

Vólvulo gástrico crónico intratorácico: análisis del diagnóstico y tratamiento a instancia de dos casos

Intra-thoracic chronic gastric volvulus, report of two cases : diagnostic and therapeutic considerations

Gustavo Nari, José Layun, Florencia Gil, Lucas Viotto, Ariel Arias, Daniela Mariot

Servicio de Cirugía
Hospital Florencio Díaz.
Córdoba. Argentina.

E-mail:
gusnari@hotmail.com

El vólvulo gástrico es una rara condición donde existe una rotación patológica del estómago sobre uno de sus dos ejes¹⁻⁵. Podemos decir que para que esta rotación aparezca debe haber un condicionante favorecedor; entre estos, una hernia hiatal de envergadura, las hernias diafragmáticas y la presencia de mesos laxos son los más frecuentes.

De acuerdo con el tiempo de progresión se los considera de tipo agudo o crónico; los primeros están asociados a un mayor índice de complicaciones, principalmente de origen vascular, mientras que los de tipo crónico están más asociados a sintomatología de trastornos del vaciamiento gástrico o síntomas respiratorios.

Según el eje sobre el que realizan la rotación se subdividen en tres tipos: órgano axial, mesentérico axial o mixtos cuando hay una combinación de ambos.

El objetivo de la presente comunicación es presentar 2 casos de vólvulo gástrico crónico y actualizar las conductas diagnósticas y terapéuticas.

Caso 1

Hombre de 63 años, que consulta por sensación de plenitud temprana de tres meses de evolución, pérdida de peso de 18 kilogramos, náuseas con episodios esporádicos de vómitos y cambio del hábito intestinal con constipación. Disnea ante esfuerzos moderados sin edemas de miembros inferiores (MM.II.)

ni otros síntomas sugestivos de insuficiencia cardíaca. Tiene antecedentes de tratamiento previo por enfermedad ácido-sensitiva e ingesta de fibras como parte del tratamiento de su constipación.

Se realiza radiografía (Rx) de tórax donde se objetiva, en hemitórax izquierdo, nivel hidroaéreo importante que comprime y desplaza el pulmón homolateral hasta el tercio medio. Se efectúa Rx seriada esofagoduodenal y colon por enema cuyos hallazgos son vólvulo gástrico con antro y cuerpo intratorácico y la unión esofagagástrica en posición normal (Fig. 1), dolicocolon con parte del transversal en posición intra-

FIGURA 1



Rx seriada donde se observa vólvulo gástrico y cardias en posición normal correspondiente al caso 1

Recibido el
26 de octubre de 2015
Aceptado el
15 de junio de 2016

torácica. Como antecedentes, el paciente refiere traumatismo en accidente automovilístico. Con diagnóstico de hernia diafragmática crónica y vólvulo gástrico se interviene al paciente por laparotomía mediana, reintroducción de vísceras en cavidad abdominal y cierre de la brecha diafragmática. El paciente tiene buena evolución posoperatoria y es dado de alta al 4° día. Libre de síntomas y de recurrencia después de 43 meses.

Caso 2

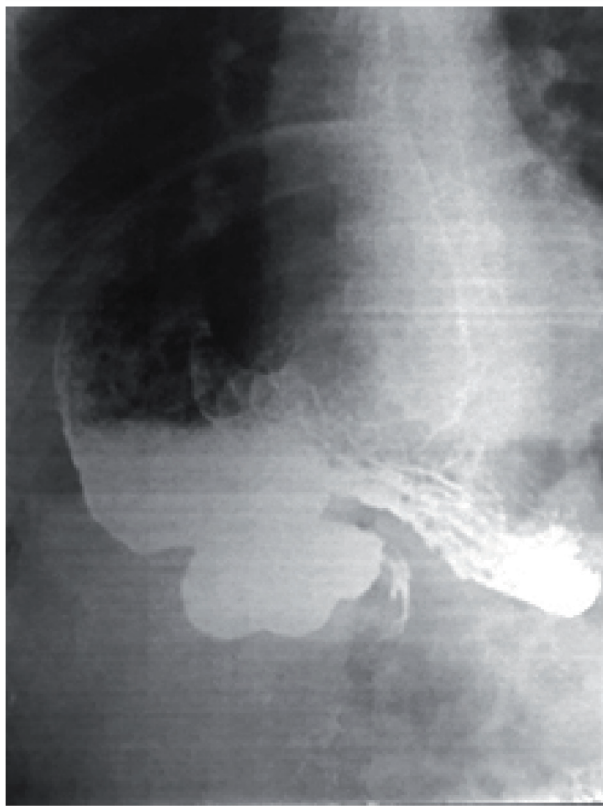
Hombre de 59 años, que consulta por sensación de plenitud temprana acompañada de náuseas y vómitos, pérdida de peso de 24 kilogramos en 3 meses y astenia sin pérdida del apetito. Se le realiza endoscopia alta y Rx seriada esofagogastroduodenal (Figs. 2 y 3) que muestran vólvulo gástrico intratorácico. El paciente no manifiesta antecedente de traumatismo, solo refiere haber padecido episodios de reflujo años antes pero que nunca fue estudiado sino medicado con inhibidores de la bomba de protones y procinéticos con lo que controlaba la sintomatología. Como tratamiento se le realiza laparotomía, reducción y desvolvulación del estómago y reparación de una hernia hiatal con técnica de Nissen sin asociar gastropexia de ningún tipo.

