

Vólvulo gástrico como causa de disnea. A propósito de un caso

The gastric volvulus as a cause of dyspnea. A case report

Yusbiel José León Valdivies^{1a}, Benito Saí^{2b}, Sergio Fernández García^{1c}, Liliana Osés Herrera^{3d}

¹ Servicio de Neumología, Hospital Neumológico Benéfico Jurídico. La Habana, Cuba.

² Servicio de Cirugía General, Hospital Salvador Allende. La Habana, Cuba.

³ Servicio de estomatología, Policlínico Aracelio Rodríguez Castellón. Cumanayagua, Cuba.

^a Residente de tercer año de la especialidad de Neumotisiología, ^b Especialista de segundo grado de Cirugía General, ^c Master en enfermedades infecciosas. Especialista en Neumotisiología, ^d Interna de estomatología

Recibido: 21-05-2015; Aprobado: 04-09-2015

RESUMEN

El vólvulo gástrico es una entidad poco frecuente que puede presentarse de forma aguda o crónica. El vólvulo agudo puede presentarse con la triada de Borchardt, el crónico puede ser asintomático y su diagnóstico es usualmente incidental. Se presenta el caso de un piloto de avión que presenta falta de aire a los medianos esfuerzos con tos relacionada con episodios de acidez gástrica sobre todo después de comidas profusas. La confirmación diagnóstica se realizó mediante estudios radiológicos simples y contrastados. Se realizó intervención quirúrgica y los síntomas desaparecieron sin otras alteraciones en un período de seguimiento de un año.

Palabras clave: Vólvulo gástrico; Disnea; Estómago (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

The gastric volvulus is a not very frequent entity that can show up in acute form or chronic. The acute volvulus can show up with the triad of Borchardt, the chronic one can be asymptomatic and its diagnosis is usually incidental. We present shows a case of an airplane pilot that presents dyspnea to the medium efforts with cough related with episodes of gastric acidity mainly after profuse foods. The diagnostic confirmation was carried out by means of radiological simple and contrasted studies. A surgical intervention was performed and the symptoms disappeared without other alterations in a period of pursuit of one year.

Key words: Stomach volvulus; Dyspnea; Stomach (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

El vólvulo gástrico fue descrito por vez primera en 1866 por Berti, como un hallazgo autópsico. Posteriormente fue descrito en varias ocasiones también durante autopsias y cirugías ⁽¹⁾. Este se define como una rotación de 180° del eje principal del estómago, lo cual puede producir obstrucción de la luz gástrica, asociado o no a alteración del flujo arterial ⁽²⁾. Se han descrito dos tipos: el órgano-axial (60% de los casos) y el mesentérico-axial (29% de los casos) ⁽³⁾.

El vólvulo órgano-axial, es más frecuente en adultos y se asocia a estrangulación en un 5-28%. Ocurre cuando el estómago rota sobre su propio eje o la línea que resulta al unir el píloro con la unión gastroesofágica, disponiéndose la curvatura mayor hacia cefálico y la curvatura menor hacia caudal, constituyendo una urgencia quirúrgica ⁽²⁾. A su vez, el vólvulo órgano-axial se puede clasificar en tipo 1 (primario) y tipo 2 (secundario). El tipo 2 es la forma de presentación más frecuente (2/3 de los casos), su localización es supradiafragmática y suele presentarse en casos de: hernia paraesofágica del hiato, eventración diafragmática, trauma, parálisis diafragmática (lesión de nervio frénico) entre otras ⁽⁴⁾.

El vólvulo mesentérico-axial es poco frecuente. Ocurre cuando el estómago rota sobre su eje menor, lo que resulta en el desplazamiento del antro sobre la unión gastroesofágica. Esta rotación es usualmente parcial (menor de 180°) y no se asocian a defectos diafragmáticos ⁽⁴⁾. Otra modalidad del vólvulo es el tipo mixto (2% de los casos) donde se produce una rotación gástrica sobre ambos ejes. Hasta el 10% quedan sin ser clasificados ⁽³⁾.

