

Revista Médica del Hospital General de México

Volumen **67**
Volume

Número **3**
Number

Julio-Septiembre **2004**
July-September




Artículo:

Vólvulo gástrico secundario a hernia
paraesofágica.




Presentación de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Sociedad Médica del Hospital General de México, AC

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Caso clínico

Vólvulo gástrico secundario a hernia paraesofágica. Presentación de un caso

Eduardo Pérez Torres,* Fernando Bernal Sahagún,*
Javier Pérez Pineda,* Jorge Blanco Gutiérrez*

RESUMEN

Antecedentes: El vólvulo gástrico secundario a hernia paraesofágica es una entidad poco frecuente. **Objetivo:** presentar un caso de vólvulo gástrico secundario a hernia paraesofágica. **Método:** se revisó el caso de una paciente de 39 años que desarrolló vólvulo gástrico secundario a hernia paraesofágica y el tratamiento efectuado. **Resultados:** se informa de una paciente con diagnóstico de vólvulo gástrico secundario a hernia paraesofágica con sintomatología de enfermedad por reflujo gastroesofágico integrándose el diagnóstico a través de estudios de gabinete, con lo que se le realizó tratamiento quirúrgico. **Conclusiones:** el vólvulo gástrico secundario a hernia paraesofágica es una patología de baja frecuencia. El tratamiento es quirúrgico.

Palabras clave: Vólvulo gástrico, hernia paraesofágica.

ABSTRACT

Background: Gastric volvulus secondary to paraesophageal hernia is a rare pathology. **Objective:** The aim of this paper is to present a rare case of gastric volvulus secondary to paraesophageal hernia. **Methods:** We reviewed the case of 39 years old female. This patient developed a gastric volvulus secondary to paraesophageal hernia. **Results:** The clinical features of a 39 years old female and the surgical treatment were reviewed. **Conclusions:** Gastric volvulus secondary to paraesophageal hernia is rare. Surgical intervention is indicated.

Key words: Gastric volvulus, paraesophageal hernia.

INTRODUCCIÓN

El vólvulo gástrico fue descrito inicialmente por Berti en 1866. Berg llevó a cabo la primera operación exitosa en 1896.

Puede ser agudo o crónico. Cuando se presenta en ausencia de anomalía anatómica o una enfermedad asociada en la cavidad abdominal, se denomina idiopático. El 75% se asocia a: 1) Hernia de hiato, la que puede ser congénita o adquirida. 2) Hernia diafragmática resultante de traumatismo o defectos congénitos. 3) Eventración del diafragma izquierdo, idiopática o después de la lesión del nervio frénico. 4) Por obstrucción pilórica. 5) Por adherencias.^{1,2}

En el presente comunicado informamos de una paciente con vólvulo gástrico organoaxial asociado a hernia paraesofágica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 39 años de edad sin antecedentes de importancia. Manifestó su sintomatología seis años antes, caracterizada por dolor en epigastrio tipo cólico, fijo, intermitente, acompañado de náusea y vómito posprandial inmediato de contenido gástrico; esta sintomatología se presentaba cada quince días, durante 30 minutos. Un año antes de su ingreso se agregaron eructos y pirosis, con la misma frecuencia. A la exploración física se encontraron signos vitales dentro de límites normales. Sin alteraciones en cabeza y cuello. En el hemitórax izquier-

* Servicio Gastroenterología. Hospital General de México, OD.

do sólo destacó el que, a la percusión, la base del tórax se encontró en cara posterior en el séptimo espacio intercostal. La exploración abdominal fue normal, así como la de las extremidades. Con los datos clínicos anteriores se llegó al diagnóstico de enfermedad esofágica por reflujo secundaria a hernia hiatal. Se realizó panendoscopia, la cual evidenció hernia hiatal con estómago volvulado todo por arriba del hiato. La serie esofagogastroduodenal reveló hernia paraesofágica con vólvulo gástrico organoaxial en mediastino (*Figuras 1 y 2*). Los estudios de laboratorio resultaron normales (biometría hemática, química sanguínea, tiempo de protrombina, pruebas de funcionamiento hepático). Se realizó espirometría, la que indicó restricción pulmonar moderada. La paciente fue sometida a toracotomía posterolateral izquierda, con el hallazgo de hernia hiatal paraesofágica, con vólvulo gástrico organoaxial sin compromiso vascular. Se realizó despegamiento de las adherencias del estómago a órganos del mediastino. Ante la imposibilidad de reducción, el diafragma se abrió en sentido radial; con esta maniobra, el estómago se redujo hacia la cavidad abdominal y volvió a su posición normal. Se



Figura 1. Serie esofagogastroduodenal. Se observa hernia paraesofágica y vólvulo gástrico organoaxial.



Figura 2. Serie esofagogastroduodenal. Se observa hernia paraesofágica, vólvulo gástrico y reacción inflamatoria mediastinal.

realizó omentectomía y técnica Belsey Mark IV. La paciente evolucionó con hemorragia de aparato digestivo alto en pozos de café; se realizó endoscopia que reveló úlceras de estrés en antro. Se dio tratamiento médico y se obtuvo buena respuesta. Fue dada de alta asintomática diez días después de la intervención.

DISCUSIÓN

El vólvulo gástrico puede ser idiopático o asociado a una enfermedad,² como en el presente caso en el que se asoció a una hernia paraesofágica.

