

## Vólvulo gástrico mesenteroaxial en un paciente con sintomatología atípica

Karina Sato-Espinoza,<sup>1, 2</sup> A Fabián Bruno-Gallo,<sup>1</sup> Claudia Azañedo,<sup>3</sup> Javier Contreras,<sup>3, 4</sup> Javier Díaz Ferrer<sup>1, 3, 4, 5</sup>

<sup>1</sup> Escuela de Medicina. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.

<sup>2</sup> Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (SOCIEMUPC).

<sup>3</sup> Clínica Internacional.

<sup>4</sup> Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

<sup>5</sup> Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM).

Lima, Perú.

*Acta Gastroenterol Latinoam* 2019;49(3):241-244

Recibido: 31/01/2018 / Aceptado: 28/02/2018 / Publicado online: 17/09/2019

### Resumen

Paciente mujer de 53 años que llega a emergencia con vómitos, dolor abdominal, deposiciones líquidas, con distensión abdominal progresiva, por lo que es internada con sospecha de intoxicación alimentaria. Durante la hospitalización aumenta la distensión abdominal y desciende la hemoglobina. Se realizan estudios complementarios obteniendo resultados de imágenes con signos de vólvulo gástrico mesenteroaxial.

**Palabras claves.** Vólvulo gástrico, enterocolitis, mesenteroaxial.

### Mesenteroaxial gastric volvulus presentation with atypical clinical symptoms

#### Summary

A 53-year-old woman arrived at emergency service with vomiting, abdominal pain, liquid stools and progressive abdominal distention. During the hospitalization; the abdominal distention increase and hemoglobin decrease, so complementary studies are carried out, obtaining images result with mesenteroaxial gastric volvulus signs.

**Key words.** Gastric volvulus, enterocolitis, mesenteroaxial.

El vólvulo gástrico es una condición rara que pone en peligro la vida del paciente si no se obtiene un pronto diagnóstico y se inicia tratamiento.<sup>1</sup> La incidencia y prevalencia del vólvulo gástrico no está claramente definida. En la población adulta, la máxima incidencia se obtiene en la quinta década de la vida.<sup>2</sup> Esta condición puede presentarse con obstrucción parcial o completa, la cual desencadena complicaciones como estrangulación, isquemia, necrosis o perforación, que generan alta prevalencia de mortalidad.<sup>3</sup>

**Correspondencia:** Karina Sato-Espinoza  
Tel.: +51 979729478  
Correo electrónico: karina.sato94@gmail.com

### Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 53 años, natural y precedente de Lima, de profesión contadora. La paciente tiene antecedentes en el 2007 de una histerectomía total; en el 2009, cirugía de la columna vertebral; en el 2013, tiroidectomía por cáncer de tiroides con posterior hipotiroidismo tratado con levotiroxina de 125 mg/día y una colecistectomía laparoscópica. Además, en el año 2016 se realizó una videoendoscopia alta (VEDA) que presentó signos de gastritis crónica y una videocolonoscopia normal.

