

Vólvulo gástrico. Informe de un caso

Dra. Ma. Goretty Cabrera-Tovar,* Dr. José Luis Renedo-Ríos,** Dr. Héctor David Tejeda-Tapia***

RESUMEN

El vólvulo gástrico es una entidad infrecuente. Se informa un caso de vólvulo gástrico y revisión de la literatura. **Caso clínico:** paciente de cuatro años de edad, con diagnóstico de vólvulo gástrico basado en la triada de Borchardt (vómitos, distensión gástrica, dificultad para introducir una sonda gástrica). El paciente con diagnóstico de vólvulo gástrico con sintomatología clásica corroborado a través de estudios de gabinete, con lo que se le realizó tratamiento quirúrgico. El vólvulo gástrico es una patología poco frecuente. El tratamiento es quirúrgico. La intervención del equipo médico en forma oportuna, mejora el pronóstico de estos pacientes, ya que permite que la pérdida de la irrigación gástrica no llegue a ser fatal, ya que se puede estrangular, o perforar el estómago, o haber compromiso hasta del esófago por pérdida de la irrigación a ese nivel de forma secundaria, la literatura describe necesidad de gastrectomías y sustituciones esofágicas por esta patología.

Palabras clave: Vólvulo gástrico, hernia paraesofágica, gastrectomía, sustitución esofágica.

ABSTRACT

Gastric volvulus is a rare entity, only 15-20% of the cases occur in this age group. There are reports in children from day one of life up to 15 years old. The aim of this paper is to present a rare case of gastric volvulus in a child, and review of the literature. **Clinic case:** We report the case of a 8 year old patient who developed a gastric volvulus in the consult of the pediatrician. The clinical features of an 8 years old masculine and the surgical treatment such as gastrectomy and esophageal substitution were reviewed with a good outcome in one year and a half of follow up. Gastric volvulus is rare. Surgical intervention is indicated.

Key words: Gastric volvulus. paraesophageal hernia, gastrectomy, esophageal substitution.

El vólvulo gástrico es una entidad grave, que pone en peligro la vida. Es el resultado del compromiso de la irrigación sanguínea del estómago por obstrucción parcial o completa debida a la rotación de más de 180 grados del estómago, por diversas causas, que ocasiona estenosis y subsecuentemente la distensión y aun la necrosis del estómago dependiendo del tiempo de evolución.

Sin embargo, la frecuencia real no se conoce. Se menciona de 15 a 20% de los casos en población pediátrica³. La mayor frecuencia es en la quinta década de la vida.

INFORME DEL CASO

Niño de ocho años de edad. Su padecimiento comenzó con dolor abdominal en el epigastrio, relacionado con náusea, incapacidad para vomitar pero con expulsión constante de saliva. Exploración física. Paciente pálido, consciente, tranquilo. Súbitamente tuvo palidez extrema, somnolencia, datos de choque: pulso filiforme, FC 120 x'; FR 26x'; TA 70/60. Temperatura, 36.6°C; peso, 16kg; distensión gástrica, dolor a la palpación media, masa fija epigástrica; timpanismo en el epigastrio; ruidos intestinales normales. Por lo que se reanimó con cargas de cristaloides. Resto de la exploración sin alteraciones.

Cuando se estabilizó se hizo un estudio instilando medio de contraste en el estómago para corroborar el diagnóstico de vólvulo gástrico. (Figura 2).

Se decidió operarlo.

* R4 Cirugía Pediátrica

** R3 Cirugía Pediátrica

*** Adscrito Cirugía Pediátrica
Instituto Nacional de Pediatría

Correspondencia: Dra. Ma. Goretty Cabrera-Tovar. Tecuen 460, col. Félix Ireta, Morelia, Mich. E-mail: gore_cato@yahoo.com
Recibido: diciembre, 2008. Aceptado: abril, 2009.

Este artículo debe citarse como: Cabrera TMG, Renedo RJL, Tejeda THD. Vólvulo gástrico. Informe de un caso. Acta Pediatr Mex 2009;30(3):163-6.



Figura 1. Rx simple de abdomen; muestra gastromegalia acentuada, presencia de una sonda en la cámara gástrica; ausencia de aire en el duodeno; distribución inadecuada de aire intestinal.



Figura 2. Rx anteroposterior del abdomen con medio de contraste; se aprecia que persiste la gastromegalia y no hay paso de medio de contraste de la cavidad gástrica al intestino.

Se realizó laparotomía media supraumbilical. Se identificó la distensión gástrica y se observó el vólvulo mesentericoaxial, causante del cuadro clínico (Figuras 4 y 5).

Se revisaron el diafragma, la anatomía del hiato, los ligamentos gástricos; no se hallaron obstrucciones a nivel del píloro ni del duodeno; vasos cortos, bazo. No encontró una explicación anatómica del vólvulo. Se realizó una gastrostomía tipo Stamm para fijar el estómago y evitar la recurrencia del vólvulo.



