

## Cartas al Director

### Vólvulo gástrico como causa infrecuente de dolor abdominal

*Palabras clave:* Vólvulo gástrico. Dolor abdominal. Hernia de hiato.

*Key words:* Gastric volvulus. Abdominal pain. Hiatus hernia.

*Sr. Director:*

Presentamos el caso clínico de una mujer de 68 años que acude al Servicio de Urgencias por epigastralgia de moderada intensidad irradiada a espalda y vómitos alimentarios tras la cena. No refiere otra clínica asociada. Refiere episodios previos similares, de menor intensidad y sin vómitos. Como antecedentes personales refiere enfermedad por reflujo gastroesofágico, esófago de Barret corto y hernia de hiato gigante. Cirugía anti-reflujo (tipo Nissen). A su ingreso presenta constantes normales y dolor a la palpación en epigastrio sin signos de irritación peritoneal. Leucocitosis con neutrofilia, creatinina de 1,5 mg/dl. Radiografía de abdomen: distensión de la cámara gástrica. Se ingresa para observación con la impresión diagnóstica de posible intoxicación alimentaria. Se inicia sueroterapia, dieta absoluta y sonda nasogástrica a bolsa. La paciente evoluciona desfavorablemente, con aumento del dolor, febrícula y taquicardia, aumento de leucocitosis con neutrofilia y ausencia de débito por sonda. Por esta razón se solicita una gastroscopia con los siguientes resultados: estómago de retención, probable hernia con componente paraesofágico, exploración incompleta, así como una tomografía abdominal (Fig. 1): ascensión transhiatal del fundus y parte del cuerpo gástrico con cambios morfológicos de la unión gastroesofágica; distensión del estómago herniado y de parte del cuerpo gástrico en localización intraabdominal, observándose un cambio de calibre con imagen de torsión en unión de cuerpo-antro y a nivel pilórico, con abundante contenido retenido; pequeña cantidad de líquido libre perisplénico, espacio para-renal y pelvis; pequeña lengüeta de lí-

quido y afectación de la grasa que rodea al antro gástrico; sin engrosamiento de la pared gástrica ni otros signos de sufrimiento, con principales troncos viscerales permeables; resto sin hallazgos. Juicio tomográfico: volvulación gástrica órgano axial sobre estómago operado (Nissen), estómago de retención sin claros signos de sufrimiento, ascensión transhiatal de fundus y parte del cuerpo gástrico. *Juicio clínico:* vólvulo gástrico. Plan: cirugía, gastrectomía subtotal del área isquémica y reconstrucción mediante Y de Roux retrocólica.

### Discusión

El vólvulo gástrico consiste en una rotación de 180° del eje principal del estómago, lo cual puede producir obstrucción de la luz gástrica, asociado o no a alteración del flujo arterial (1). Es una patología infrecuente, con una prevalencia que no se encuentra claramente establecida. No hay predilección racial. Se presenta de forma similar en hombres y mujeres, aunque algunos autores mencionan mayor prevalencia en el sexo femenino. La edad de presentación es variable, con un pico entre los 40-50 años (2).

El vólvulo órgano-axial, representa el 58% de los casos y es más frecuente en adultos, se asocia a estrangulación en un 5-28%. También se puede clasificar en tipo 1 (primario) y tipo 2 (secundario). El tipo 2 es la forma de presentación más frecuente (2/3 de los casos), su localización es supradiafragmática y suele presentarse en casos de: hernia de hiato paraesofágica, eventración diafragmática, trauma, parálisis diafragmática (lesión nervio frénico), etc. (3).

