



P-609 - HERNIA PARAESOFÁGICA AGUDA CON VÓLVULO GÁSTRICO PERFORADO

A. Martínez Pérez, N. Estellés Vidagany, J.Á. Díez Ares, E. Martínez López, C. Payá Llorente, G. Garrigós Ortega, M.T. Torres Sánchez y E. Armañanzas Villena

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Resumen

Introducción: Las hernias paraesofágicas se producen por una herniación del fundus gástrico a través del diafragma, con una unión gastro-esofágica normoposicionada. Constituyen el 5% de las hernias de hiato y se deben a una debilidad en la membrana pleuroperitoneal. Dada la situación de la UGE, los pacientes no suelen presentar sintomatología típica de ERGE, sino que consultan por disfagia, anemia crónica, plenitud postprandial, náuseas y vómitos. Su presentación como cuadro de abdomen agudo puede estar producida por una incarceration, estrangulación, sangrado masivo o perforación gástricos. El vólvulo gástrico es una entidad poco frecuente, originada por una rotación de 180° del estómago sobre su mismo eje, y que suele ser secundario a patologías preexistentes (hernias paraesofágicas, traumatismos...).

Caso clínico: Mujer de 77 años, que acude al servicio de urgencias por presentar dolor abdominal de 48 horas de evolución, inicialmente epigástrico y posteriormente generalizado. Al cuadro se añade dolor centrotorácico con disnea, náuseas sin vómitos y deterioro progresivo del estado general. Entre sus antecedentes destacaba leve anemia ferropénica tratada con hierro oral. A su llegada presenta hipotensión, taquicardia y desaturación (SaO₂: 89%). En la primera exploración se evidencia abdomen distendido, timpánico y doloroso a la palpación de forma difusa con signos evidentes de irritación peritoneal generalizada. El intento de colocación de sondaje nasogástrico fue infructuoso. En la analítica sanguínea destaca elevación de PCR (110), procalcitonina (282), leucopenia (1.200 l/mL) e insuficiencia renal aguda. La radiografía simple de tórax portátil muestra una gran hernia hiatal conteniendo estómago, con gas paragástrico. En el TC abdominal se observa herniación gástrica paraesofágica con volvulación órganoaxial, existen signos de isquemia en la pared gástrica y burbujas de gas ectópico perigástricas. Se indica cirugía urgente y tras laparotomía media se evidencia peritonitis difusa con abundante líquido libre y una hernia paraesofágica que contiene estómago volvulado en sentido órganoaxial. Este presenta signos isquémicos en toda la curvatura mayor, y una perforación de 3 cm. Tras reducir la hernia se realiza gastrectomía atípica de tipo tubular, extirpando la curvatura mayor, y posterior gastropexia. La paciente ingresa en UCI, donde tras leve mejoría en las primeras 24 horas presenta deterioro hemodinámico refractario a catecolaminas que evoluciona a situación de fallo multiorgánico, en el que sobreviene su fallecimiento.

Discusión: Si la volvulación gástrica órganoaxial se presenta de forma aguda puede producir la clásica tríada de Borchardt (dolor epigástrico, imposibilidad para el vómito y dificultad para la

colocación de la sonda nasogástrica). Constituye una urgencia quirúrgica, ya que se asocia frecuentemente a estrangulación por el compromiso vascular originado. Dado el deterioro de la paciente y la localización de la perforación elegimos la opción que consideramos más adecuada para extirpar el tejido isquémico manteniendo el tránsito digestivo, evitando la confección de una anastomosis gastrointestinal y sus potenciales complicaciones, y previniendo la posible recidiva.