

Dolor abdominal agudo con radiografía de tórax patológica

J. M. Barbero Allende^a, M. Pérez Carreras^b y J. A. Solís Herruzo^b

^a Servicio de Medicina Interna. ^b Servicio de Medicina del Aparato Digestivo. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 78 años que acudió a Urgencias de nuestro hospital por dolor agudo e intenso localizado en epigastrio e irradiado a hemitórax izquierdo, acompañado de náuseas e incapacidad para vomitar. En los meses previos el paciente había presentado síntomas de dispepsia inespecífica, sin regurgitación ácida, dolor abdominal ni vómitos, con pérdida progresiva de peso. Entre sus antecedentes destacaban el hábito tabáquico, la hipertensión arterial, una hipercolesterolemia en tratamiento farmacológico, infarto agudo de miocardio un año antes y úlcera duodenal antigua. A su ingreso, la exploración física y la analítica general resultaron anodinas y en la radiografía de tórax se encontró una gran distensión de la cámara gástrica que ocupaba el hemitórax izquierdo, desplazando el mediastino hacia la derecha, acompañada de una importante elevación del hemidiafragma izquierdo (fig. 1). El estudio se completó con la realización de una gastroscopia urgente.

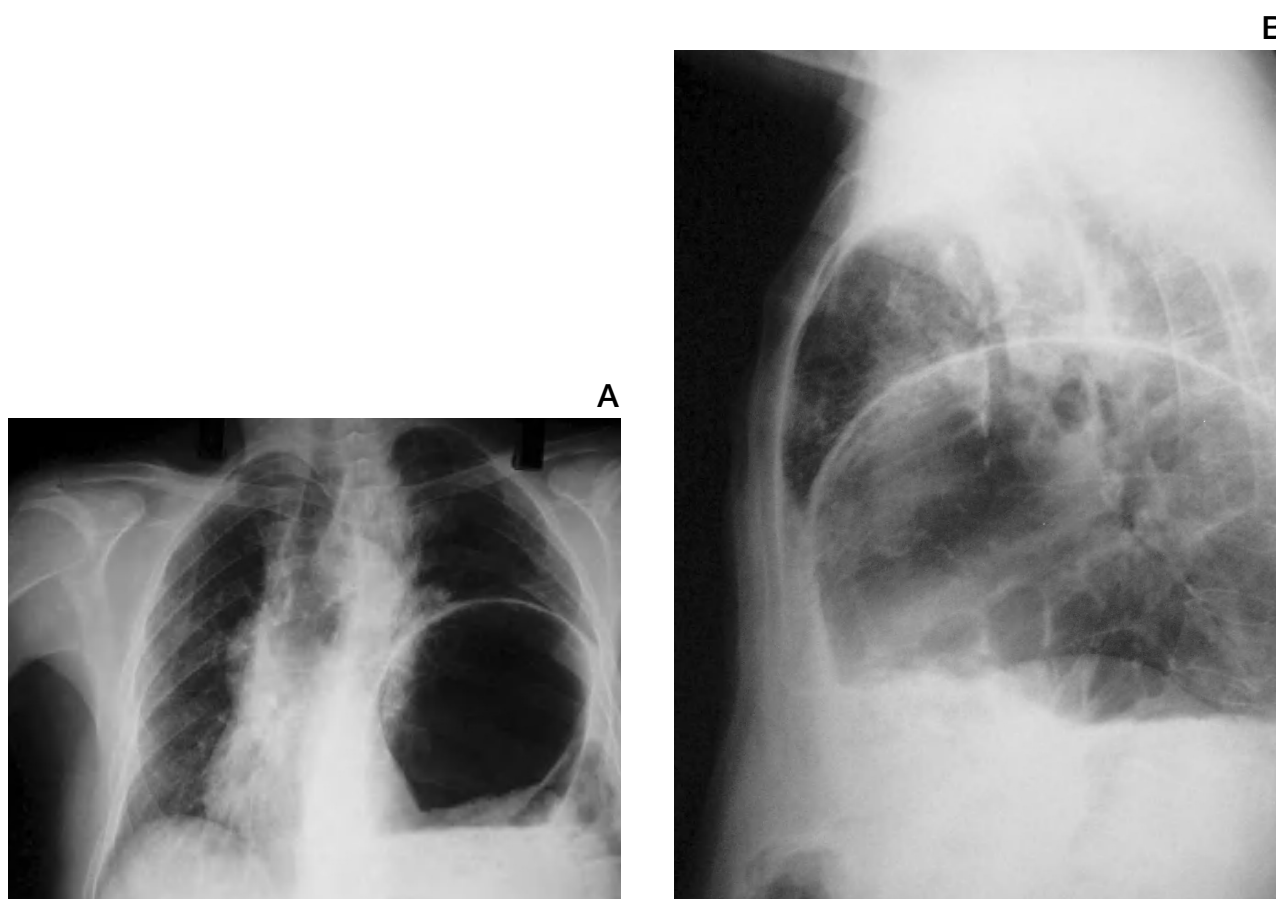


Fig. 1. Radiografía de tórax posteroanterior (A) y lateral (B). Importante distensión de la cámara gástrica con elevación del hemidiafragma izquierdo y desplazamiento mediastínico hacia la derecha.

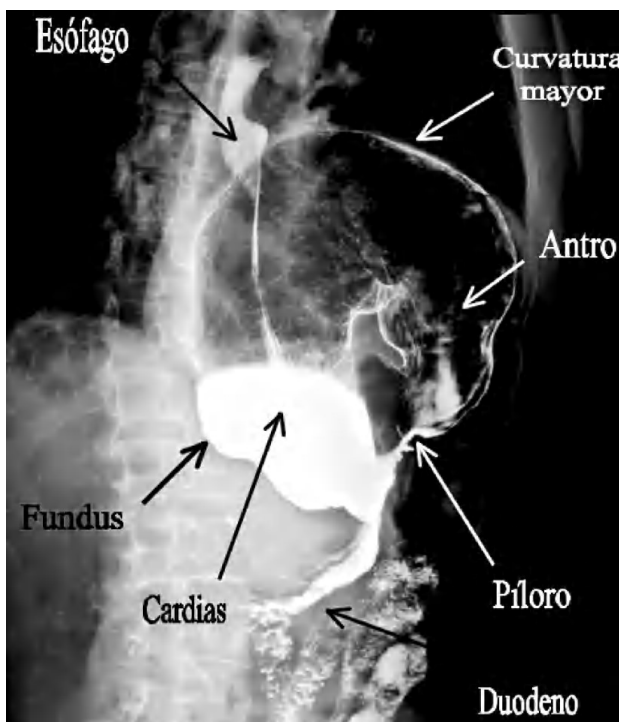


