

Caso	(552) Vólvulo gástrico agudo secundario a reherniación caudal del fundus como complicación de hernia hiatal gigante
Autores	Antonio Jesús Láinez Ramos-bossini, Francisco Garrido Sanz, Beatriz Moraleda Cabrera, Pablo Redruello Guerrero, Eduardo Ruiz Carazo
Centro	Hospital Universitario Virgen De Las Nieves

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 81 años que acudió a urgencias por dolor epigástrico, intolerancia oral y vómitos incoercibles en las últimas 24 horas. Como antecedente relevante, destacaba una hernia hiatal gigante conocida desde 7 años antes (figura 1A-C). A la exploración, el paciente impresionaba de mal estado general, con taquicardia y taquipnea, objetivándose un abdomen distendido, timpanizado y doloroso a la palpación. En la analítica sanguínea destacó hipopotasemia (2,9 mEq/L) y leucocitosis ($18.730 \times 10^3/\mu\text{L}$; 90,5% neutrófilos). Ante la sospecha de complicación abdominal, se realizó una tomografía computarizada (TC) en la que se observó un vólvulo gástrico (VG) con microperforación del fundus. Al comparar con los estudios de imagen previos, se comprobó que este último, previamente alojado en el mediastino, había experimentado una reherniación caudal hacia la cavidad abdominal, dando origen al vólvulo agudo por compromiso de espacio en el cuello herniario (figura 1D-E). El paciente fue intervenido de forma emergente, confirmándose los hallazgos y reduciéndose la hernia. La evolución postoperatoria fue favorable.

DISCUSIÓN

El vólvulo gástrico (VG) es una complicación infrecuente secundaria a la torsión del estómago más de 180° sobre su propio eje, dando lugar a una obstrucción en asa cerrada. Aunque la información sociodemográfica es limitada, no se han descrito diferencias significativas en cuanto al sexo o la raza, siendo más frecuente a partir de la 5ª década de vida [1]. La presentación clínica aguda es por lo general inespecífica, por lo que la sospecha clínica suele ser baja y el diagnóstico se realiza mediante prueba de imagen. En la actualidad, las TC multidetector ofrecen una excelente resolución temporal y espacial con capacidad multiplanar, considerándose la técnica diagnóstica de elección en la actualidad [2]. Tras el diagnóstico, el tratamiento quirúrgico urgente es necesario debido al alto riesgo de infarto, necrosis, perforación y muerte. Por lo tanto, el papel del radiólogo en el manejo del paciente con VG es esencial, no solo en el diagnóstico sino en la detección de posibles complicaciones asociadas, lo que ayuda a la toma de decisiones terapéuticas [3].

La clasificación topográfica del VG distingue principalmente los subtipos organoaxial y mesenteroaxial. Los primeros se caracterizan por que el eje rotacional es longitudinal, de modo que la curvatura mayor queda por encima de la menor. Los segundos se caracterizan por la rotación alrededor del eje axial del estómago, de

modo que la unión esofagogástrica queda por debajo de la unión antropilórica. También se ha descrito una forma infrecuente de VG en la que se combinan ambos ejes rotacionales, usualmente asociada a VG crónico.

Los hallazgos por imagen en ocasiones pueden ser confusos y difíciles de interpretar, llevando a un sobre e infradiagnóstico de VG. En el caso presentado el mecanismo patogénico fue una reherniación intraabdominal del fundus de una hernia de hiato previa. Este mecanismo patogénico fue descrito en un estudio, pero no ha calado en la literatura científica.

CONCLUSIÓN

El VG agudo es una urgencia vital con elevada mortalidad si no se trata precozmente. Su fisiopatología es compleja y mal conocida. El caso expuesto ilustra un mecanismo causal poco conocido: la reherniación caudal del fundus a partir de una hernia hiatal gigante previa. Es preciso sospechar esta entidad en pacientes con hernia hiatal que presentan dolor epigástrico y vómitos incoercibles de forma aguda, siendo la TC la prueba diagnóstica de elección.

