



P-160 - GASTRECTOMÍA TOTAL URGENTE POR VÓLVULO AGUDO EN HERNIA DE HIATO PARAESOFÁGICA GIGANTE

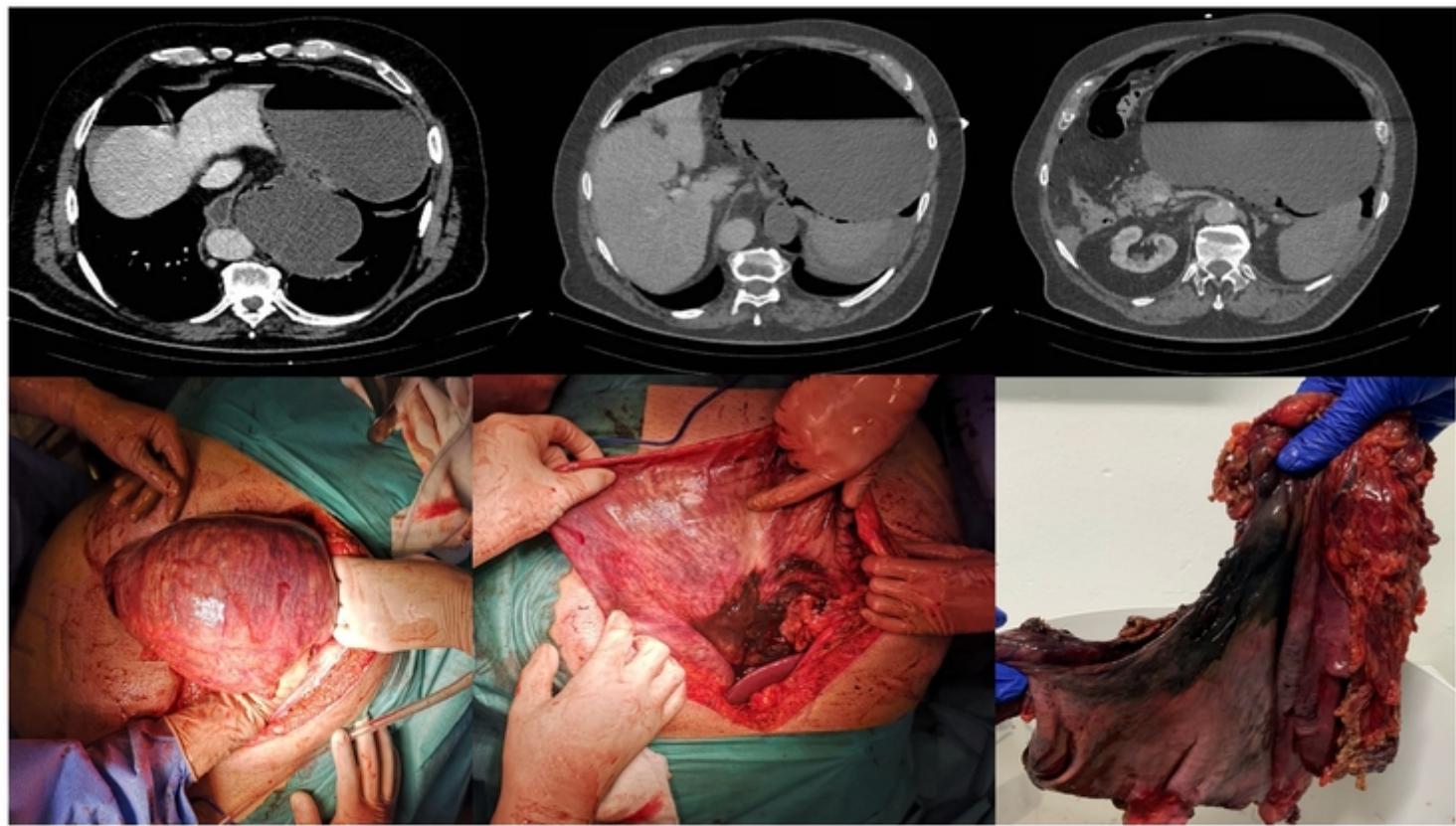
Marín Herrero, María Isabel; de La Vega Olías, María del Coral; Bernal Moreno, Diego Antonio; Balbuena García, Manuel; Vega Ruiz, Vicente

Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real.

Resumen

Introducción: La hernia de hiato paraesofágica gigante representa el 5-10% del total de las hernias. Se caracteriza por una migración del estómago mayor de un tercio. El vólvulo gástrico secundario a hernia paraesofágica es una entidad clínica poco frecuente. Cuando la torsión del estómago es mayor de 180° ocasiona una obstrucción completa y puede desembocar en isquemia y necrosis de la pared con perforación y sepsis. Presentamos el caso de un paciente que presenta un vólvulo gástrico agudo con isquemia transmural y perforación.

Caso clínico: Varón de 72 años, con antecedentes de fibrilación auricular anticoagulado con dabigatránil, hipertenso, obesidad tipo I, hemiparesia derecha por ictus isquémico y ulcer gastrico. Acudió a Urgencias por náuseas y dolor epigástrico intenso de 48 horas de evolución. Estando en urgencias, presentó deterioro progresivo del estado general, hipotensión con respuesta inicial a volumen y disminución del nivel de conciencia (GSC 11). En analítica destacaba procalcitonina 29,5 ng/ml, PCR 169 mg, leucocitos 17.940/ μ l, urea 99 mg/dl, creatinina 3,15 mg/dl, INR 1,65, AP 49%. Se realizó TAC de abdomen en el que se observó vólvulo gástrico mesentérico-axial con marcada distensión de la cámara gástrica y abundante cantidad de líquido conformando un nivel hidroaéreo en su interior. Gran parte del estómago dilatado se herniaba por el hiato esofágico. Neumatosis de paredes gástricas, vasos perigástricos y en radicales portales periféricos. Abundante cantidad de neumoperitoneo y moderada cantidad de líquido libre peritoneal secundario a perforación gástrica. Intervención quirúrgica urgente por vía laparotómica. Se observó hernia de hiato paraesofágica gigante y vólvulo de estómago, el cual presentaba isquemia generalizada y necrosis, con perforación a nivel de la curvadura menor hasta píloro. Peritonitis de material necrótico. Retroneumoperitoneo. Se realizó gastrectomía total, dejando cerrado muñón esofágico que se tutorizó con SNG. Evolución tórpida en UCI. *Exitus* a las 48 horas por shock séptico con fracaso multiorgánico.



Discusión: El volvulo gástrico es una entidad clínica poco frecuente, cuando la torsión del estómago es mayor de 180º ocasiona una obstrucción completa, con isquemia, necrosis de la pared, y perforación. La mortalidad en estos casos es entre el 30 y el 50%. El volvulo gástrico primario se debe a una hiperlaxitud o a la ausencia de los ligamentos gástricos. Los casos secundarios, se asocian a hernias paraesofágicas de larga evolución, hernias diafrágmaticas o parálisis del nervio frénico. Clínicamente, las formas agudas se pueden presentar con la tríada de Bordchardt (dolor epigástrico intenso, náuseas sin vómitos, e imposibilidad para colocar una sonda nasogástrica). 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 esta.