



VC-031 - HERNIA DIAFRAGMÁTICA GIGANTE COMPLICADA CON VÓLVULO GÁSTRICO

Tusa, Claudio; Ponce, Úrsula; Peiró, Fabián; Aguiriano, María del Mar; Martí, Carmen; Ballester, Belén; Zaragoza, María; Seguí, Jesús

Hospital de Gandía y Centro de Especialidades Francesc de Borja, Gandía.

Resumen

Objetivos: El vólvulo gástrico (VG) es una entidad muy rara, originada por el giro del estómago sobre su mismo eje. Su diagnóstico y tratamiento precoz son fundamentales, marcando el pronóstico de los pacientes. Presentamos el vídeo de la cirugía por vía laparoscópica de un vólvulo gástrico con obstrucción completa de la luz gástrica que fue intervenido de urgencias, exponiendo las dificultades técnicas en este tipo de cirugías.

Caso clínico: Varón de 58 años con antecedentes de hernia de hiato, acude a urgencias por náuseas y epigastralgia intensa de aparición súbita. Exploración abdominal: abdomen anodino. La analítica es normal. Las radiografías de tórax y abdomen evidencian hernia de hiato con cámara gástrica intratorácica distendida y nivel hidroaéreo. Se decide colocación de sonda nasogástrica obteniéndose 300 ml de líquido claro. Se realiza tomografía axial computarizada (TC) toraco-abdominal urgente: Presencia de hernia de hiatal paraesofágica que contiene el cuerpo gástrico, con marcada distensión del mismo y del fundus, de localización intrabdominal, con líquido libre en la hernia y periesplénico, sin apreciarse signos de perforación. Se realiza gastroscopia que confirma volvulación gástrica que dificulta el paso del endoscopio a duodeno. Se consigue franquearlo observando un estómago con morfología en J, con una mucosa a nivel de cuerpo alto y fundus, de aspecto edematoso, eritematoso y con pequeñas erosiones, hallazgos sugestivos de sufrimiento a dicho nivel. Con el diagnóstico de vólvulo gástrico con sufrimiento gástrico se decide cirugía de urgencias con abordaje laparoscópico. Hallazgos: estómago parcialmente herniado a tórax, sin evidencia de sufrimiento. Se procede a reducción a cavidad del estómago de forma dificultosa junto a la resección del gran saco herniado. Se completa la cirugía con el cierre de pilares y una funduplicatura tipo *floppy*-Nissen. Evolución posoperatoria satisfactoria, siendo alta a las 48 horas.

Discusión: El vólvulo gástrico es una de las peores complicaciones de las hernias paraesofágicas tipo II-III, y el más frecuente es el órgano-axial. En los casos agudos, la actuación debe ser de forma precoz ya que de lo contrario la mortalidad puede llegar al 50%. La radiología simple nos puede indicar el diagnóstico, pero la TC se considera la técnica de elección. La descompresión gástrica inicial con SNG y la gastroscopia permiten la devolvulación parcial con una efectividad limitada. Con la evaluación clínico-analítica y radiológica se debe plantear la cirugía de inmediato. Actualmente no existe un consenso ni un tratamiento estándar del VG. El abordaje abierto o laparoscópico deben seguir los mismos principios: reducción del contenido herniado, resección del saco, cierre de pilares

y asociar una funduplicatura. Concluimos afirmando que se requiere un elevado índice de sospecha para su diagnóstico y un tratamiento precoz, generalmente quirúrgico. La elección del tratamiento va a depender de la etiología del VG y del estado general del paciente, siendo el abordaje laparoscópico, si el paciente lo permite, seguro y más eficaz frente a la cirugía convencional.