



Revista Argentina de Radiología
ISSN: 0048-7619
ISSN: 1853-5844
rar@sar.org.ar
Sociedad Argentina de Radiología
Argentina

García, Yesid Giovanni; Matteoda, Maximiliano
Vólvulo gástrico subagudo
Revista Argentina de Radiología, vol. 83, núm. 3, 2019, Septiembre, pp. 127-129
Sociedad Argentina de Radiología
Argentina

DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0039-1683376>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=382561028007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Vólvulo gástrico subagudo

Sub Acute Gastric Volvulus

Yesid Giovanni García¹ Maximiliano Matteoda¹

¹ Imágenes MDQ, Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina

Rev Argent Radiol 2019;83:127–129.

Address for correspondence Yesid Giovanni García,
Imágenes MDQ, Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina
(e-mail: giovannygarcia@gmail.com).

Estimados editores,

La volvulación gástrica es una entidad grave, de presentación menos frecuente que en el resto del tracto gastrointestinal.¹ Tiene mayor incidencia en la quinta década de la vida. Del total de los casos, en aproximadamente un 80% se trata de adultos. En un 70% de ellos, se asocia a hernia hiatal, y en aproximadamente un 20%, se trata de niños, con mayor frecuencia en menores de un año. La presentación subaguda-crónica es de difícil diagnóstico debido a sus síntomas intermitentes y su bajo índice de sospecha clínica. Es de vital importancia considerarla, ya que el retraso en su diagnóstico puede desencadenar complicaciones letales.^{2,3} Compartimos un caso de volvulación gástrica de evolución subaguda-crónica, con el objetivo de mostrar su forma atípica de presentación y la importancia de la realización de estudios durante el período sintomático.

Se trata de un hombre de 85 años con antecedente conocido de hernia hiatal, quien durante los últimos seis meses presentó dolor epigástrico intermitente posterior a la ingesta de comidas pesadas, por lo cual consultó en repetidas ocasiones. En su último ingreso, presentó cuadro de opresión en el pecho y dolor epigástrico irradiado a la espalda, asociado a náuseas y escaso vómito. A la exploración física, los sistemas cardiovascular y respiratorio no presentaban alteraciones. Se encontró el abdomen distendido, con dolor en epigastrio a la palpación y ausencia de peristaltismo. No se evidenciaron signos de irritación peritoneal.

De acuerdo a su cuadro clínico, se plantearon los siguientes diagnósticos diferenciales: úlcera péptica, volvulación gástrica, isquemia del miocardio, ruptura de aneurisma aórtico y ruptura esofágica. Fueron realizados estudios, descartando la posibilidad de cardiopatía isquémica y de aneurisma aórtico.

La radiografía simple de abdomen (►Fig. 1) mostró la presencia de hernia hiatal, que presentaba signo de doble burbuja. Se realizó una tomografía computada de abdomen

con contraste oral durante el episodio de dolor (►Figs. 2 y 3), donde se pudo evidenciar el estómago herniado y volvulado, con ascenso del antro gástrico por encima de la unión gastroesofágica.

En base a los hallazgos imagenológicos y el cuadro clínico crónico con posterior agudización, pudo comprobarse que el estómago sufrió una torsión mayor a 180 grados a nivel de su eje menor, con obstrucción gástrica parcial, la cual permitió el paso de contraste al intestino, como así también el de la sonda a la cámara gástrica, hallazgos característicos de vólvulo gástrico de tipo mesenteroaxial.

En el intraoperatorio, se halló el estómago dilatado y torsionado a nivel del cuerpo gástrico, con el antro ubicado a nivel intratorácico, a través de la hernia hiatal previamente visualizada en los estudios de imágenes. Eso confirmó el diagnóstico de vólvulo gástrico mesenteroaxial sin signos de isquemia.

Vía laparoscópica, se realizó reducción de la torsión, llevando al estómago a su posición normal, con posterior gastropexia para evitar su recidiva. La hernia hiatal fue reparada mediante cierre crural sin colocación de malla y posteriormente se realizó una funduplicatura de Nissen. El paciente fue dado de alta al quinto día de posoperatorio, con una adecuada evolución posquirúrgica.

