

Caso	(549) El vólvulo gástrico agudo. Un reto diagnóstico
Autores	Carla Atienza-sentamans, Tania Marlem Chico Gonzalez, Celia Baso Pérez, Javier Valderrey Pulido, Areúsa Porras Hernández, Irene Jiménez Sosa
Centro	Hospital Universitario De Canarias

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 86 años que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal súbito. A su llegada, presenta una TA de 85/50 y una FC de 100 lpm. En la exploración física muestra un abdomen distendido, timpánico y doloroso a la palpación de forma difusa pero principalmente en epigastrio, con defensa y contractura abdominal. En la analítica destaca una leve elevación de la PCR. La paciente está colecistectomizada, es diabética tipo 2 y tiene una hernia de hiato paraesofágica, sin otros antecedentes personales de interés.

Se le realizó una Rx de abdomen en la que se evidenció una importante distensión gástrica, así como el signo de la doble pared en las asas intestinales, en relación con probable neumoperitoneo. Posteriormente se le realizó un TC de abdomen con CIV en el que se confirmó la marcada dilatación gástrica y una alteración de su eje normal, visualizando un desplazamiento craneal del antro y píloro con respecto a la unión esofagogástrica. Había además abundante neumoperitoneo de distribución difusa. Se estableció el diagnóstico de vólvulo gástrico mesentérico-axial perforado.

DISCUSIÓN

El vólvulo gástrico (VG) se define como una rotación anómala del estómago de 180° o más en torno a un eje. En base a su etiopatogenia, puede ser primario (por laxitud ligamentaria) o secundario (asociado a alteraciones de motilidad gástrica, diafragmáticas, en bazo o hígado).

La clínica del VG agudo es variable. Puede presentarse con la tríada de Bordchart, consistente en dolor epigástrico súbito, vómitos improductivos e incapacidad para introducir una sonda nasogástrica. La hematemesis podría alertar sobre la presencia de isquemia gástrica.

Distinguimos dos tipos de VG:-Organoaxial: el más frecuente. Rotación en torno a su eje longitudinal. El antro pasa a situarse anterosuperior al fundus, de modo que la curvatura mayor se coloca por encima de la menor.

-Mesenteroaxial: Rotación en torno a un eje transversal; antro y píloro se aproximan. El antro asciende por encima y se sitúa a la izquierda del fundus, como en nuestro caso.

Las pruebas de imagen son la clave del diagnóstico precoz. En la radiografía de abdomen destaca la distensión gástrica con la presencia de niveles hidroaéreos. El TC permite conocer el punto de torsión, eje rotacional y posición del antro-píloro. El tratamiento es la cirugía urgente, pues si no se actúa a tiempo, la mortalidad

alcanza el 80% principalmente debido a complicaciones tales como necrosis gástrica, perforación, mediastinitis y peritonitis.

CONCLUSIÓN

El vólvulo gástrico agudo es una patología grave, difícil de sospechar clínicamente y potencialmente letal por sus complicaciones. Es por ello fundamental conocer los factores predisponentes y realizar una correcta interpretación de las pruebas de imagen para establecer un diagnóstico precoz.

