

<b>Caso</b>	(799) Vólvulo gástrico y una buena correlación quirúrgico-radiológica
<b>Autores</b>	Jaime Jimenez, Elena María Bello Martínez, Ángela María Díaz Cárdenas, Marta Pérez Rubiralta
<b>Centro</b>	Hospital Universitario De Bellvitge

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Acude a urgencias varón de 64 años con antecedentes personales de hernia de hiato y reflujo gastroesofágico por clínica de náuseas y vómitos de 48 horas de duración. Acudió por primera vez a su centro de Salud de referencia hace 24 horas y se orientó como una gastroenteritis aguda siendo dado de alta a su domicilio con normas de reconsulta. El paciente refiere franco empeoramiento de los síntomas asociando actualmente hematemesis y mal estado general con sudoración profusa.

En la exploración abdominal destaca defensa en epigastrio sin otra sintomatología asociada. En las constantes se identificó fiebre de hasta 38° con tensiones mantenidas. En la analítica realizada en urgencias se observó leucocitosis de 16.000 con desviación izquierda y una PCR de 457 sin otros hallazgos significativos.

Solicitan desde el servicio de urgencias la realización de un TC abdominal urgente, tras la realización de una radiografía de abdomen, para descartar vólvulo gástrico.

## DISCUSIÓN

El vólvulo gástrico es una entidad infrecuente. La incidencia es desconocida, pero la literatura sugiere que afecta a niños < 1 año o adultos en la 5ª década de vida. Ocurre cuando se debilita alguno de los anclajes del estómago a la cavidad peritoneal como puede ocurrir en los defectos diafragmáticos congénitos, la eventración o en la hernia de hiato paraesofágica aunque en el 30% de los casos no se demuestra una causa concreta. También puede aparecer en un contexto post-quirúrgico como la operación de Nissen, rupturas de ligamentos gástricos tras un trasplante hepático o trauma y tumores gástricos. Algunos pacientes manifiestan la tríada característica de Borchartt (epigastralgia, vómitos e incapacidad para pasar una sonda nasogástrica) y otros, una clínica inespecífica, por ello las imágenes diagnósticas son imprescindibles para un correcto diagnóstico en ambos escenarios. Según el eje de rotación del estómago se distinguen dos tipos:

1. Órgano-axial: el tipo más frecuente (58%). El estómago gira sobre su eje longitudinal y la curvatura mayor queda por encima de la menor.
2. Mesenterio-axial: es infrecuente (29%) y ocurre cuando el estómago gira a lo largo de su eje corto, con desplazamiento del antro por encima de la unión gastroesofágica.

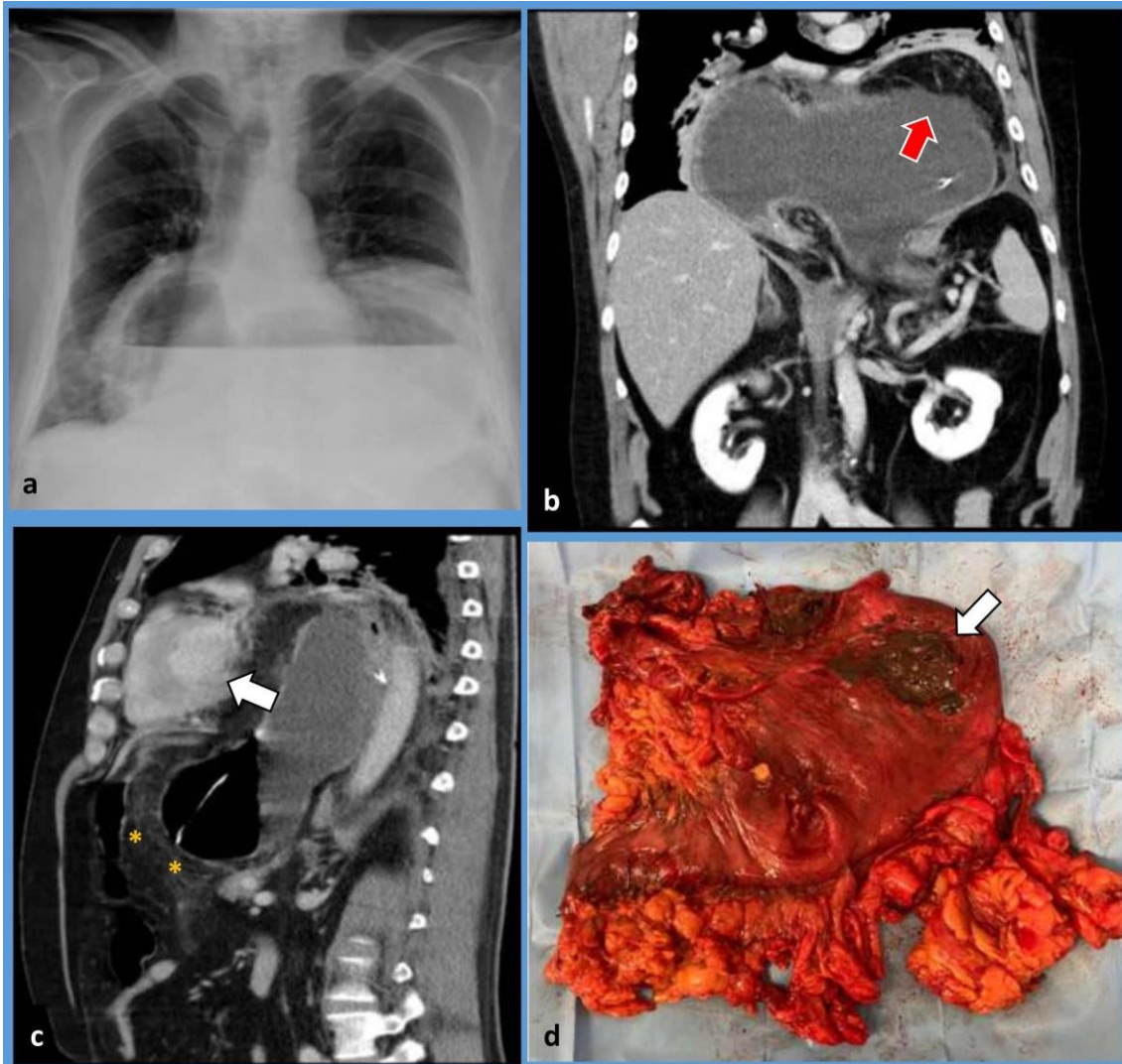
La radiografía simple de abdomen es la primera prueba complementaria a realizar, siendo complementada posteriormente con un TC que nos permite valorar si existe malrotación, identificar la posición del píloro y cardias, conocer el eje de torsión, y determinar la relación entre las curvaturas para diferenciar los dos tipos de