Fig. 2. Tránsito gastroduodenal. Relajación diafragmática izquierda con vólvulo órgano-axial del estómago que conlleva gran cámara gástrica con aire y dificultad para el vaciamiento gástrico.

Evolución

La gastroscopia demostró un estómago con morfología anómala, provocada por una hernia paraesofágica que incluía el antro, cuya mucosa ofrecía una imagen de gastritis crónica atrófica, y una estenosis pilórica benigna (confirmado con biopsia). El cuadro se trató de forma conservadora con reposo intestinal, colocación de sonda nasogástrica, sueroterapia e inhibidores de la bomba de protones, resolviéndose la sintomatología. El estudio gastroduodenal con bario confirmó la existencia de una volvolución gástrica órgano-axial, acompañada de relajación del hemidiafragma izquierdo (fig. 2). El paciente evolucionó favorablemente con este tratamiento y fue dado de alta y derivado al Servicio de Cirugía para intervención electiva.

Diagnóstico

Obstrucción gástrica secundaria a vólvulo gástrico órgano-axial.

Comentarios

El vólvulo gástrico consiste en la torsión del estómago sobre sí mismo. El más común es el «vólvulo órgano-axial», en el que el estómago rota más de 180° sobre el eje longitudinal que une el cardias con el píloro, mientras que el cardias y el duodeno quedan fijos, de manera que el estómago torsionado forma un asa ciega (fig. 2). Cuando el estómago utiliza para rotar el eje trans-

versal que une las curvaturas mayor y menor gástricas, se forma el denominado «vólvulo mesentérico», el cual suele ser parcial, es decir, menor de 180°^{1,2}.

