

VOLVULACIÓN GÁSTRICA AGUDA. HALLAZGOS EN TÉCNICAS DE IMAGEN.

Acute gastric volvulation. Findings in imaging techniques.

Garrido Márquez I, Olmedo Sánchez E

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO. GRANADA.

Resumen

El vólvulo gástrico es una patología infrecuente que ocurre cuando se produce una rotación anormal del estómago mayor de 180° y sobre uno de sus dos ejes. Se puede presentar de forma aguda con dolor abdominal y vómitos o bien como diagnóstico incidental si es crónico y la sintomatología es silente. Su diagnóstico se puede realizar mediante endoscopia digestiva o bien prueba de imagen, siendo la tomografía computarizada de gran ayuda para descartar posibles complicaciones como la isquemia intestinal o infarto. El tratamiento es variable: en pacientes de alto riesgo quirúrgico se suele apostar por la endoscopia, en

cambio, la gastropexia conformaría el tratamiento definitivo con menor riesgo de recidiva.

Palabras clave: vólvulo gástrico, malrotación gástrica, obstrucción, radiología.

Abstract

Gastric volvulus is a rare pathology that occurs when there is an abnormal rotation of the stomach greater than 180° and on one of its two axes. It can present acutely with abdominal pain and vomiting or as an incidental diagnosis if it is chronic and the symptoms are silent. Its diagnosis can be made by digestive endoscopy or imaging test, being computed tomography of great help to rule out possible complications such as intestinal ischemia or heart attack.



Irene Garrido Márquez
Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.
igamar26@gmail.com
@IreneGamar

Treatment is variable: in patients with high surgical risk, endoscopy is usually used, while gastropexy would be the definitive treatment with a lower risk of recurrence.

Keywords: gastric volvulus, gastric malrotation, obstruction, radiology.

Introducción y presentación del caso:

Presentamos a un varón de 57 años con parálisis cerebral y antecedentes de suboclusión intestinal, que acude a urgencias por vómitos oscuros y estreñimiento crónico. En la exploración física, el abdomen se encontraba distendido, timpánico, blando y depresible con cierta defensa voluntaria así como disminución de ruidos intestinales. En la analítica de sangre sólo destacaba una PCR de 40 mg/l, siendo el resto normal.

Se solicitó una radiografía simple de abdomen, donde se identificaba una gran dilatación de la cámara gástrica, con ausencia de gas a nivel distal y abundante material fecaloideo en marco cólico (**Figura 1**). Ante la sospecha de obstrucción intestinal, se solicitó una tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis con contraste intravenoso. En dicha prueba de imagen se visualizaba una marcada dilatación de la cámara gástrica con sonda nasogástrica (SNG) normoposicionada y abundante contenido líquido en su interior, con cambio brusco de calibre a nivel antropilórico, el cual tiene una disposición anormalmente alta, lo que sugería volvulación gástrica incompleta (**Figuras 2 y 3**). Igualmente, se apreciaba dolicocolon con abundantes restos de heces y engrosamiento de la pared rectal, con aumento de densidad de la grasa circundante; hallazgos en probable relación con colitis estercorácea.

El paciente ingresa en servicio de Aparato Digestivo, donde se realiza control nutricional y gastroscopia que confirmó la deformidad gástrica con disposición anatómica alterada, antro deformado, y que para localizar el píloro era necesario realizar la maniobra de retroversión. Además, se identificaron úlceras con áreas necróticas en cuerpo gástrico.