Figura 3. Rx lateral de abdomen; muestra gastromegalia persistente, presencia de una sonda en cámara gástrica; no hay paso de medio de contraste al duodeno.

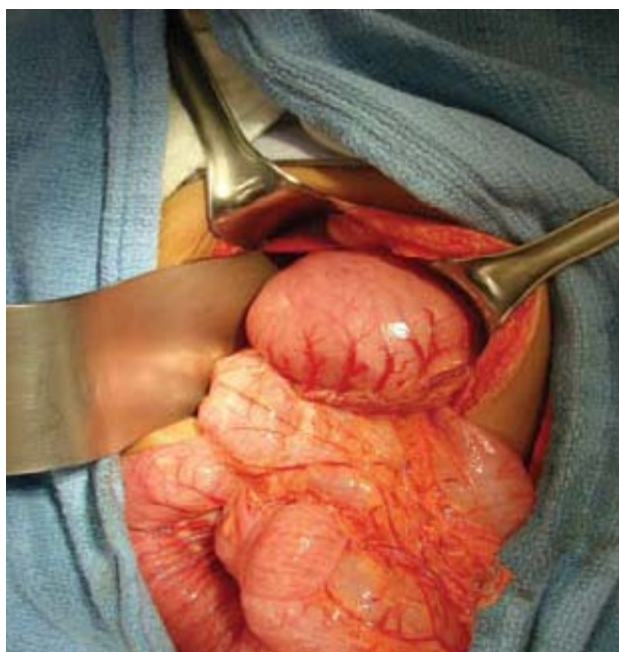


Figura 4. Gran distensión gástrica y eje mesentericoaxial rotado. Imagen transoperatoria.

Para efectuar la gastrostomía tipo Stamm se levanta la pared anterior del estómago aproximadamente a 6 cm de unión gastroduodenal frente a la “pata de gallo” (arteria gástrica izquierda). Se continúa realizando una sutura doble de ethibond 2-0 a manera de “bolsa de tabaco”; se hace una incisión muy pequeña por transfixión para perforar la mucosa gástrica e introducir una sonda Foley no.

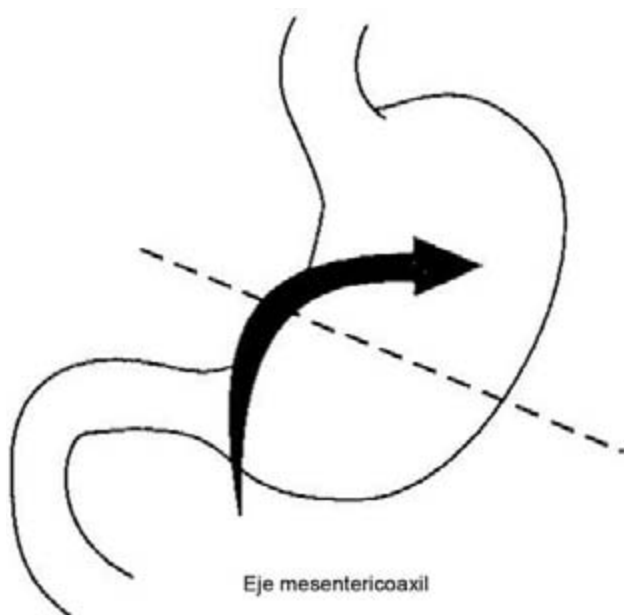


Figura 5. Esquema del vólvulo que se vio durante la cirugía.

14; se infla el globo, se invagina la doble jareta y se dan puntos en cuadrantes a la pared del abdomen para fijar la gastrostomía a dos traveses de dedo de la línea media y a dos traveses de dedo del borde costal. Se cierra la pared abdominal por planos.

DISCUSIÓN

El primer informe de vólvulo gástrico fue en 1579 por Paré^{1,2}, desde entonces se han informado 350 casos en la literatura mundial. En 1866 Berti hizo la primera descripción detallada del problema, la mayoría en adultos. Hasta 1994 una revisión de la literatura informaba 116 casos en niños.³

El vólvulo gástrico es una rotación anormal de una parte del estómago sobre otra^{1,7}. Normalmente el estómago evita una mala rotación debido a que está fijo a sus cuatro ligamentos; un diafragma normal, también evita un vólvulo. La laxitud de los ligamentos, la fijación de los vasos cortos al bazo, la asplenia predisponen al vólvulo; la hernia hiatal, hernias diafragmáticas, la eventración diafragmática², una operación Nissen muy apretada⁵, también puede causar esta complicación.