Existen dos tipos de vólvulo gástrico: 1) El organoaxial que ocurre alrededor de una línea desde el píloro hasta la unión esofagogástrica. 2) El mesenterioaxial que se produce alrededor del eje que cursa desde el centro de la curvatura mayor del estómago hasta el hilio hepático.

Se menciona que 59% corresponde al organoaxial, 29% al mesenterioaxial, 2% es combinado y 10% a los no clasificados.^{1,2}

Se puede presentar en cualquier edad. Su incidencia máxima se ubica en la quinta década de la

vida. Clínicamente, el vólvulo puede presentarse con sintomatología aguda o crónica.

El vólvulo crónico puede ser asintomático o presentarse con malestar abdominal alto, dolor o distensión durante la comida o poco después, seguido por arqueo y vómito. Se pueden presentar síntomas de patología asociada, como hernia de hiato o disnea, si hay eventración diafragmática o una gran hernia paraesofágica.

El vólvulo agudo clínicamente se presenta con la tríada de Borchardt: 1) dolor y distensión epigástrica, 2) vómitos seguidos por arqueo con incapacidad para vomitar y 3) dificultad para la introducción de sonda nasogástrica.^{1,2} Puede presentarse necrosis gástrica o una complicación letal, como ocurre en 20 a 50% de los casos en los que persiste con un tratamiento conservador.³⁻⁵

El diagnóstico se confirma mediante estudios de gabinete, la serie esofagogastroduodenal y el estudio endoscópico son básicos, de gran ayuda, como sucedió en nuestra paciente.⁶ En ocasiones, por la posibilidad de hernia hiatal, pueden estar indicados estudios complementarios como pHmetría o manometría, para dar una resolución adecuada a la patología.

El tratamiento del vólvulo crónico consiste en investigar si existe lesión asociada, como hernia de hiato. En el vólvulo primario, la gastropexia es el tratamiento indicado. En el vólvulo resultado de otras condiciones, se debe realizar corrección del defecto primario como reparación de hernia paraesofágica, diafragmática, etcétera y la pexia gástrica. El talón de Aquiles de la reparación quirúrgica del estómago intratorácico es la dificultad del cierre del hiato o un esófago acortado, particularmente en la presencia de enfermedad asociada a reflujo o esófago de Barrett. Reconocidas estas dificultades, pueden precipitar falla en el tratamiento por vía abdominal por lo que se recomienda la vía torácica para la reducción del vólvulo, de la hernia paraesofágica y el cierre del hiato, con técnica antirreflujo, como lo que fue realizado en nuestro paciente; si es necesaria la elongación, se recomienda la técnica de Collis.⁴ En el vólvulo resultado de otras condiciones, como eventración diafragmática (elevación anormal del diafragma intacto), siendo más común la forma unilateral,⁷ se recomienda la plicatura diafragmática y la pexia gástrica; aunque los casos asintomáticos no necesitan de tratamiento. En la laxitud ligamentaria anormal, la técnica del desplazamiento colónico es de utilidad.¹ Si el paciente no está en condiciones para una laparotomía,

el realizar una técnica de gastrostomía endoscópica puede ser de utilidad.¹

En el vólvulo agudo sin compromiso vascular, se indica la gastropexia; en caso de necrosis gástrica, las variantes pueden ser la escisión local, la gastrectomía subtotal o una total.

CONCLUSIONES

El vólvulo gástrico secundario a hernia paraesofágica es una patología de baja frecuencia. La presentación crónica es la más común. Los estudios de gabinete de utilidad para establecer el diagnóstico son la serie esofagogastroduodenal y la panendoscopia. Se debe corregir la enfermedad que dio origen al vólvulo y a este mismo, por lo que el tratamiento quirúrgico es el indicado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cheshire NJ, Glazer G. Divertículos, vólvulo, síndrome de la arteria mesentérica superior y cuerpos extraños. En: Maingot. *Operaciones abdominales*. Tomo I. 10a ed. Buenos Aires, Argentina: Panamericana, 1998; 853-859.
2. Pérez GR, Jaramillo GM, Alcalá GJ, Pérez TE. Vólvulos gástricos: Presentación de un paciente. *Rev Gastroenterol Mex* 1986; 31 (4): 225-230.
3. Myers GA, Harms BA, Starling JR. Management of paraesophageal hernia with a selective approach to antireflux surgery. *Am J Surgery* 1995; 170: 375-380.
4. DeMeester TR. The intrathoracic stomach. *Am C Surgeons* 1998; 2: 310-311.
5. Teague WJ, Ackroyd R, Watson DI, Devitt PG. Changing patterns in the management of gastric volvulus over 14 years. *BJ Surgery* 2000; 87: 358-361.
6. Corral MA, Garduño DR, Guzmán I, Athié GC. Vólvulos gástricos. Presentación de dos casos. *Rev Med Hosp Gen Mex* 1988; 51 (4): 229-231.
7. Oh A, Sherman Golub R, Kutin N. Bilateral eventration of the diaphragm with perforated gastric volvulus in an adolescent. *JP Surgery* 2000; 35: 1824-1826.

Correspondencia:

Dr. Eduardo Pérez Torres
Hospital General de México
Servicio Gastroenterología
Pabellón 107
Unidad Quirúrgica
Dr. Balmis 148
Col. Doctores
06720 México D.F.