Se valora por Cirugía General para realizar yeyunostomía quirúrgica para alimentación oral y posible tratamiento del vólvulo, que se rechaza dado el estado

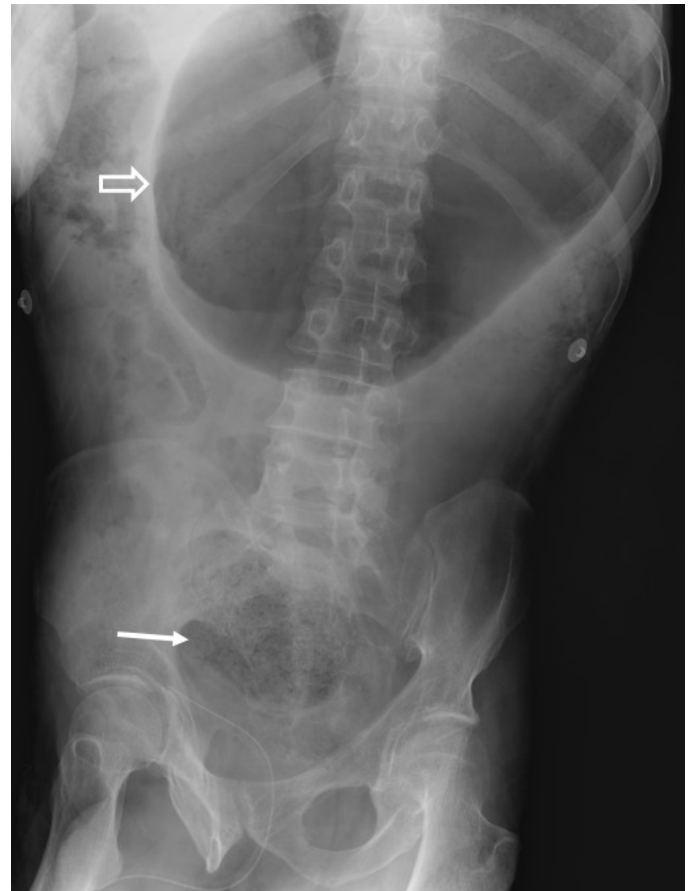


Figura 1

Radiografía simple de abdomen en supino. Se aprecia marcada distensión de cámara gástrica (flecha hueca), con ausencia de gas en el resto del abdomen y a nivel distal. Abundante cantidad de heces en marco cólico y ampolla rectal (flecha fina).

basal del paciente. Tras valoración conjunta, se decide intentar tolerancia vía oral de forma progresiva, con buena aceptación.

Discusión

El vólvulo gástrico es una patología infrecuente que ocurre cuando se produce una rotación anormal del estómago sobre uno de sus dos ejes, que puede ocasionar obstrucción, compromiso vascular o estrangulación, pudiendo evolucionar a necrosis e incluso perforación. Se puede clasificar de acuerdo a su etiología, en primario o secundario, de acuerdo a su anatomía en órgano-axial o mesentérico-axial y de acuerdo a su presentación en crónico o agudo¹.



Figura 2

Imágenes de TC abdominopélvica con contraste intravenoso en fase portal, planos axial (A) y sagital (B). Se observa una marcada dilatación de la cámara gástrica con abundante contenido líquido en su interior (flecha fina) y SNG correctamente posicionada (cabeza de flecha), observando cambio brusco de calibre a nivel antropilórico, el cual tiene una disposición anormalmente alta, aunque con conservación de las relaciones antro/fundus gástrico. Con estos hallazgos, no se puede descartar que el paciente presente una volvulación gástrica incompleta.



Figura 3

Imágenes de TC abdominopélvica con contraste intravenoso en fase portal, planos coronal (A y B) y axial (C). Se muestra la disposición anómala del estómago, con señalización del cardias (flechas finas), fundus (cabezas de flecha) y antro pilórico (flecha hueca).

Puede ser idiopático, aunque en el 70% de los casos se asocia a otras enfermedades o anomalías anatómicas tales como hernia de hiato, hernias diafragmáticas congénitas o adquiridas, lesión del nervio frénico, adherencias, neoplasias, etc².

El vólvulo órgano-axial es más común que el mesenteroaxial y representa aproximadamente dos tercios de los casos³. Se presenta cuando el estómago gira sobre su eje largo, con la curvatura mayor desplazada hacia arriba y la curvatura menor localizada más caudalmente, de modo que se ve el estómago al revés, con el antro y el piloro superiores al fondo y al cuerpo proximal. En cambio, el vólvulo mesenteroaxial es infrecuente, ocurre cuando el estómago gira a lo largo de su eje corto, con desplazamiento del antro por encima de la unión gastroesofágica.

