



P-621 - CAUSA INFRECLENTE DE VOLVULACIÓN GÁSTRICA: CIRUGÍA DE CONTROL DE DAÑOS EN PACIENTE NO POLITRAUMATIZADO

Santos Vieitez, Lucía; Blanco Rodríguez, Angélica; Gómez Area, Esther; Robla Álvarez, David; González Bermúdez, Manuel; Tasende Presedo, Marta

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña.

Resumen

Introducción: El vólvulo gástrico es una entidad relativamente infrecuente, aunque supone una urgencia clínica. Se han descrito dos tipos de volvulación en función de la rotación del órgano sobre su eje. La forma más frecuente es una volvulación organoaxial, debida a la rotación del estómago sobre su eje longitudinal, modificando la localización de la unión gastro-pilórica y la unión esofagogástrica. Aunque infrecuente, el vólvulo gástrico suele aparecer de manera aguda y el riesgo de la misma recae en la posibilidad de la estrangulación orgánica. La clínica que nos debe hacer sospecharlo es dolor intenso y súbito epigástrico, náuseas o vómitos incoercibles e incapacidad para colocar una sonda nasogástrica. El desarrollo de fiebre, taquicardia o elevación de reactantes de fase aguda, puede ser secundaria a la complicación del mismo, lo cual supone una verdadera emergencia quirúrgica. El tratamiento del mismo, se basa principalmente en la descompresión gástrica con sonda nasogástrica o endoscopia digestiva, siendo esta última una herramienta útil para valorar el estado de la mucosa. El tipo de técnica quirúrgica a realizar dependerá principalmente de la presencia de perforación gástrica, isquemia y extensión de la misma.

Caso clínico: Mujer de 71 años, que acude a Urgencias por dolor abdominal epigástrico de 7 días de evolución, que empeora en las últimas 24 horas de manera súbita. Refiere náuseas en domicilio. A la exploración física, se evidencia inestabilidad hemodinámica con tensiones arteriales 95/45, taquicardia y desaturación. En la exploración abdominal, dolor abdominal generalizado con defensa y peritonismo difuso. Tras estabilización de la paciente, se realiza TAC abdomino-pélvico, evidenciando una disposición gástrica anómala, encontrándose la curvatura mayor gástrica por encima de la menor y la unión esofagogástrica en posición infradiafragmática, siendo compatible con vólvulo gástrico organoaxial complicado con perforación gástrica, por lo que se decide intervención quirúrgica urgente. Durante la misma, se identifica peritonitis purulenta supramesocólica, secundaria a perforación de una gran tumoración heterogénea de aproximadamente 30 × 25 cm, compatible con probable GIST, localizada en curvatura mayor gástrica, que provoca la tracción de la misma cranealmente, provocando una volvulación organoaxial, con isquemia de todo el cuerpo gástrico secundaria. Debido a esto y el estado hemodinámico de la paciente, se decide cirugía de control de daños, realizando gastrectomía total y manteniendo abdomen abierto con sistema de terapia de presión negativa. Posteriormente, se revisó a las 72 horas, siendo posible realizar la reconstrucción del tránsito intestinal.

Discusión: A pesar de ser una patología infrecuente, puede ser potencialmente letal para el paciente, con elevada tasa de morbilidad y morbimortalidad asociada, por lo que su diagnóstico temprano y el manejo agresivo, en caso de complicación, son indispensables. Por otro lado, aunque la mayoría de indicaciones

establecidas en la literatura para la cirugía de control de daños y el manejo del abdomen abierto, se limitan a pacientes politraumatizados, puede ser una herramienta muy útil en caso de pacientes con inestabilidad hemodinámica secundaria a *shock* séptico o hemorrágico, o en caso de necesidad de revisión quirúrgica posterior, para plantear, como en este caso, la posibilidad de reconstrucción del tránsito intestinal.