



V-036 - GASTROFUNDUPEXIA LAPAROSCÓPICA COMO TRATAMIENTO DEFINITIVO DEL VÓLVULO GÁSTRICO ORGANOAXIAL PRIMARIO

Herrero Bogajo, M^a Luz; Morandeira Rivas, Antonio; Moreno Sanz, Carlos; Sedano Vizcaíno, Cristina; López Sánchez, Ana; Guzmán del Castillo, Harold Rafael; Crespo del Castillo, Vanesa

Hospital General la Mancha Centro, Alcázar de San Juan.

Resumen

Introducción: El vólvulo gástrico se caracteriza por la rotación del estómago condicionando grados variables de obstrucción. Es una patología rara no relacionada con el sexo y más frecuente a partir de la quinta década de la vida. Cuando la rotación es de más de 180° la forma de presentación será aguda (40%) por la necrosis secundaria del órgano. Si es menor, la clínica será crónica e inespecífica con periodos de reagudización. Pueden ser organoaxiales (60%) por rotación alrededor del eje mayor; mesentéricoaxiales con rotación alrededor del eje menor o mixtos. Se clasifican en primarios por anomalías en los ligamentos de fijación o secundarios a anomalías diafragmáticas o a alteraciones anatómicas del bazo. El tratamiento quirúrgico está indicado cuando fracasan las opciones endoscópicas o ante la recurrencia. Presentamos un caso de vólvulo gástrico organoaxial primario en una paciente joven en el que realizamos una gastrofundupexia laparoscópica.

Caso clínico: Paciente de 45 años con antecedentes de depresión. Presenta episodios de dolor epigástrico y náuseas asociando dolor torácico ocasionalmente. En ecografía abdominal y RM se evidencia colelitiasis múltiple con vía biliar normal. Gastroscopia con volvulación gástrica que no permite la exploración del fundus con antro y duodeno normales. Anatomía patológica con gastritis crónica y *Helicobacter pylori* negativo. El estudio esofagogastroduodenal identifica una alteración de la situación de la cámara gástrica con imagen de vólvulo organoaxial sin hernia de hiato ni reflujo asociados durante la exploración. Se le propone laparoscopia exploradora para descartar causas secundarias y realizar colecistectomía, gastropexia y/o funduplicatura Nissen en función de los hallazgos. Se identifica una adherencia firme desde la curvatura menor gástrica hasta el segmento III hepático, laxitud de los ligamentos gastrocólico, gastroesplénico y gastrofrénico y un fundus muy redundante que condicionan una volvulación organoaxial de 90°. Se explora la cavidad abdominal sin evidenciar hernia de hiato, defectos diafragmáticos ni anomalías en otros órganos asociadas. La vesícula no presenta signos de colecistitis. Se secciona la adherencia gastrohepática. Se realiza colecistectomía reglada y se procede a realizar gastrofundupexia. Fijación gástrica mediante un punto suelto de Ethibond 2/0 desde fundus al pilar izquierdo, otro desde fundus al diafragma por encima de la unión cardioesofágica. Se dan otros dos puntos sueltos del mismo material desde la cara anterior de la curvatura mayor de cuerpo y antro gástricos transparietales con aguja de Reberdeen, anudados tras evacuar el neumoperitoneo. La paciente es dada de alta a las 24 horas sin incidencias. El estudio esofagogastroduodenal de control muestra la corrección anatómica de la malrotación gástrica. Al año de la reparación la paciente tolera adecuadamente y no ha vuelto a

presentar episodios de dolor epigástrico ni torácico.

Discusión: La fundugastropexia laparoscópica es una técnica sencilla, eficaz y segura para corregir la malrotación gástrica y prevenir la recurrencia de la volvulación.