La clínica varía según el grado de rotación y la velocidad de instauración del vólvulo. En el vólvulo agudo es frecuente encontrar dolor toracoabdominal y vómitos. La triada clásica de epigastralgia, vómitos e incapacidad para colocar una SNG fue descrita por Borchartd en 1904 y es prácticamente diagnóstica del vólvulo gástrico agudo, aunque sólo se presenta en un bajo porcentaje de pacientes. Por el contrario,

el diagnóstico del vólvulo gástrico crónico puede ser difícil ya que los síntomas pueden ser variados y anodinos¹.

La mayoría de las malrotaciones en adultos se descubren de forma incidental en estudios de TC o RM realizados por otras causas⁴. En cambio, en cualquier paciente sintomático es recomendable empezar con una radiografía simple de abdomen para excluir otras causas. El aspecto radiológico de la malrotación es muy variable e infrecuentemente se diagnostica con una radiografía, siendo el patrón más frecuente un luminograma normal⁵. No obstante, otros hallazgos comunes y altamente sugestivos de vólvulo gástrico incluyen estómago distendido, una hernia de gran parte del estómago por encima del diafragma a menudo con doble nivel de aire y líquido, e intestino delgado colapsado, similar al caso que se describe.

Se puede realizar un tránsito gastrointestinal, que si bien está en desuso en el estudio urgente, presenta una sensibilidad del 93-100%⁴. La TC puede ayudar a confirmar la rotación del estómago herniado y el punto de transición³.

En la actualidad no existe un consenso ni un tratamiento estándar de los vólvulos gástricos, siendo determinante, la etiología, la situación clínica y el riesgo quirúrgico del paciente. La descompresión gástrica inicial puede realizarse mediante la colocación de una SNG que en ocasiones permite también la desvolvulación parcial; sin embargo, su efectividad es limitada y existe riesgo de perforación con las maniobras de colocación¹. En pacientes de muy alto riesgo quirúrgico y casos seleccionados, la desvolvulación endoscópica como único tratamiento podría ser útil, no obstante, el riesgo de re-volvulaciones posteriores es impredecible. El abordaje laparoscópico es una opción factible y segura en el tratamiento definitivo del vólvulo gástrico tanto agudo como crónico, e incluye corrección del defecto primario, si lo hubiera, y gastropexia².

Bibliografía

1. Ruiz-Clavijo D, Ripa-Zúñiga A, Casanova-Ortiz L, García de Eulate I, González de la Higuera B, Urman-Fernández J. Vólvulo gástrico, causa infrecuente de dolor abdominal agudo. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2017; 40(1):141-4.
2. Ostiz-Llanos M, Ruiz-Goikoetxea M, Cozcolluela-Cabrejas MR. Vólvulo gástrico crónico: una causa infrecuente de dispepsia. *RAPD Online* 2018; 41(6):311-3.
3. Suárez Niño DC, Piñeros Nieto DA, Salinas Castro AF, Olarte Quiñones MM, Caviedes González JC. Vólvulo gástrico: aproximación diagnóstica mediante estudios especiales. *Rev. Colomb. Radiol.* 2019; 30(4): 5249-52
4. Ballesteros Gómiz E, Torremadé Ayats A, Durán Feliubadaló C, Martín Martínez C, Caro Tarragó A. Malrotación-vólvulo intestinal: hallazgos radiológicos. *Radiología.* 2015;57(1):9-21.
5. Strouse PJ. Disorders of intestinal rotation and fixation («malrotation»). *Pediatr Radiol.* 2004;34:837-51. Volk ML, Tocco RS, Bazick J, Rakoski MO, Lok AS. Hospital re-admissions among patients with decompensated cirrhosis. *Am J Gastroenterol* 2012; 107(2):247-52.