El paciente tiene buena evolución y es dado de alta al 3° día de posoperatorio. Después de 4 meses de cirugía no tuvo recaída sintomática, con excelente tolerancia a la ingesta y recuperación ponderal casi total.

El término *volvulus* tiene su origen en la palabra *volvere*¹. El primer vólvulo gástrico fue descrito por Berti en 1866 en una paciente de 61 años⁶. De acuerdo con el eje sobre el cual rota el estómago se los clasifica en mesentérico axial, órgano axial o mixto y, de acuerdo con el tiempo de presentación, en agudos y crónicos. Los vólvulos agudos suelen presentarse con alguna complicación grave que requiere una solución quirúrgica de urgencia e involucran desde la oclusión súbita hasta la necrosis del órgano. En 1904, Borchardt describe una tríada sintomática consistente en dolor epigástrico importante, imposibilidad de progresar la sonda nasogástrica y náuseas y vómitos⁵. Aquellos que se presentan de manera crónica suelen tener una sintomatología más solapada, con trastornos de vaciamiento gástrico, dolor y sensación de plenitud gástrica; todos ellos condicionan pérdida de peso importante como en los casos presentados. Los síntomas poco específicos en la variante crónica hacen que muchos pacientes pasen un tiempo prolongado sin un diagnóstico y una solución a su patología. Como expresamos al principio, para que el estómago se volvule deben existir algunos factores que condicionen la rotación del órgano, tal como en los casos comentados: las hernias diafragmáticas traumáticas y las hernias hiales son los más frecuentes⁴.

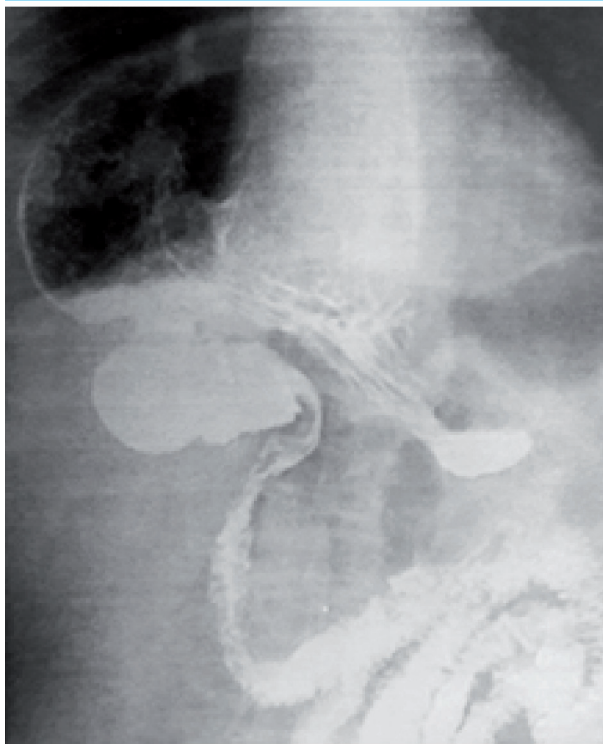
En la modalidad crónica, la radiografía de tórax –donde se objetiva la presencia de nivel aéreo dentro de él– suele ser el primer estudio que genera la sospecha diagnóstica. En caso de hernias diafragmáticas

FIGURA 2



Vólvulo gástrico correspondiente al caso 2

FIGURA 3



Vólvulo gástrico correspondiente al caso 2

traumáticas, la asociación del antecedente de un traumatismo favorece aún más esta sospecha. La endoscopia y la radiografía contrastada esofagogastroduodenal confirman el diagnóstico tal como se observa en las figuras de nuestros casos. Finalmente, la tomografía computarizada con doble contraste nos aportará una situación acabada de la relación del estómago dentro del tórax y si hay algún otro órgano herniado en su interior.