La volvulación gástrica se describe como una rotación del estómago mayor a 180 grados sobre uno de sus dos ejes, con posterior obstrucción gástrica parcial o total, compromiso del flujo vascular y alto riesgo de isquemia, necrosis y perforación gástrica.^{2,3} La presentación aguda suele cursar en aproximadamente un 70% de los casos con la tríada de Borchardt (dolor epigástrico, arcadas severas e imposibilidad para la colocación de la sonda nasogástrica).^{2–4} Los casos de presentación subaguda-crónica pueden ser asintomáticos o presentar dolor abdominal, saciedad temprana y emesis posterior a la ingesta de alimentos de forma intermitente, debido a desrotaciones del órgano. Frecuentemente se asocian a hernias paraesofágicas.^{1–5}

received
April 29, 2018
accepted
February 11, 2019

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0039-1683376>.
ISSN 1852-9992.

Copyright © 2019, Sociedad Argentina de Radiología. Publicado por Thieme Revinter Publicações Ltda., Rio de Janeiro, Brazil. Todos los derechos reservados.

License terms





Fig. 1 Radiografía simple de abdomen de pie. Se observa imagen radiolúcida retrocardiaca, compatible con hernia hiatal. La misma muestra el signo de la doble burbuja (flechas negras). Se visualiza escasa cantidad de gas intestinal, hallazgos sugerentes de volvulación gástrica.



Fig. 3 Reconstrucción coronal de tomografía computada toracoabdominal con contraste oral. Fondo gástrico (flecha blanca), antro gástrico (flecha negra). Se esquematiza el eje corto de torsión (línea negra) y su rotación con ascenso del antro gástrico a cavidad torácica (flechas curvas), variante mesenteroaxial.

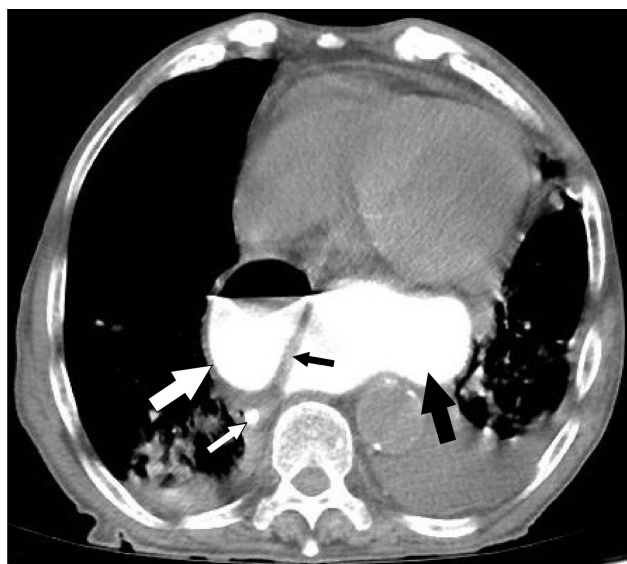


Fig. 2 Corte axial de tomografía computada toracoabdominal con contraste oral. A nivel retrocardiaco se visualiza el estómago herniado y volvulado. Puede verse el fondo gástrico, ubicado del lado derecho, con material de contraste y burbuja aérea en su interior (flecha blanca). A la izquierda, con contraste oral, se evidencia el antro gástrico ascendido a nivel supradiaphragmático (flecha negra), hallazgos característicos de vólvulo gástrico de tipo mesenteroaxial. Se visualiza área de mucosa gástrica que separa el fondo del antro gástrico, "punto de torsión" (flecha negra pequeña). Esófago con sonda nasogástrica en su interior (flecha blanca pequeña).