En los mecanismos de formación del vólvulo gástrico se han relacionado trastornos primarios, como la laxitud de ligamentos³, o bien secundarios, como la hernia diafragmática paraesofágica y/o la elevación del hemidiafragma izquierdo⁴. También se ha asociado a defectos congénitos del diafragma como la hernia de Bochdalek⁵, tanto en niños como en adultos⁶.

Desde el punto de vista clínico, el vólvulo órgano-axial suele manifestarse de forma aguda, mientras que el mesentérico generalmente cursa como un cuadro crónico o recurrente. En la mayoría de los casos, el vólvulo órgano-axial debuta como una epigastralgia súbita e intensa, acompañada de dolor torácico y de náuseas improductivas («vómitos secos»), siendo característica la imposibilidad para progresar la sonda nasogástrica (tríada de Borchardt)¹. La radiografía de tórax muestra una viscera grande llena de gas, dentro del tórax, y el estudio gastrointestinal con bario es la prueba que confirma el diagnóstico.

El tratamiento de esta forma de vólvulo generalmente requiere una cirugía urgente, puesto que puede producir un estrangulamiento vascular y evolucionar hacia la perforación, peritonitis y sepsis^{1,7}. Sin embargo, si no hay signos de infarto gástrico se puede intentar corregir la torsión gástrica mediante la endoscopia, realizada durante el cuadro agudo⁸.

La hernia paraesofágica es una forma menos habitual de hernia de hiato (más frecuente por deslizamiento) que en la mayoría de casos es asintomática, pudiendo en ocasiones dar síntomas como sangrado digestivo crónico o, raramente, volvolución⁹.

El paciente que comunicamos tenía una hernia paraesofágica, que se sospechó en la radiografía del tórax, y una elevación del hemidiafragma izquierdo, ambos factores predisponentes para la formación del vólvulo gástrico órgano-axial. Mediante el estudio radiológico gastrointestinal con bario pudo confirmarse el diagnóstico del vólvulo. En este caso, el cuadro agudo se resolvió con tratamiento conservador, posiblemente gracias a la realización precoz de la gastroscopia. Sin embargo, la resolución definitiva de esta anomalía requiere su corrección quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

- Godshall D, Mossallam U, Rosenbaum R. Gastric volvulus: case report and review of the literature. *J Emerg Med*. 1999;17(5):837-40.
- Shivannad G, Seema S, Srivastava DN, Pande GK, Sanhi P, Prasad R. Gastric volvulus: acute and chronic presentation. *Clin Imaging*. 2003; 27(4): 265-8.
- Benoit L, Goudet P, Cougard P. Acute intra-abdominal gastric volvulus in adults. Defect of dorsal mesogastrium fusion. *Ann Chir*. 1997;51(4):379-81.
- Maeng JH, Lee HS, Jang JG, Park BG, Nah BK, Kim YH, et al. Acute gastric volvulus due to diaphragmatic hernia. *Korean J Gastroenterol*. 2003; 42(6):544-8.
- Sherma S, Gopal SC. Gastric volvulus with perforation in association with congenital diaphragmatic hernia. *Indian J Pediatr*. 2004;71(10):948.
- Harinath G, Senapati PS, Pollitt MJ, Ammori BJ. Laparoscopic reduction of an acute gastric volvulus and repair of a hernia of Bochdalek. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2002;12(3):180-3.
- Benoit L, Goudet P, L'Helgouarch JL, Cougard P. Intra-abdominal gastric volvulus. An indication for gastropexy through laparoscopy. *Hepatogastroenterology*. 1999;46(28):2718-20.
- Kodali VP, Maas LC. Endoscopic reduction of acute gastric volvulus. *J Clin Gastroenterol*. 1995;21(4):331-2.
- Foscolo PP, Santoro P. A complicated paraesophageal diaphragmatic hernia. A clinical case report. *Minerva Chir*. 1998;53(6):523-6.