El vólvulo agudo representa una verdadera urgencia médico-quirúrgica. Clínicamente se caracteriza por la "Tríada de Borchardt" que consiste en dolor y distensión abdominal, vómitos violentos o imposibilidad para vomitar y dificultad para pasar la sonda nasogástrica (este último más frecuente en niños menores de 1 año). El diagnóstico del vólvulo crónico se suele realizar de manera incidental, aunque la asociación entre la clínica (dolor abdominal vago, intermitente, relacionado con las comidas; saciedad precoz, molestias abdominales superiores post-prandiales, disfagia, dolor torácico irradiado espalda u

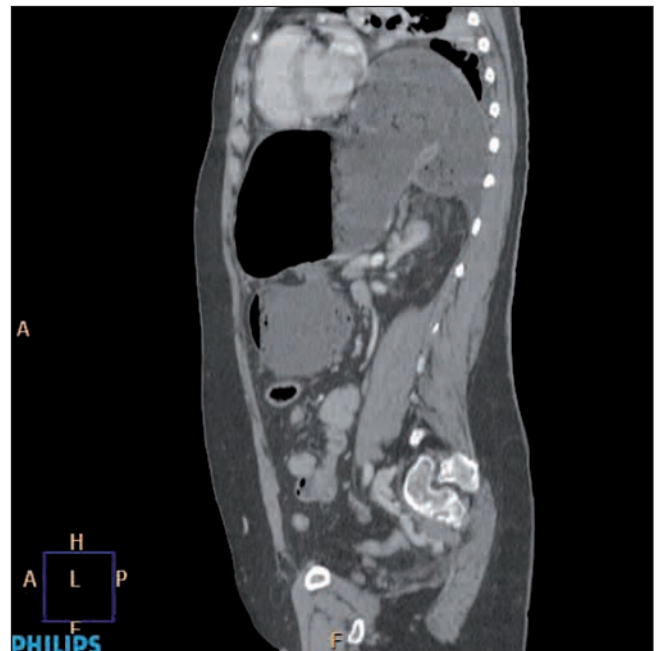


Fig. 1.

hombro, disnea) y los estudios de radiodiagnóstico pueden orientarnos a un diagnóstico definitivo (4,5). En ocasiones se convierte en un diagnóstico de exclusión, después de descartar otras patologías (colecistitis aguda, cólico biliar, úlcera gástrica/duodenal, pancreatitis aguda, síndrome coronario agudo) (4).

Aunque existen varias pruebas de imagen con las que se puede obtener un diagnóstico de sospecha, la tomografía toracoabdominal muestra con más detalle la imagen del vólvulo, así como otras características (tamaño, extensión de la hernia, daño de la mucosa, otras lesiones asociadas) (5).

El tratamiento es quirúrgico en cualquiera de los casos; siendo de urgencia en el vólvulo agudo y electivo en caso de crónico. La rápida intervención es necesaria para evitar o disminuir las complicaciones. Las complicaciones más frecuentes son úlceras, perforación secundaria a isquemia de pared, hemorragia; y entre las más infrecuentes necrosis pancreática, ruptura esplénica, sepsis y shock. La tasa de mortalidad del vólvulo agudo es de 42-56% (hasta del 80%), y en el caso del vólvulo crónico de 10-13% (3,4,6).

El vólvulo gástrico agudo es una patología urgente poco frecuente, pero con una alta tasa de mortalidad. La clínica más frecuente suele ser inespecífica. El diagnóstico se sospecha mediante la clínica o tras exclusión de otras patologías y se

confirma mediante una tomografía. La rapidez en el diagnóstico es importante para disminuir la morbimortalidad de dicha patología. El tratamiento de elección es quirúrgico.

Y. L. Sánchez Santacruz e I. P. Fernández Marín

*Servicio de Medicina del Aparato Digestivo. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid*

### Bibliografía

1. Chau B, Dufel S. Gastric volvulus. *Emerg Med J* 2007; 24(6): 446-7.
2. Godshall D, Mossallam U, Rosenbaum R. Gastric volvulus: case report and review of the literature. *J Emerg Med* 1999; 17(5): 837-40.
3. Wasselle JA, Norman J. Acute gastric volvulus: pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Am J Gastroenterol* 1993; 88(10): 1780-4.
4. Gourgiotis S, Vougas V, Germanos S, et al. Acute gastric volvulus: diagnosis and management over 10 years. *Dig Surg* 2006; 23(3): 169-72.
5. Coulier B, Ramboux A. Acute obstructive gastric volvulus diagnosed by helical CT. *JBR-BTR* 2002; 85(1): 43.
6. Wasselle JA, Norman J. Acute gastric volvulus: pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Am J Gastroenterol* 1993; 88(10): 1780-4.