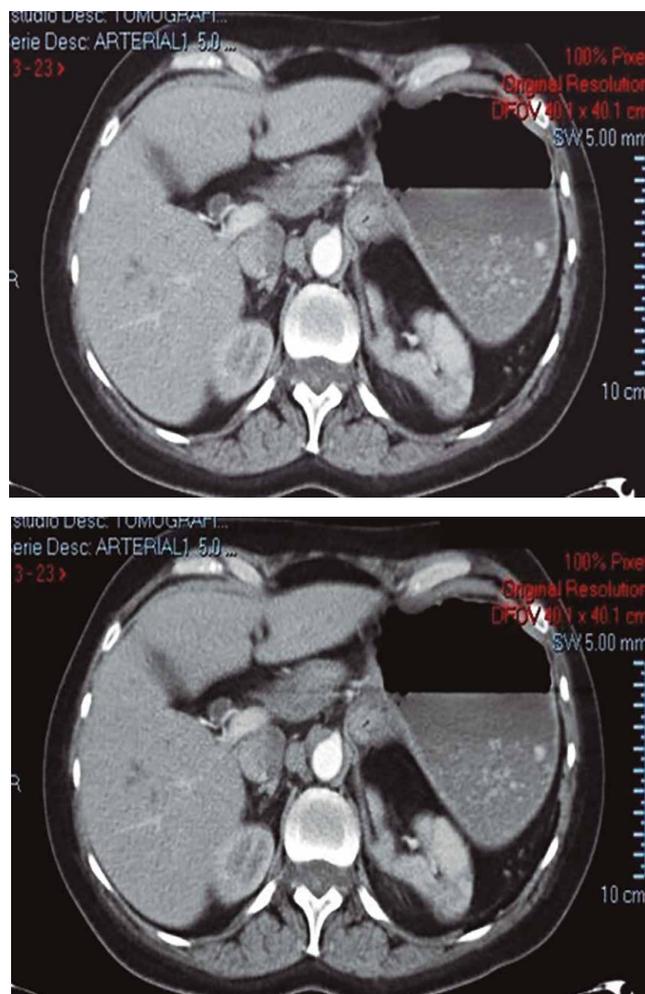
El paciente ingresa por emergencia con un tiempo de enfermedad de 8 días caracterizado por deposiciones líquidas, sin moco ni sangre, 5 días antes se agrega dolor abdominal tipo cólico en flanco izquierdo y 3 días antes presentó vómitos. Se hospitaliza con sospecha de una intoxicación alimentaria, por lo que se administra hidratación intravenosa y antibióticos. Al día siguiente presentó distensión abdominal progresiva y, a los 2 días además de aumento de la distensión se agrega descenso de la Hb de 10 g/dL a 7g/dL; se transfundió con 3 paquetes globulares, y se solicitó una tomografía espiral multicorte (TEM) de abdomen en la cual se observaron signos de vólvulo gástrico de tipo mesentérico axial asociado a escaso líquido laminar libre (Figuras 1 y 2).

Posterior al resultado de la TEM abdominal, se le coloca una sonda nasogástrica a gravedad y se le realiza una VEDA de urgencia para evaluación y posible devolvulación endoscópica. Durante la VEDA, se encuentra en cuerpo la torsión de la cámara gástrica sobre su eje que no permite el paso del equipo a segmentos más distales formando un *loop* marcado, por lo que se cambia de posición a la paciente y se progresa hasta la región antral con mucha dificultad (Figuras 3, 4, 5); al no encontrarse signos de isquemia de la mucosa, se traspone el píloro y se logra progresar hasta la segunda porción duodenal en donde se realiza una maniobra de remanque. Se evalúa nuevamente el cuerpo gástrico donde se evidencia la mucosa levemente eritematosa con distensibilidad adecuada de sus paredes y distribución adecuada de sus pliegues pos devolvulación (Figura 6).

A nivel de fondo gástrico se observa una pequeña úlcera de 5 mm con vaso visible, para lo cual se coloca un clip metálico (Figura 7). La paciente es dada de alta luego de 3 días, con tolerancia a la vía oral, una adecuada resolución del vólvulo y evaluación por cirugía, y seguiría el caso por consulta externa. Dos días luego del alta, pasa por consulta externa de gastroenterología y cirugía general, en donde se le pide un estudio contrastado de

estómago y duodeno a doble contraste, el cual no muestra alteraciones significativas (Figura 8). Cuatro meses después del primer episodio de vólvulo gástrico tipo mesentérico axial, tuvo un segundo episodio, por el cual ingresó por emergencia con abdomen agudo. Se procedió a tratarla en la sala de operaciones para ser desvolvulada quirúrgicamente, realizándole una incisión mediana infra y supraumbilical, con disección por planos hasta llegar a la cavidad abdominal donde se aspiró un líquido purulento. Se procedió a la liberación de adherencias y de la curvatura mayor del estómago. Se observó perforación con gran cantidad de líquido en la cara posterior del estómago, por lo que se realizó la resección parcial

**Figura 1 y 2.** Tomografía Espiral Multicorte (TEM) de abdomen en la que se observa interrupción de la luz de la cámara gástrica así como niveles en su interior y distensión de la luz proximal compatibles con vólvulo gástrico de tipo mesentérico axial asociado a escaso líquido libre laminar.



del estómago con sutura mecánica lineal y cierre del segundo plano con sutura polidioxonona 3/0. Además, se fijó el estómago en píloro, antro y cuerpo con sutura de prolene. Al finalizar la cirugía, se colocaron dos drenajes acanalados tipo *blake* y se procedió al cierre por planos abdominales.

