



VC-137 - VÓLVULO GÁSTRICO PERFORADO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Filardi Fernández, Laura; García Marín, José Andrés; García García, Consuelo; Pérez Salar, Remedios; Esquivia Moreno, María; Ruiz García, Marina; Lucas Zamorano, Isabel; Soria Aledo, Victoriano

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Resumen

Introducción: Los vólvulos gástricos representan una entidad rara producida por la rotación del estómago sobre sí mismo. Es importante sospecharla en situaciones de dolor abdominal agudo, para realizar un diagnóstico y un tratamiento precoz con el fin de evitar complicaciones como la estrangulación, necrosis y perforación.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de una mujer de 65 años, hipertensa y con antecedentes quirúrgicos destacables de reparación de hernia de hiato mediante técnica de Nissen. Acude a Urgencias por dolor abdominal de 5 días de evolución, focalizado en epigastrio y que irradia a región escapular izquierda. Consulta varias veces en distintos servicios de urgencias, siendo dada de alta con tratamiento sintomático. Acude a nuestro centro por persistencia e intensificación del dolor, con náuseas, intolerancia oral y estreñimiento las últimas 48 horas. Encontramos a la paciente afebril, afectada por el dolor, taquicárdica, taquipneica, con palidez mucocutánea e hipotensa. El abdomen es doloroso a la palpación y con irritación en hemiabdomen superior. En las pruebas analíticas se encuentra un aumento de la amilasa, así como leucocitosis con desviación a la izquierda. Se realizan pruebas de imagen urgentes, con imágenes sugestivas de hernia intratorácica voluminosa en las radiografías simples. El TC toraco-abdomino-pélvico con contraste intravenoso urgente nos evidencia volvulación gástrica órgano-axial, sin datos de perforación o isquemia asociada. Se intentó un manejo conservador inicial de la paciente, pasándola a camas de observación, donde se monitorizó y se intentó colocar la sonda nasogástrica (SNG) como primera medida de descompresión del vólvulo gástrico. Ante la imposibilidad, se contactó con endoscopista de guardia para la devolvulación endoscópica urgente. Esta técnica tampoco fue efectiva, por lo que el manejo final del cuadro se realizó por vía laparoscópica. Gracias a la presencia del endoscopista, realizamos en el mismo tiempo quirúrgico una gastroscopia y una laparoscopia, evidenciando y localizando una perforación gástrica a nivel de la curvatura mayor isquémica. Finalmente, se realizó una gastrectomía atípica, una reparación del defecto herniario con sutura continua y dos pexias para la fijación gástrica.

Discusión: Dentro de los vólvulos intestinales, el de localización gástrica es el menos frecuente. La rotación del estómago alrededor de su propio eje condiciona una obstrucción variable. La mayoría de los vólvulos gástricos presentan una clínica crónica, variada e inespecífica, con un amplio diagnóstico diferencial de patologías del tacto digestivo superior. La clínica urgente del cuadro es más infrecuente, encontrando dolor toraco-abdominal y la triada clásica de Borchardt (epigastralgia,

dolor abdominal, vómitos e incapacidad para colocar SNG). Hay 3 pasos claves en el tratamiento del cuadro; la descompresión, la devolvulación y la corrección de los factores predisponentes. Habitualmente, el manejo urgente se soluciona con una descompresión gástrica, bien por SNG o endoscopia, pudiendo programar la cirugía en un segundo tiempo. La cirugía urgente es infrecuente; realizándose en situaciones de inestabilidad, donde el retraso quirúrgico aumenta la mortalidad del paciente al 30-50%. Por tanto, este vídeo representa una situación excepcional y rara, en la que se combina endoscopia y laparoscopia para el manejo y control de un cuadro potencialmente mortal.