Es el vólvulo gástrico en general un evento de rara ocurrencia ⁽⁵⁾. Se manifiesta en cualquier etapa de la vida, de preferencia en el adulto (cerca 75-80% corresponde a estos pacientes) ⁽³⁾, con una incidencia máxima en la quinta década de la vida, sin embargo, algunos autores aventuran que es mayor en niños ⁽⁶⁾. En los adultos por lo general, la presentación clínica está asociada a factores predisponentes congénitos y adquiridos asociados ⁽³⁾ y no se encuentran diferencias significativas en su prevalencia por género o raciales, aunque algunos autores mencionan una mayor prevalencia en el sexo femenino ⁽⁷⁾.

La presentación clínica del vólvulo gástrico puede ser aguda o crónica ⁽³⁾. El vólvulo agudo clínicamente

puede presentarse con la tríada de Borchardt: dolor y distensión epigástrica, vómitos violentos o imposibilidad para vomitar y dificultad para la introducción de la sonda nasogástrica. Puede presentarse necrosis gástrica y tener un desenlace fatal en horas si no es resuelto mediante cirugía prontamente ⁽⁸⁾.

La presentación crónica puede ser asintomática y su diagnóstico es usualmente incidental. Cursa con malestar abdominal alto que puede irradiarse al dorso u hombros, dolor durante la alimentación o postprandial temprano, saciedad precoz y vómitos. Los hallazgos radiológicos en el vólvulo mesenterio-axial, son el estómago en posición vertical con el píloro en posición cefálica al cardias y un doble nivel hidroaéreo. Para el diagnóstico de esta entidad es importante utilizar la Imagenología. La primera relación radiológica fue expuesta en 1921 por Rosselet ⁽¹⁾, desde entonces hasta la actualidad las técnicas se han ido modificando. El estudio fluoroscópico con bario oral confirma el diagnóstico y el grado de obstrucción, pudiendo observarse paso del contraste en los vólvulos parciales y acumulación de éste en la zona anterior al vólvulo en las entidades completas ⁽⁹⁾. Además pueden encontrarse hernias diafragmáticas que pueden contener antro y píloro en su interior, constituyendo el llamado "signo del gancho" ⁽¹⁰⁾.

La tomografía computada en último término, ofrece una visión anatómica detallada del caso, además de describir las complicaciones del fenómeno entre las cuales se cuentan neumatosis gástrica, gas portal y neumoperitoneo. Existen descripciones aisladas en la literatura acerca de la apariencia del vólvulo órgano-axial en el ultrasonido, describiéndose una doble dilatación con estrechez central, llamado el "signo del maní" ⁽⁹⁾. El manejo del vólvulo gástrico va a depender principalmente de su origen y forma de presentación.

CASO CLÍNICO

Paciente de 54 años de edad, masculino, con antecedentes de salud aparente, piloto de avión, que refiere una vida sin hábitos tóxicos, que acude a consulta porque desde hace seis meses está sintiendo falta de aire a los medianos esfuerzos y tos que relaciona con episodios de acidez gástrica sobre todo después de comidas profusas. Sin otra sintomatología se decide la exploración física del paciente y se describe en el aparato respiratorio un murmullo vesicular disminuido globalmente, sin ronos ni sibilantes, con vibraciones vocales conservadas y una frecuencia respiratoria de 20 respiraciones/minuto. Se le indican exámenes complementarios. Tabla 1.

Se realizó una espirometría donde se informa un trastorno restrictivo de moderada intensidad que no tiene una respuesta significativa al broncodilatador.

Tabla 1. Valores de laboratorio clínico.