malrotación. Tan pronto se obtiene el diagnóstico, se debe hacer una reducción urgente del vólvulo para evitar la isquemia gástrica aguda y perforación, como ocurrió en nuestro caso, hallazgos que luego se confirmaron con la pieza quirúrgica.

## **CONCLUSIÓN**

La volvulación gástrica es una entidad poco frecuente, si bien hay que tenerla siempre presente en nuestro diagnóstico diferencial en pacientes con sospecha de patología aguda intraabdominal, debido a que el tratamiento quirúrgico urgente es imprescindible para prevenir potenciales complicaciones como la isquemia o la perforación.

A la hora de elaborar nuestro informe, aparte de describir el tipo de vólvulo gástrico, debemos describir de forma precisa los hallazgos que puedan sugerir sufrimiento mural, ya que, en caso de estar presentes, ayudarán al cirujano a realizar un tratamiento quirúrgico más preciso y dirigido.



a) Rx simple de tórax: cámara gástrica en localización torácica con nivel hidroaéreo en su interior y elevación del hemidiafragma izquierdo. Derrame pleural izquierdo. b) y c) TC abdominal con contraste en fase portal: voluminosa hernia de hiato que contiene grasa mesentérica, prácticamente toda la cámara gástrica, la unión antropilórica y un segmento corto de colon transverso con importante efecto masa desplazando estructuras cardíacas anteriormente (flecha blanca). Abundante contenido líquido en estómago que ocasiona importante distensión del mismo con SNG correctamente posicionada. Destaca disminuido realce a nivel de la pared izquierda de la cámara gástrica asociando bandas de líquido en posición caudal al estómago en la raíz del meso (asteriscos). Sugiere vólvulo gástrico de disposición mesenterio-axial con sufrimiento de la pared gástrica. Leve engrosamiento de la pared de un segmento corto del ángulo esplénico del colon que se acompaña de estriación de la grasa circundante. d) Pieza quirúrgica: correcta correlación entre los hallazgos radiológicos identificados en el TC y la pieza quirúrgica extraída durante la cirugía (flecha roja en b) y flecha blanca en d).

## BIBLIOGRAFÍA

Peterson CM, Anderson JS, Hara AK, et al. Volvulus of the Gastrointestinal Tract: Appearances at Multimodality Imaging. *RadioGraphics* 2009; 29:1281-1293. <https://doi.org/10.1148/rg.295095011>

Mazaheri P, Ballard DH, Neal KA, et al. CT of Gastric Volvulus: Interobserver Reliability, Radiologists' Accuracy, and Imaging Findings. *American Journal of Roentgenology*. 2019;212: 103-108. <https://doi.org/10.2214/AJR.18.20033>