

## CARTAS AL DIRECTOR

### Vólvulo gástrico agudo: la importancia del diagnóstico precoz

#### Acute gastric volvulus: the importance of early diagnosis

Sr. Director:

El vólvulo gástrico (VG) es una entidad patológica rara pero con gran mortalidad si no se diagnostica precozmente. Una historia clínica y exploración física exhaustiva son fundamentales para realizar un diagnóstico de presunción, que debería ser confirmado con estudios radiológicos. Se presenta el caso de una paciente con diagnóstico tardío de VG, motivado por una exploración dificultada por la presencia de escoliosis dorsolumbar, con sospecha inicial de pancreatitis aguda con desenlace fatal.

Mujer de 94 años, con escoliosis de columna dorsolumbar grave, es traída al servicio de urgencias por dolor abdominal intenso epigástrico, de inicio brusco, asociado a náuseas sin vómitos. A su llegada presenta presión arterial de 200/80 mmHg, afebril, con palidez mucocutánea, signos de deshidratación y mal estado general. La exploración abdominal está inferida por la importante escoliosis de la paciente que condiciona imposibilidad para la extensión, destacando ruidos hidroaéreos disminuidos y dolor epigástrico a la palpación profunda, sin peritonismo. En las pruebas de laboratorio presenta leucocitosis de 13.600 con desviación a la izquierda, hipertransaminasemia de bajo rango (AST 73 UI/l, ALT 51 UI/l), bilirrubina normal (0,8 mg/dl), leve colestasis (FA 74 UI/l), elevación de amilasa pancreática (220 UI/l) y de lipasa (538 UI/l), junto con deterioro agudo de la función renal (creatinina 1,5 mg/dl, urea 89 mg/dl). La radiografía de tórax portátil urgente era difícil de interpretar por la importante escoliosis. La paciente ingresa en el servicio de aparato digestivo con el diagnóstico inicial de pancreatitis aguda y crisis hipertensiva secundaria. En las primeras horas de ingreso presenta dolor de difícil control, distensión abdominal importante, vómitos incoercibles y signos de irritación peritoneal, con imposibilidad de colocación de sonda nasogástrica, realizándose escáner abdominal urgente, en el que se observa un vólvulo gástrico contenido en una voluminosa hernia de hiato con ausencia de realce de parte de la pared gástrica, indicativo de necrosis, sin gas extraluminal (fig. 1). Se decide intervención quirúrgica urgente falleciendo la paciente en el post-operatorio precoz tras desarrollo de fallo multiorgánico.

Desde que en 1866<sup>1</sup> Berti describiera en autopsias el primer caso de VG se han publicado más de 400 casos de VG agudo en la literatura médica<sup>2</sup>. Se define como la rotación del estómago o una parte del mismo más de 180°, provocando una obstrucción intestinal completa. Es más frecuente la volvulación de colon sigmoide o ciego. Existen diferentes clasificaciones en función de criterios etiológicos, anatómicos o velocidad de aparición. El primario o subdiafragmático (30%), más frecuente en niños, suele ocurrir en ausencia de defectos diafragmáticos<sup>3</sup>. En cambio, el secundario o supradiafragmático (70%) aparece en adultos, alrededor de la quinta década de la vida, con factores predisponentes, generalmente hernia hiatal paraesofágica, asociado o no a laxitud de ligamentos gástricos<sup>4</sup>. La clínica depende de la velocidad del inicio, el grado de rotación y de obstrucción y su localización. En 1904, Brochardt describió la tríada sintomática: dolor epigástrico importante y distensión abdominal, vómitos incoercibles e imposibilidad para progresión de una sonda nasogástrica a estómago<sup>5</sup>. Posteriormente, Carter sugirió otros 3 síntomas: mínimos hallazgos a la exploración abdominal si el estómago está en el tórax; dilatación gástrica en la radiografía de tórax, y obstrucción al paso de contraste en el tránsito gastrointestinal. En los casos crónicos la sintomatología es inespecífica, siendo típicamente un hallazgo casual en pruebas de imagen. El diagnóstico inicial es fundamentalmente clínico. No existen pruebas de laboratorio específicas



Figura 1 Vólvulo gástrico con necrosis de pared en corte transversal de TAC abdominal con contraste.

que señalen o confirmen el diagnóstico. Puede haber una elevación de amilasa pancreática o fosfatasa alcalina, que puede llevar a un diagnóstico erróneo de pancreatitis aguda<sup>6</sup>. La mortalidad del VG agudo se encuentra entre el 30 y el 50%, estando directamente asociada al retraso en el diagnóstico y tratamiento<sup>7</sup>. Con el diagnóstico temprano y la terapia correcta, disminuye a un 16% según la literatura médica disponible. Las complicaciones más frecuentes incluyen ulceración, perforación, hemorragia, necrosis y avulsión omental. Se trata de una emergencia médica, cuyo tratamiento convencional es quirúrgico (reducción volvular, gastropexia anterior, y corrección de defectos diafragmáticos predisponentes)<sup>8</sup>. Se han descrito nuevas posibilidades menos invasivas como la reducción endoscópica con el uso de la maniobra tipo «J»<sup>9</sup>, que podría tener relevancia como intento terapéutico inicial de reducción volvular difiriendo la cirugía definitiva, generalmente en casos crónicos<sup>10</sup>.