En lo que respecta al tratamiento, existe una oferta diversa, excluyendo los casos agudos que requieren a veces resecciones multiviscerales de urgencia; las propuestas van desde tratamientos conservadores, miniinvasivos endoscópicos hasta la cirugía^{1,4}. Hsu y cols.⁴ en un análisis de 44 casos de vólvulos gástricos crónicos refiere que 43 fueron manejados de manera conservadora (procinéticos, inhibidores de la bomba de protones, etc.) y tan solo uno requirió cirugía. De aquellos que fueron manejados de manera conservadora, un porcentaje alto tuvieron recurrencia sintomática. La desvolvolución endoscópica con gastrostomía o sin ella es otro tratamiento propuesto aparentemente con buenos resultados.

Los procedimientos antes mencionados normalmente no tratan los procesos que condicionan la aparición del vólvulo gástrico (hernia diafragmática, hernia hiatal, etc.), por lo que consideramos que la recurrencia sintomática será la regla. En otro sentido, el tratamiento conservador favorecería –a nuestro entender– la aparición de complicaciones graves. Des-

de el punto de vista quirúrgico se han hecho muchas propuestas; estas han incluido procesos ostromizantes, resecciones gástricas, gastropexias asociadas a la división del omento, todas asociadas a la reparación de los factores condicionantes¹.

Nuestros casos han estado vinculados a defectos diafragmáticos donde la presión negativa del tórax ha favorecido la herniación con vólvulo del estómago. Hemos realizado tan solo la reparación de los defectos y en el caso de la hernia hiatal un procedimiento anti-reflujo, pero en ninguno de los dos casos efectuamos ningún tipo de fijación gástrica. Nuestros pacientes evolucionaron favorablemente sin recurrencia de síntomas, con recuperación ponderal total, uno de ellos con un seguimiento prolongado. Esto nos hace pensar que en aquellos vólvulos con herniación al tórax no se requiere ningún procedimiento extra más que la reparación del defecto que lo condicionó. Finalmente, si bien nosotros abordamos ambos casos con cirugía convencional, creemos que el abordaje laparoscópico es el que se impone en primer lugar, así como también se debe evaluar si en la reparación diafragmática se requerirá el uso de una malla o no.

En conclusión, el vólvulo gástrico es poco frecuente y su sintomatología inespecífica; el estudio baritado es excelente para arribar al diagnóstico. El tratamiento debe ser quirúrgico y la reparación del factor que condicionó la aparición del vólvulo es suficiente para evitar recurrencias.

Referencias bibliográficas

1. Morelli U, Bravetti M, Ronca P, Cirocchi R, De Sol A, et al. Laparoscopic anterior gastropexy for chronic recurrent gastric volvulus: a case report. *Journal of Medical Case Reports*. 2008; 2:244 doi:10.1186/1752-1947-2-244.
2. Laurent S, Grayet D, Lavigne ChM. Acute and chronic gastric volvulus: radical different prognosis and management. *Case report. Acta Chir Belg*. 2010; 110:76-9.
3. Bedioui H, Bensafta Z. Volvulus gastrique: diagnostic et prise en charge thérapeutique. *Presse Med*. 2008; 37:67-76.
4. Hsu YC, Perng CL, Chen CK, Tsai JJ, Lin HJ. Conservative management of chronic gastric volvulus: 44 cases over 5 years. *World J Gastroenterol*. 2010; 16:4200-5.
5. Guillén-Paredes M, Pardo-García J. Acute gastric volvulus: A case report. *Rev Esp Enferm Dig*. 2015; 107:173-4.
6. Berti A. Singolare attorcigliamento dell'esofago col duodeno seguito da rapida morte. *Gazz Med Ital*. 1866; 9:139-41.