



Vólvulo gástrico

**Gaspar Alberto Motta-Ramírez,* Kemuel Aguilar Pérez,† Enrique Colonna-García,§
Julio César Martínez-Muñoz,§ Jorge Alberto Pérez-Samperio§**

Paciente femenina de 82 años de edad que acude con una evolución de 4 años caracterizada por cuadros intermitentes de distensión abdominal postprandial inmediata, dolor abdominal epigástrico irradiado hacia la región retroesternal y supraclavicular, acompañado de náuseas y regurgitación. Al inicio de su evolución se le realizaron estudios radiológicos que demostraron hernia hiatal por lo que se le sugirió manejo quirúrgico que no aceptó.

Toda la sintomatología descrita se agudiza un mes antes hasta ser intolerable, persistente e imposibilitante a una semana de su ingreso. Se le realiza esofagograma que de-

muestra hernia hiatal (*Figura 1 a y b*) y vólvulo gástrico mesenteroaixial (*Figura 1 c-f*) que condicionó que de inmediato se informase del hallazgo radiológico al médico tratante.

Dado lo agudo del cuadro, y de la aceptación de la cirugía, se realiza procedimiento laparoscópico encontrándose hernia hiatal gigante con vólvulo, misma que se redujo durante el procedimiento.

Nótese al estómago que entra invertido en el tórax, con la curvatura mayor hacia arriba y la menor hacia abajo. A ello en inglés se le denomina “Sunny side down” es decir, el estómago invertido, como se demuestra en la vista laparoscópica

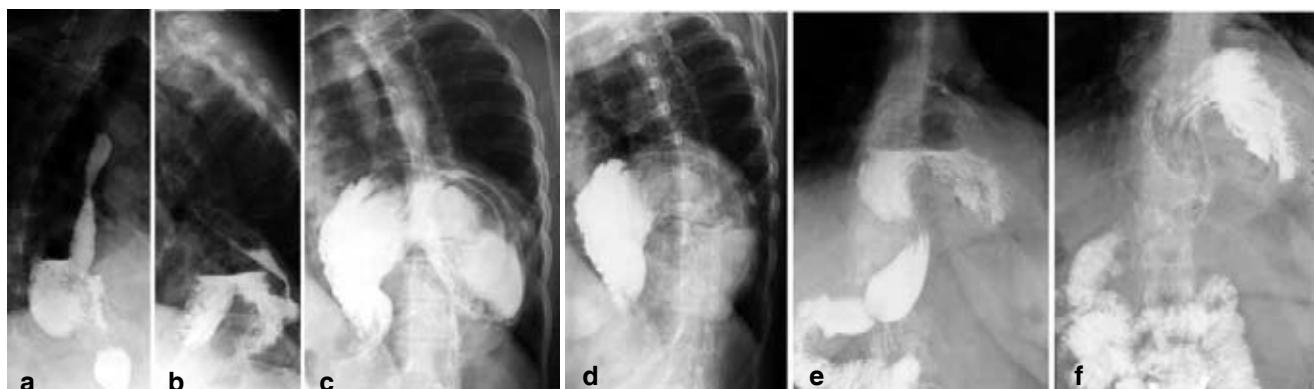


Figura 1.

* Departamento de Radiología e Imagen.

† Médico Cirujano, visitante internacional al Departamento de Radiología e Imagen.

§ Departamento de Cirugía General.

Hospital Ángeles Pedregal.

Correspondencia:

Dr. Gaspar Alberto Motta Ramírez

Departamento de Radiología e Imagen, Hospital Ángeles del Pedregal

Camino a Santa Teresa 1055 Col. Héroes de Padierna 10700 México, D.F.

