



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-173 - SÍNDROME OBSTRUCTIVO POR HERNIA DE HIATO GIGANTE CON VÓLVULO GÁSTRICO

Navarro Fajardo, David; Alegre Torrado, Cristina; García Caspueñas, Sandra; García Picazo, Alberto; González González, Lucia; Pérez Zapata, Ana Isabel; Rodríguez Cuéllar, Elías; de la Cruz Vigo, Felipe

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: Un vólvulo gástrico se produce cuando el estómago, de forma completa o parcial, rota al menos 180 grados sobre su eje axial o transversal. Está considerada como una patología poco frecuente con una alta mortalidad principalmente ocasionada por la isquemia gástrica que puede producir. El estómago es una víscera de gran movilidad y puede rotar de forma habitual dentro de la cavidad abdominal pero menos de 180° y sin provocar secuelas o síntomas. Se encuentra anclado por 4 ligamentos: gastrohepático, gastroesplénico, gastrocólico y gastrofrénico, ocasionándose la volvulación por un fallo en cualquiera de ellos. La volvulación más frecuente se produce en el plano axial. En niños es más habitual que sea primaria/congénita por fallo en el anclaje de los ligamentos, mientras en adultos se produce por alteraciones anatómicas como las hernias paraesofágicas.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 73 años que acude a urgencias por dolor epigástrico y vómitos de 12 horas de evolución sin otra sintomatología asociada. En la analítica se evidencia 17.200 leucocitos y láctico de 3,5 mmol/l. En cuanto a la exploración presenta un abdomen blando depresible doloroso a la palpación en epigastrio con defensa pero sin claros signos de irritación peritoneal difusa. Dada la posibilidad patología abdominal urgente con sospecha de sufrimiento intestinal se solicita TC abdominal con diagnóstico de herniación intratorácica de unión gastroesofágica, fundus y antro, manteniendo cuerpo gástrico en cavidad abdominal, con vólvulo gástrico organoaxial que condiciona obstrucción en asa cerrada con posible afectación vascular incipiente. Se coloca sonda nasogástrica con mejoría de la sintomatología, parámetros analíticos y normalización del ácido láctico, permitiendo la realización de una intervención quirúrgica diferida 5 días más tarde en la que se evidencia la presencia de hernia de hiato gigante tipo III con estómago con volvulación parcial, pero sin datos de isquemia. Se procede a su reducción, cierre de pilares con incisión de relajación en borde lateral de pilar derecho y colocación de malla composite de silicona y polipropileno sobre él, asociándose funduplicatura tipo Nissen. Presenta un posoperatorio sin incidencias siendo dado de alta a las 72 horas con adecuada tolerancia a dieta túrmix. Al primer mes de seguimiento el paciente se encuentra totalmente asintomático con buena tolerancia a dieta normal y con un tránsito esofagogastroduodenal con adecuado paso de contraste al duodeno.

Discusión: La obstrucción gástrica por vólvulo está considerada como una urgencia quirúrgica con una mortalidad en torno al 30-50% asociada principalmente a isquemia gástrica con perforación y peritonitis. El empleo de la sonda nasogástrica de forma temprana ha demostrado ser útil en los

casos de pacientes estables, siendo necesaria la intervención quirúrgica urgente en paciente inestables o con signos de isquemia gástrica. El empleo de la laparoscopia para este tipo de cirugías ha demostrado tener una menor estancia hospitalaria con un mejor control analgésico y recuperación del tránsito más precoz, pero mayor tasa de recurrencias.