Hay tres tipos de vólvulo gástrico: el órganoaxial, el mesentericoaxial y el mixto. Los datos en nuestro paciente fueron los de la triada de Borchard⁶: Dolor epigástrico,

náusea súbita con incapacidad para vomitar, dificultad o incapacidad para pasar una sonda al estómago. Algunos autores comentan que la imposibilidad por disminuir la distensión con la sonda es patognomónica³.

El tipo de vólvulo más frecuente es el **organoaxial**, que ocurre cuando la línea de rotación va de la unión gastroesofágica al píloro y permite que la curvatura mayor del estómago gire hacia arriba sobre la curvatura menor.

El vólvulo **mesentericoaxial** es menos frecuente; consiste en un giro alrededor de un eje transversal, que es una línea entre las curvaturas mayor y menor del estómago, lo que hace que el antro y la unión piloroduodenal giren hacia la unión gastroesofágica. En ambos casos se produce una obstrucción gástrica. El vólvulo **mixto** que es una combinación de ambos.

Los síntomas dependen del grado de rotación y el tiempo de obstrucción en el vólvulo agudo. La intervención quirúrgica es indispensable para evitar el compromiso vascular. Los síntomas gástricos pueden ser intermitentes en algunos casos de vólvulo^{3,6}.

Los datos radiológicos son específicos en el vólvulo gástrico agudo: Las radiografías de abdomen muestran el estómago distendido por gas. En el vólvulo mesentericoaxial, la burbuja gástrica puede ser doble y tener niveles hidroaéreos; la radiografía de pie, muestra una burbuja en el fundus y otra en el antro. En el órganoaxial, el estómago se observa en posición horizontal y sólo se ve una burbuja. Las radiografías con material de contraste en proyección simple y en lateral derecha muestran un estómago rotado. La ausencia de estos signos pueden ocurrir en vólvulo intermitente.¹⁰

CONCLUSIÓN

El vólvulo gástrico es una entidad rara, y es una urgencia; el retraso en el diagnóstico puede ser causa de estrangulación o perforación gástrica^{1,2,6,7}. La gastropexia anterior con gastrostomía es una solución satisfactoria para un problema que pone en riesgo la vida. Actualmente hay nuevas modalidades de gastropexia laparoscópica o endoscópica que son opciones de mínima invasión y que en manos expertas son una buena opción de tratamiento⁸⁻¹¹. Nuestro paciente permaneció con la gastrostomía durante un año; se retiró la sonda no hubo fistula y el trayecto de la sonda cerró satisfactoriamente; actualmente se encuentra asintomático.

REFERENCIAS

1. Berti A. Sigolare altorti glamento dell esofagocol dudeno segitto da rapida morte. Gazz Med Ital Prov Ver 1866;9:139. Citado por Amin M, El-Gohary, Atif E.
2. Hamby WB, Jabi E, Shriki MD, Khanh Nguyen, Rozo JC, MD George J, Real A. The case reports and autopsy records of Ambroise Paré. Translated from: JP Malgaigne's "Oeuvres Complètes d'Ambroise Paré. Paris, 1840. Translated from: Springfield (IL): Charles C. Thomas 1960.
3. Amin M, El-Gohary, Atif Etiaby. Gastric volvulus in infants and children. Paed Surg Int 1994; 9:486-8.
4. Tanner NC. Chronic and recurrent volvulus of the stomach. Am J Surg 1968;115:505-15.
5. Kam Pui Fung. Gastric volvulus complicating Nissen's fundoplication. J Pediatr Surg 1990; 25:1242-3.
6. Borchardt M. Kur Pathologie and Therapie des magen volvulus. Arch Kin Chir 1904;74:243-60.
7. Sawaguchi S, Ohkawa H. Kanmotsutt R. Idiopathic gastric volvulus in infancy and childhood. Z Kinderchir 1981;32:218-33.
8. Bhasin DK, Nagi B, Kochhar R. Endoscopic management of chronic organoaxial volvulus of the stomach. Am J Gastroenterol 1990;85:1486-8.
9. Wu TK, Pietrocola D, Welch HK. New method of percutaneous gastrostomy using anchoring devices. Am J Surg 1987;153:230-2.
10. Myerson DA, Myerson PJ, Lawson JP. Antral infracolic volvulus of the stomach. J Can Assoc Radiol 1975;26(2):128-31.
11. Cameron BH, Blair GK. Laparoscopic guided gastropexy for intermittent gastric volvulus. J Pediatr Surg 1993;28:1628-9.
12. Rosell V, Guzmán M, Cadillo M, Amaya N, Aldove A. Vólvulo gástrico: Reporte de dos casos clinicos y revisión de la literatura. Rev Gastroenterol Perú 2000;2:113-6.
13. Díaz J, Martell A, Ramírez L, Ulloa D. Vólvulo gástrico agudo mesentericoaxial. Comunicación de un caso pediátrico. Rev Gastroenterol Perú 1998;18:277-81.