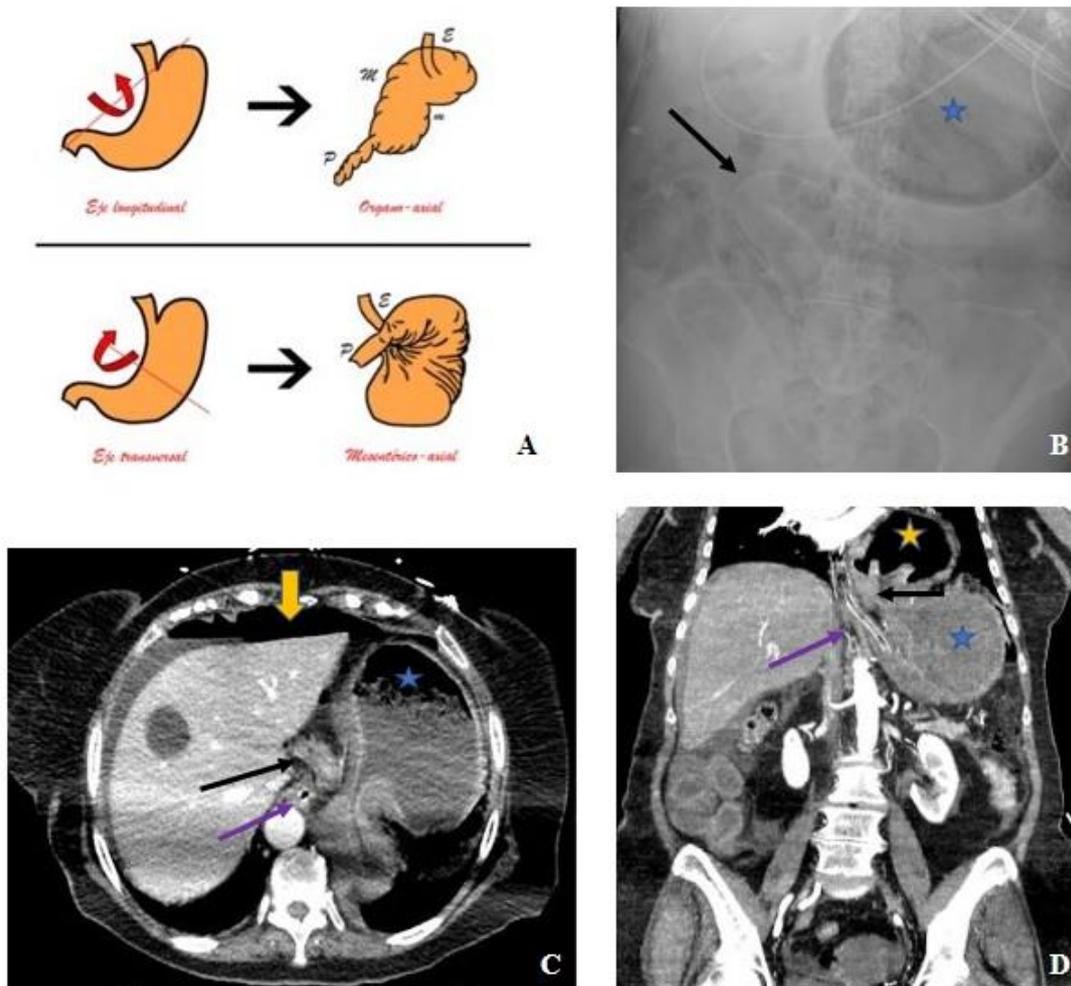


Figura A: Esquema de los tipos de vólvulo gástrico (VG). En la parte superior de la imagen se observa el VG organo-axial en la que el estómago rota en su eje longitudinal. En la parte inferior se observa el VG mesentérico-axial en la que el estómago rota en su eje transversal. Figura B: Rx de abdomen simple en la que se observa una importante distensión gástrica (estrella azul). Se visualiza el signo de Rigler en las asas intestinales, en relación con neumoperitoneo. Figura C: TC de abdomen con CIV en el plano axial en el que se evidencia la unión antropilórica (flecha negra) localizada anteriormente a la unión esofagogástrica (flecha morada). Abundante neumoperitoneo (flecha amarilla). Fundus (estrella azul). Figura D: TC de abdomen con CIV en el plano coronal en el que se evidencia el antro (estrella amarilla) ascendido y a la izquierda del fundus (estrella azul). Unión antropilórica (flecha negra). Unión esofagogástrica (flecha morada).

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez S, Vique L, Ardiles O. Vólvulo gástrico: ¿Por qué recordarlo? Revisión a propósito de un caso. 2012; 18;3:129-135. DOI: 10.4067/S0717-93082012000300007
2. Sánchez García S, Cigarrán Sexto H, Morán Hevia M. Vólvulos del tracto gastrointestinal. Diagnóstico en radiología simple y correlación con tomografía computerizada. Radiología. 2016;57:35-43. DOI: 10.1016/j.rx.2013.09.008
3. Imperatore K, Olivieri B, Vincentelli C. Acute gastric volvulus: a deadly but commonly forgotten complication of hiatal hernia. Autops Case Rep. 2016; 30;6(1):21-6. DOI: 10.4322/acr.2016.024
4. Aubán Pariente R, Moreno Flores A, Llorens Salvador R. El vólvulo gástrico en la edad pediátrica: ¿cuándo sospecharlo y cómo manejarlo? . Acta Pediatr Esp. 2020; 78 (3-4): e82-e87. DOI: 10.1594/seram2012/S-0943