Exámenes de laboratorio	
Hb	135 g/l
Hto	041 vol. %
Leucograma	8.54 x 10 ⁹
Polimorfonucleares	061
Linfocitos	035
Eosinófilos	003
Monocitos	001
Eritro	17 mm/h
T. sangramiento	1 ^{1/2} '
T. coagulación	7'
C. de plaquetas	290 x 10 ⁹
TGP	15 uds
TGO	23 uds
GGT	29 uds
Glicemia	5,1 mmol/L
Creatinina	77 mmol/L

Se indicó la realización de una radiografía frontal de tórax (Figura 1A) donde se informó una elevación diafragmática izquierda y una radiografía lateral izquierda (Figura 1B) donde se observó una imagen cavitada en mediastino medio con nivel hidroaéreo en su interior.

Por tal motivo se indicó un estudio de estómago-esófago-duodeno contrastado (Figuras 1C y 1D) donde se observó el estómago rotado más de 180° sobre su eje principal llegando al diagnóstico de un vólvulo de estómago que por su forma de presentación y tiempo de evolución fue crónico y por la rotación del mismo fue órgano axial.

Se presentó al departamento de cirugía y se decidió su intervención quirúrgica. Se siguió por un año su evolución y no presentó más sintomatología. Se le realizó una espirometría posquirúrgica donde se informó que los parámetros están dentro de los límites normales.

DISCUSIÓN

El vólvulo de estómago es una entidad poco frecuente. Hasta el año 2009 una publicación indicaba que se habían informado 350 casos a nivel mundial ⁽⁵⁾ y la asociación de este a la disnea es menos frecuente aún, a no ser en los casos crónicos donde se relacionan con otras entidades diafragmáticas como las hernias y las eventraciones. En el vólvulo órganoaxial el diagnóstico es más difícil: se puede observar el estómago en posición horizontal con la curvatura menor ubicada caudal a la curvatura mayor y un nivel hidroaéreo único ⁽³⁾.

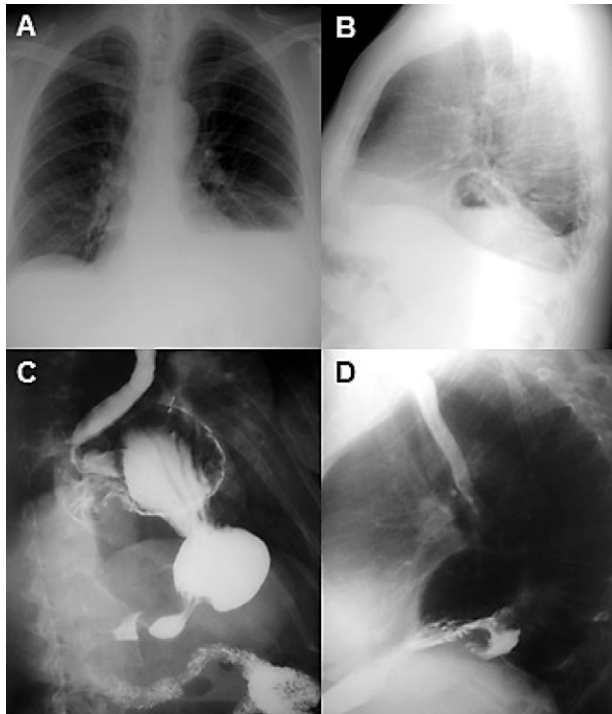


Figura 1. A) Radiografía de tórax frontal simple. B) Radiografía de tórax lateral izquierdo. C) Radiografía contrastada de esófago-estómago-duodeno, vista oblicua. D) Radiografía contrastada de esófago-estómago-duodeno, vista lateral izquierda.

No se encontraron en la literatura revisada estudios que evidencien que los estómagos volvulados crónicamente constituyan causa de disnea ni de alteraciones espirométricas restrictivas, pero en este paciente donde fueron evidentes las alteraciones restrictivas de la prueba funcional, que después de ser sometido a intervención quirúrgica, hubo una regresión total del trastorno restrictivo a valores de normalidad en la espirometría y de la disnea la asociación es ineludible.

