



Check for updates

Resolución endoscópica de vólvulus gástrico intermitente y tratamiento definitivo por laparoscopia. Reporte de caso

Carolina Hurtado-Morales*, Ivonne Carolina Pérez-Reynoso, Ruth Lizeth Robles-Rodríguez,
Rubén Gutiérrez-Alvarado, Isaías Garduño-Hernández, Oscar Govea-González

Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE. Ciudad de México, México

Introducción

El vólvulus gástrico (VG) es una entidad clínica infrecuente originada por el giro del estómago sobre su eje largo (órgano-axial) o corto (mesentero-axial) que conduce a grados variables de obstrucción. Puede presentarse de forma aguda o crónica y respecto a su origen puede clasificarse en primario o secundario. Es más frecuente en la quinta década de la vida. Entre los factores predisponentes destacan la hernia paraesofágica, hernias diafragmáticas congénitas, bridás, adherencias o tras funduplicatura de Nissen. La radiografía de abdomen, serie esófago gastro-duodenal y TAC orientan al diagnóstico, sin embargo en casos crónicos estos estudios suelen ser normales. A continuación se presenta un caso clínico, cuyo diagnóstico se realizó tras panendoscopia con resolución de la oclusión aguda.

Caso clínico

Mujer de 53 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, funduplicatura tipo Nissen, dermo-lipectomía abdominal y prótesis de cadera derecha. Acude al servicio de urgencias refiriendo intolerancia a la vía oral de 3 semanas de evolución, distensión abdominal y plenitud postprandial, incrementándose 24 hrs previas a su ingreso con náusea y vómito en

múltiples ocasiones así como pérdida ponderal de 7 kg. A la exploración física distensión abdominal, dolor en epigastrio, mesogastrio y peristalsis disminuida. Exámenes de laboratorio con acidosis metabólica, elevación de azoados e hiperlactatemia. Radiografía de tórax, abdomen y TAC no concluyentes. Se realizó panendoscopia encontrando estómago modificado por torsión de pliegues a nivel de incisura e incapacidad para alcanzar el píloro, mucosa edematosas, isquémica y friable. Se realizó maniobra en J y compresión abdominal en varios intentos, con lo que se logró avance de endoscopio hasta segunda porción de duodeno. Se sugirió laparoscopía diagnóstica por probable vólvulus gástrico, misma que se realizó corroborando torsión gástrica secundaria a adherencias.

Discusión

El cuadro clínico depende de la manera de presentación, la triada clásica de Borchardt: epigastralgia, vómitos e incapacidad para colocar una SNG es prácticamente diagnóstica del VG agudo; los síntomas de la presentación crónica suelen ser sutiles e inespecíficos principalmente disfagia, distensión abdominal y anemia crónica, por lo que la sospecha diagnóstica debe ser alta. Se presenta un caso de vólvulus organoaxial crónico o intermitente secundario a adherencias cuyo diagnóstico se realizó por endoscopía a pesar de

Autor de correspondencia:

Carolina Hurtado-Morales

E-mail: krolina0708@hotmail.com

0188-9893/© 2019. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.

Fecha de recepción: 02-08-2019

Fecha de aceptación: 16-08-2019

DOI: 10.24875/END.M19000065

Endoscopia. 2019;31(Supl 2):121-122

www.endoscopia-ameg.com

la baja sensibilidad reportada en la literatura para este diagnóstico. Se han propuesto dos técnicas de desvolvulación endoscópica: la maniobra alfa loop que consiste en formar un asa en alfa en el extremo proximal volvulado y avanzar el endoscopio con torque en sentido de las manecillas del reloj hasta el duodeno y la segunda maniobra en J o de retroversión con las que se logra la desvolvulación sobretodo en casos crónicos como el presentado, sin embargo el tratamiento definitivo es quirúrgico ya que existe un alto índice de recurrencia tras la resolución endoscópica. En este caso se realizó laparoscopía diagnóstica que reportó adherencias firmes y laxas de curvatura mayor a hígado que condicionaban rotación del cuerpo gástrico.

Conclusiones

La presentación crónica representa un reto diagnóstico por su baja incidencia y cuadro clínico inespecífico. Si bien es cierto que el tratamiento definitivo es quirúrgico, el abordaje endoscópico del vólvulo gástrico es de gran ayuda; los hallazgos altamente sugestivos son estómago tortuoso e incapacidad para alcanzar el píloro. En este caso además de establecer el diagnóstico, permitió mejorar el estado hemodinámico y metabólico para el evento quirúrgico definitivo. No obstante, hace falta realizar más estudios para probar la efectividad de este procedimiento.