



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-135 - GASTRECTOMÍA TOTAL POR VÓLVULO GÁSTRICO PRIMARIO

Román García de León, Laura; González Alcolea, Natalia; Rojo Blanco, Vicente; León Gámez, Carmen Lucero; Serrano González, Javier; Calvo Espino, Pablo; Alonso Sebastián, Isabel; Sánchez Turrión, Víctor

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Introducción: Presentación de un caso de laparotomía exploradora urgente por necrosis gástrica debido a vólvulo gástrico mesentérico-axial, y revisión de la literatura.

Caso clínico: Varón de 19 años, alérgico a AINES, con retraso madurativo, que acude a urgencias por dolor abdominal localizado en mesogastrio e hipocondrio izquierdo de 24 horas de evolución. A la exploración presenta dolor y defensa en la zona. En la analítica de urgencias destaca: CK 306,00 U/L, Leucocitos $18,28 \times 10^3/\mu\text{L}$, proteína C reactiva 14,40 mg/L. Se realiza radiografía simple de tórax y abdomen que revela distensión de cámara gástrica. Se coloca sonda nasogástrica con salida de 2 litros de material alimentario. Al persistir el dolor y elevarse la proteína C reactiva en analítica de control, se solicita TC abdominal urgente: “marcada distensión del estómago objetivándose rotación sobre su eje corto con desplazamiento del antro gástrico sobre la unión esofagogástrica, sugestivo de vólvulo gástrico mesentérico-axial. No se objetivan signos de neumatosis de la pared gástrica ni de neumoperitoneo, pero sí líquido libre intraabdominal supra e inframesocólico abundante. Como hallazgo incidental se describe bazo itinerante”. Ante el diagnóstico de vólvulo gástrico se decide tratamiento endoscópico urgente. Se intenta una devolvulación endoscópica, sin éxito; objetivándose necrosis de la mucosa con úlceras, por lo que se decide laparotomía urgente. Se realiza laparotomía exploradora objetivando vólvulo gástrico mesentérico-axial, que condiciona necrosis de la pared gástrica en cara posterior, y de la curvatura mayor en cara anterior. Se evidencia perforación con salida de material alimentario hacia la transcavidad. Se realiza gastrectomía total con esofagoyeyunostomía transmesocólica con anastomosis mecánica circular con CEEA 21 y reconstrucción en Y-de-Roux. El paciente fue dado de alta al 26º día postoperatorio, presentando como complicaciones infarto del polo superior esplénico y neumonía basal derecha, tratado con antibioterapia con buena evolución. El informe anatomopatológico reveló “pieza de gastrectomía total con necrosis isquémica transmural”.

Discusión: El vólvulo gástrico es una entidad clínica poco frecuente, que consiste en una torsión del estómago sobre sí mismo. Cuando ésta es mayor de 180° ocasiona una obstrucción completa, y puede desembocar en isquemia y necrosis de la pared, con perforación y sepsis; con una mortalidad entre el 30 y el 50%. El vólvulo gástrico primario se debe a una hiperlaxitud o a la ausencia de los ligamentos gástricos, asociándose, como en el paciente que se presenta, a bazo itinerante. Los casos secundarios, se asocian a hernias paraesofágicas, hernias diafragmáticas o parálisis del nervio frénico. Clínicamente, las formas agudas se presentan con la tríada de Bordchart (dolor epigástrico intenso, náuseas sin vómitos, e imposibilidad para colocar una sonda nasogástrica, aunque este hecho no aparece en nuestro paciente). En la radiografía simple se suele apreciar elevación del hemidiafragma izquierdo y distensión de la cámara gástrica. La TC se considera la prueba de elección. La cirugía es el tratamiento adecuado en estos casos, bien con devolvulación

y gastropexia, o bien mediante gastrectomía parcial o total en caso de que exista compromiso vascular de la pared con isquemia o necrosis de la misma.