Se intervino quirúrgicamente debido a la repercusión de los síntomas sobre la calidad de vida del paciente mediante laparoscopia. Actualmente se plantea que existen tres pilares en el tratamiento: reducción del vólvulo, fijación gástrica y corrección de factores predisponentes. Se han descrito tres técnicas de enfrentamiento quirúrgico: laparotomía, laparoscopia y la vía endoscópica⁽¹¹⁾. En 1968 Tanner describe varios métodos quirúrgicos para reparar el vólvulo gástrico^(12,13).

La maniobra tipo J o de retroversión, también se ha utilizado para realizar gastropexias. El tratamiento laparoscópico tiene indicaciones tales como: reducir

el vólvulo, anclar el fondo gástrico al diafragma, unir la curvatura mayor del estómago a la pared abdominal, además de realizar algunas reparaciones diafragmáticas. La técnica laparoscópica está indicada en pacientes portadores de vólvulos crónicos y en los que no existe necrosis o isquemia gástrica certificada. La gastrectomía total se realiza sólo en casos de necrosis gástrica.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Gottlieb C, Lefferts D, Beranbaum S. *Gastric volvulus*. I. Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med. 1954;72(4):609-15.
- Abraldes A, Rodríguez Ramos C, García Trujillo I, Fernández Collado JJ, Ramírez F, González V. *Vólvulo gástrico agudo de tipo mixto y localización intratorácica*. Rev Esp Enferm Dig (Madrid). 2007;99(4):231-2.
- Sánchez C S, Vique B L, Ardiles C O, Herquiñigo R D. *Vólvulo gástrico: ¿Por qué recordarlo? Revisión a propósito de un caso*. Rev Chil Radiol. 2012;18(3):129-35.
- Peterson CM, Anderson JS, Hara AK, Carenza JW, Menias CO. *Volvulus of the gastrointestinal tract: appearances at multimodality imaging*. Radiographics. 2009;29(5):1281-93. doi: 10.1148/rg.295095011.
- Sánchez Santacruz YL, Fernández Marín IP. *Vólvulo gástrico como causa infrecuente de dolor abdominal*. Rev Esp Enferm Dig (Madrid). 2009;101(7):506-19.
- Cabrera-Tovar MC, Renedo-Ríos JL, Tejeda-Tapia HD. *Vólvulo gástrico. Informe de un caso*. Acta Pediatr Mex. 2009;30(3):163-6.
- Darani A, Mendoza-Sagaon M, Reinberg O. *Gastric volvulus in children*. J Pediatr Surg. 2005;40(5):855-8.
- Oh SK, Han BK, Levin TL, Murphy R, Blitman NM, Ramos C. *Gastric volvulus in children: the twists and turns of an unusual entity*. Pediatr Radiol. 2008;38(3):297-304. doi: 10.1007/s00247-007-0709-5.
- Matsuzaki Y, Asai M, Okura T, Tamura R. *Ultrasonography of gastric volvulus: "peanut sign"*. Intern Med. 2001;40(1):23-7.
- Kotobi H, Auber F, Otta E, Meyer N, Audry G, Hélaridot P. *Acute mesenteroaxial gastric volvulus and congenital diaphragmatic hernia*. Pediatr Surg Int. 2005; 2005;21(8):674-6.
- Casella V, Avitable G, Segreto S, Mainenti P. *CT findings in a mixed-type acute gastric volvulus*. Emerg Radiol. 2011;18(3):483-6.
- Waselle JA, Norman J. *Acute gastric volvulus: pathogenesis, diagnosis, and treatment*. Am J Gastroenterol. 1993;88(10):1780-4.
- Tanner NC. *Chronic and recurrent volvulus of the stomach with late results of "colonic displacement"*. Am J Surg. 1968;115(4):505-15.

Correspondencia: Yusbiel José León Valdivies
Calle 20A No. 47 Rafaelito, Cumanayagua, Cienfuegos, Cuba.
E-mail: yusbiel@infomed.sld.cu