Sus causas pueden ser primarias o secundarias. La agenesia, laxitud o interrupción de los ligamentos de fijación del estómago (gastrohepático, gastrofrénico, gastroesplénico, gastrocólico) predisponen a la volvulación gástrica de origen

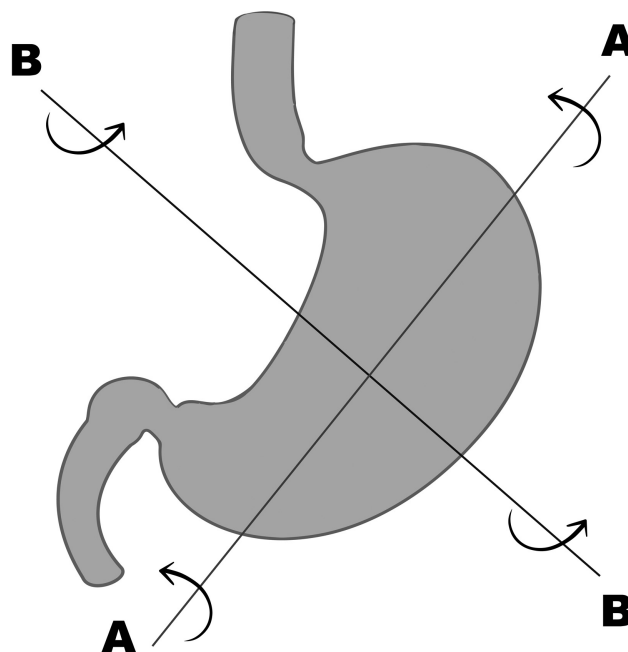


Fig. 4 Esquema ilustrativo de los dos tipos de rotación, dependiendo del eje. A: Organoaxial. B: Mesenteroaxial.

primario. Dentro de las secundarias se describen: hernias paraesofágicas, parálisis del nervio frénico, eventración, adherencias, cáncer gástrico y defectos postraumáticos.³

Se clasifica de acuerdo al eje de rotación sobre el cual gire el estómago. Si rota sobre el eje más largo se denomina vólvulo organoaxial, en el que la curvatura mayor asciende por encima de la curvatura menor, siendo la variante más frecuente en aproximadamente un 59% de los casos. Cuando la rotación se

presenta sobre el eje corto es llamado vólvulo mesenteroaxial, observándose un ascenso del antro gástrico y píloro por encima de la unión gastroesofágica, con una frecuencia del 29% (►Fig. 4). Un 2% de los casos son mixtos y el 10% restante indeterminado.¹

Por su alta tasa de mortalidad (30-50%), es necesario realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno. La presentación subaguda-crónica representa, en muchas ocasiones, un reto diagnóstico, fundamentalmente por su bajo índice de sospecha clínica.

Con la realización de estudios esofagogastroduodenales con contraste baritado en la fase aguda del proceso (episodio de dolor), es posible hacer un diagnóstico preoperatorio de certeza. La tomografía computada permite determinar el tipo de volvulación, sus posibles causas y la presencia o no de complicaciones.^{2,3}

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el

estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- 1 Kaur A, Singla RL, Yadav S, Kumar A. Subacute Gastric Volvulus: A Report of Two Cases with Review of Literature. *Niger J Surg* 2017;23(02):145-147
- 2 Chen DP, Walayat S, Balouch IL, Martin DK, Lynch TJ. Abdominal pain with a twist: a rare presentation of acute gastric volvulus. *J Community Hosp Intern Med Perspect* 2017;7(05):325-328
- 3 Hasan MT, Rahman SMTM Shihab, H, Mahmood HR, Chowdhury T, Sanju QA. A case report on gastric volvulus of a 17 years old boy from Bangladesh. *Int J Surg Case Rep* 2017;40:32-35
- 4 Guniganti P, Bradenham CH, Raptis C, Menias CO, Mellnick VM. CT of Gastric Emergencies. *Radiographics* 2015;35(07):1909-1921
- 5 Abbara S, Kalan MM, Lewicki A. Intrathoracic stomach revisited. *AJR Am J Roentgenol* 2003;181(02):403-414