva o >48 horas	OR (IC95%)	p
n = 10	n = 33			
Totalmente laparoscópico, n (%)	5 (50)	26 (78)	0,19 (0,04-0,92)	0,03
Funduplicatura, n (%)	7 (70)	33 (100)	0 (-)	0,001
Morbilidad posoperatoria, n (%)	9 (90)	17 (51,5)	8,4 (0,9-74,6)	0,02
Complicaciones mayores*, n (%)	4 (40)	7 (21,2)	3,4 (0,8-15,4)	0,09
*Clavien-Dindo igual o mayor a IIIa.				

**Conclusiones:** Con una descompresión inicial exitosa, la estrategia escalonada es útil y segura en el manejo del VGA. La estabilización y optimización preoperatoria permiten una cirugía semiselectiva, definitiva y mínimamente invasiva.