## Bibliografía

1. Berti A. Singolar attortigliamento delleŷesofago col duodeno seguita da rapida morte. *Gass Med Ital.* 1866;9:139-41.
2. Laurel D, Adejuyigbe S. Gastric volvulus in Nigerian patients: report of four cases. *East African Med J.* 1997;74:596-9.
3. Harford WV, McArthur KE. Diverticula, hernias, volvulus, and rupture. En: Sleisenger MH, Fordtran JS, editores.

- Gastrointestinal disease: pathophysiology diagnosis, management. 5th ed. WB Saunders: Philadelphia; 1993. p. 481-3.
4. Carter R, Brewer LA, Hinshaw DB. Acute gastric volvulus. A study of 25 cases. *Am J Surg.* 1980;140:99-104.
  5. Borchardt M. Zur Pathologie und Therapie des Magenvolvulus. *Arch Klin Chir.* 1904;74:243-8.
  6. Williams L, Landsdown MRJ, Larvin M, Ward DC. Gastric volvulus: a rare cause of hyperamylasemia. *Br J Clin Pract.* 1990;44:708-9.
  7. Smith JR. Volvulus of the stomach. *JAMA.* 1983;75:393-6.
  8. Wasselle J, Norman J. Acute gastric volvulus: pathogenesis, diagnosis and treatment. *Am J Gastroenterol.* 1993;88:1780-3.
  9. Tsang T, Walker R, Yu D. Endoscopic reduction of gastric volvulus: the alpha loop maneuver. *Gastrointestinal Endoscopy.* 1995;42:244-8.
  10. Bhasin DK, Nagi B, Kochhar R, Singh K, Gupta NM, Mehta SK. Endoscopic management of chronic organoaxial volvulus of the stomach. *Am J Gastroenterol.* 1990;85:1468-78.

Javier García Lledó\*, Katerina Klímová, M. Vega Catalina Rodríguez y Enrique Cos Arregui

*Servicio de Aparato Digestivo, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: JAVI-LLEDO@terra.es (J. García Lledó).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2012.06.001>

## Hemorragia digestiva alta secundaria a esplenosis gástrica

### Upper gastrointestinal bleeding due to gastric splenosis

Sr. Director:

La esplenosis es una condición adquirida definida como el autotrasplante de tejido esplénico viable en diferentes compartimentos anatómicos del cuerpo. Suele producirse tras una rotura esplénica por traumatismo o en esplenectomía terapéutica. Los implantes esplénicos suelen ser múltiples y pueden ser intraperitoneales o extraperitoneales<sup>1</sup>. Aunque sea excepcional, la esplenosis gástrica debe ser considerada como etiología de hemorragia digestiva alta en pacientes con antecedente de esplenectomía.

Presentamos el caso de un varón de 49 años con antecedente de esplenectomía de urgencia por accidente de tráfico hacía 28 años. Ingresó en el servicio de digestivo por melenas sin repercusión analítica ni hemodinámica, realizándose gastroscopia que únicamente evidenciaba erosiones antrales y duodenales por lo que se le dio el alta. Diez días después acude de nuevo a urgencias por melenas sin repercusión hemodinámica pero sí anemia con hemoglobina de 8 g/l. Presentaba dolor a la palpación en hipocondrio izquierdo sin defensa ni datos de peritonismo. En urgencias se le realizó ecografía abdominal que no mostraba alteraciones y hacía referencia a la visualización de un bazo de tamaño y ecoestructura normal.

Se realiza ecoendoscopia alta que pone de manifiesto una lesión submucosa en fundus-cuerpo gástrico con erosión y fibrina en su vértice, rodeada de estructuras tubulares anecoicas y tortuosas con intensa señal de flujo Doppler. Ante la referencia de que en la ecografía se visualizaba bazo en un paciente con antecedente de esplenectomía se solicita TC abdominal (fig. 1) informado como prominentes venas varicosas en el fundus gástrico, visualizándose la pared gástrica y el resto del estómago normal sin evidencia de lesiones tumorales; por fuera del estómago,

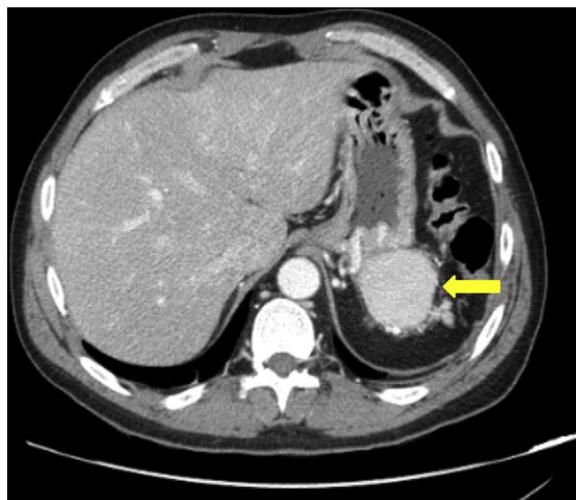


Figura 1 TC abdominal.