Correo electrónico: gamottar@yahoo.com.mx

Aceptado: 23-02-2011.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

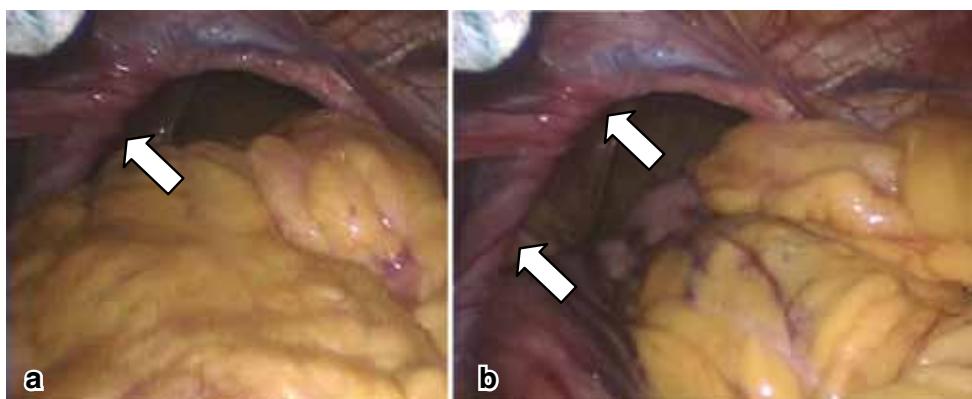
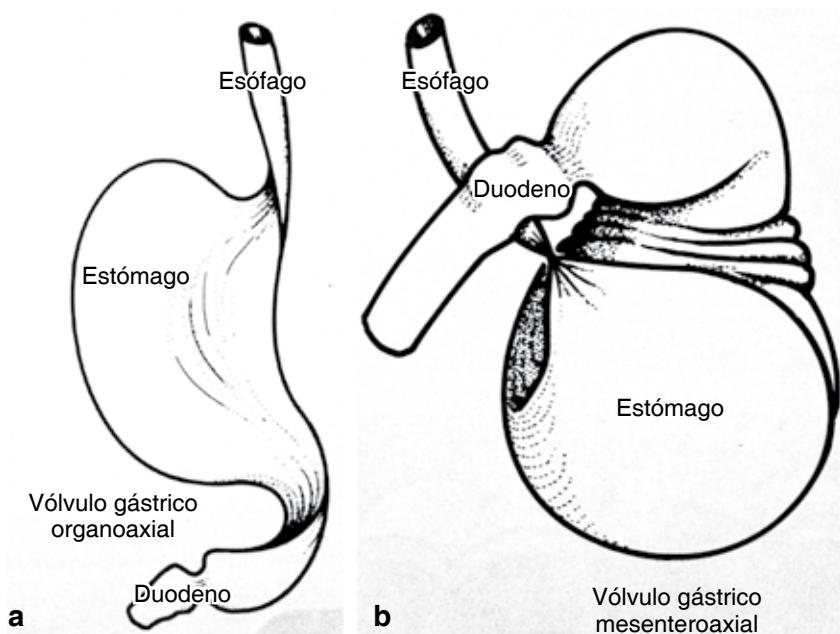


Figura 2.



Esquemas modificados de la referencia 2.

Figura 3.

durante el procedimiento (*Figura 2 a y b*) a través del hiato con herniación de la grasa intraabdominal en topografía intratorácica y en el saco herniario con interés de epiplón mayor, colon transverso y bazo. Se realiza plastia hiatal, gastropexia y colocación de malla biológica. La paciente evoluciona satisfactoriamente, egresándola 48 horas después.

VÓLVULO GÁSTRICO¹⁻³

El vólvulo gástrico es una entidad relativamente rara y constituye una urgencia quirúrgica que necesita un reconocimiento rápido. Casi siempre es secundario a hernias hiales de gran tamaño, con migración de una parte del estómago, o su totalidad, hacia cavidad torácica. Sin embargo, a menos de que el grado de torsión sea lo suficiente

cientemente importante como para obstruir la luz, estos pacientes presentan pocos síntomas. La hernia hiatal es habitualmente encontrada como hallazgo incidental. Se observa como masa retrocardíaca con o sin nivel aire-líquido que puede seguir al hiato esofágico. Cuando aparece la obstrucción, se trata de una urgencia quirúrgica que implica compromiso del aporte sanguíneo.¹⁻³

La TCMD es útil en la valoración del estómago intratorácico, especialmente en la sospecha de vólvulo, aunque no se utiliza como estudio rutinario en la valoración/diagnóstico de la hernia hiatal. El estómago se mantiene en su posición gracias a inserciones ligamentarias además de sus puntos fijos en la unión esofagogástrica y en la arcada duodenal.¹⁻³

El vólvulo ocurre cuando el estómago sufre una rotación que resulta en la obstrucción completa de su lumen y se

reconocen dos tipos (*Figura 3 a y b*): El mesentérico axial cuya rotación ocurre alrededor del eje transversal del cuerpo, perpendicular a la línea que va del cardias del píloro (*Figura 3a*), y el órgano axial que ocurre alrededor del eje cardiopilórico del estómago; es su rotación a lo largo de su eje longitudinal que va del cardias al píloro.¹⁻³

Puede producirse con la rotación hacia arriba de la curvatura mayor gástrica, mientras que el píloro y el antró se dirigen hacia abajo (*Figura 3b*). La asociación a defectos anatómicos como alteraciones diafragmáticas suele ser la regla, aunque también se describe una etiología idiopática. El diagnóstico es clínico y radiológico y se manifiesta generalmente por la instauración súbita de un dolor epigástrico severo, asociado a náuseas y vómitos, distensión del abdomen superior, e imposibilidad para pasar una

sonda nasogástrica al estómago. El volvulo gástrico agudo necesita un pronto reconocimiento y manejo. El retardo en la resolución del problema puede terminar en una de las complicaciones más frecuentes como es el sufrimiento vascular de la víscera que se da en el 5-28% de los casos.¹⁻³

REFERENCIAS

1. Motta-Ramírez GA. <http://www.slideshare.net/betomotta/volvulo-tubodigestivo-estudios-radiológicos-simples-contrastados-tcmd>.
2. Field S. *The acute abdomen*. En: Margulis and Burhenne's Alimentary tract radiology. Mosby, 1994: 2044-2045.
3. Peterson MC, Anderson JS, Hara AK, Carenza JW, Menias CO. Volvulus of the gastrointestinal tract: Appearances at multimodality imaging. *Radiographics* 2009; 29: 1281-1293.