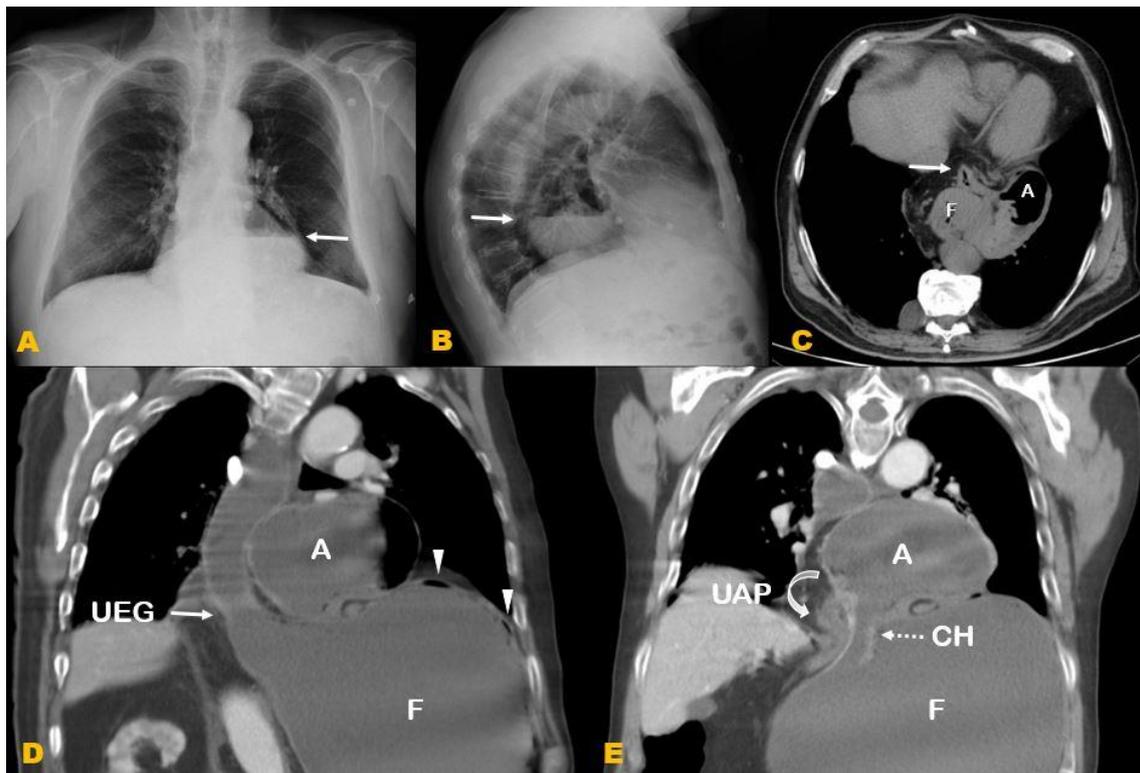


Figura 1. Radiografía simple de tórax en proyecciones posteroanterior (A) y lateral (B) realizada 7 años antes del episodio agudo. Voluminosa formación retrocardíaca con nivel hidroaéreo compatible con hernia hiatal gigante (flechas). Tomografía computarizada de tórax sin contraste intravenoso realizada 5 años antes del episodio agudo (C). Se observa gran hernia hiatal que contiene la totalidad del estómago, incluyendo el fundus (F) y antro (A), y la primera porción duodenal (flecha). Tomografía computarizada de tórax y abdomen con contraste intravenoso en fase venosa portal realizada en el episodio agudo, reconstrucciones multiplanares en el plano coronal a nivel de la unión esofagogástrica (D) y del cuello herniario (E). Se aprecia el fundus gástrico dilatado y herniado caudalmente hacia la cavidad abdominal a través de un cuello herniario (CH) que comunica con el antro. La unión esofagogástrica (UEG, flecha) y la unión antropilórica (UAP, flecha curva) se ubican en el hiato esofágico del diafragma. Se aprecian burbujas de gas extraluminal (puntas de flecha).

BIBLIOGRAFÍA

1. Rashid F, Thangarajah T, Mulvey D, Larvin M, Iftikhar SY. A review article on gastric volvulus: A challenge to diagnosis and management. *Int J Surg.* 2010;8(1):18-24. doi:10.1016/j.ijssu.2009.11.002
2. Singham S, Sounness B. Mesenteroaxial volvulus in an adult: Time is of the essence in acute presentation. *Biomed Imaging Interv J.* 2009;5(3). doi:10.2349/bij.5.3.e18
3. Verde F, Hawasli H, Johnson PT, Fishman EK. Gastric volvulus: unraveling the diagnosis with MPRs. *Emerg Radiol.* 2019;26(2):221-225. doi:10.1007/s10140-019-01669-0
4. Gerson DE, Lewicki AM. Intrathoracic stomach: when does it obstruct? *Radiology.* 1976;119(2):257-264. doi:10.1148/119.2.257