**Figura 3, 4 y 5.** Endoscopia alta: a nivel de cuerpo se observa torsión de la cámara gástrica sobre su eje que no permite el paso del equipo a segmentos más distales formando un loop marcado, solo se consigue trasponer, progresar y llegar a antro gástrico con dificultad tras cambio de posición a decúbito dorsal.



**Figura 6.** Endoscopia alta: posterior a maniobra de devolvulación se evalúa nuevamente el cuerpo gástrico donde se evidencia la continuidad de los pliegues gástricos con mucosa levemente congestiva. Se aprecia distensibilidad adecuada de sus paredes y distribución adecuada de sus pliegues post devolvulación.



**Figura 7.** Endoscopia alta: a nivel de fondo gástrico se observa pequeña úlcera de 5mm con vaso visible para lo cual se colocó 01 clip metálico.



**Figura 8.** Estudio de estómago y duodeno a doble contraste post devolvulación, el cual no muestra alteraciones anatómicas significativas.



## Discusión

El vólvulo gástrico es una condición poco frecuente, que se produce por una torsión del eje longitudinal del estómago (órganoaxial) en los dos tercios de los casos, y en un tercio a lo largo de su eje vertical (mesenteroaxial), que es el caso anteriormente presentado. En el mesenteroaxial la rotación habitualmente es parcial, esto quiere decir  $< 180^\circ$ , es recidivante, se manifiesta con síntomas crónicos y no tiene un defecto diafragmático ni compromiso vascular.<sup>4</sup>

Se ha categorizado la etiología del vólvulo gástrico en primarias y secundarias. Las causas primarias se deben a la debilidad, atrofia y ruptura de los ligamentos gástricos; mientras que las causas secundarias se deben a una eventración diafragmática, a hernias paraesofágicas, úlceras gástricas, adherencias, carcinoma pancreático o de estómago, etc.<sup>5</sup>

De acuerdo con su presentación puede ser agudo, crónico, recurrente o intermitente.<sup>6</sup> En el caso presentado, nuestra paciente no tiene antecedente alguno conocido, por lo que se podría calificar como de tipo primario, y por la segunda presentación 4 meses después del primer episodio pasaría a ser considerado como recurrente.

La clínica más común asociada al vólvulo gástrico agudo, y que se presenta hasta en el 70% de los casos, es la triada de Borchardt, que se caracteriza por dolor y distensión abdominal agudo, vómitos seguidos con arcadas e incapacidad de vomitar y dificultad para la colocación de una sonda nasogástrica.<sup>1,7</sup>

Como podemos ver en el caso presentado, no se presentó con todos los síntomas clásicos, por lo que al inicio se pensó en una gastroenteritis infecciosa y posteriormente, gracias a los exámenes de imagen, se logró obtener un adecuado diagnóstico y posterior tratamiento. Esto nos lleva a discutir la importancia de tener una sospecha clínica de búsqueda y así disminuir las posibles complicaciones de esta entidad.

Además, en las presentaciones clínicas atípicas de casos raros es difícil tener sospecha clínica, por lo que es mejor centrarse en la aparición de distensión abdominal y hallazgos radiológicos que sí servirían para sospechar el vólvulo gástrico.<sup>10</sup>

En lo que respecta al tratamiento, aún no se ha llegado a un consenso de cuál es el mejor debido a las diferentes presentaciones clínicas de esta entidad.<sup>8</sup> Es adecuado pedir una TEM abdominal para demostrar la posición anormal del estómago, pero como no puede verse el grado de injuria de la mucosa gástrica, se recomienda una VEDA temprana para poder evaluar posibles isquemias.<sup>8</sup>

En el presente caso, se optó inicialmente por realizar una TEM abdominal que demostró signos de vólvulo gástrico de tipo mesentérico axial asociado a escaso líquido libre laminar; posteriormente se realizó una VEDA en la que no se apreció signos de isquemia, procediendo luego a la devolvulación gástrica como manejo inicial del cuadro.

La VEDA sirve como diagnóstico y tratamiento para la devolvulación usando la maniobra *alpha-loop*. Cabe resaltar que además debe realizarse confirmación de la devolvulación por vía radiográfica.<sup>8</sup> Posterior a la devolvulación, los síntomas se resuelven rápidamente, pero es recomendable realizar un tratamiento quirúrgico, por la alta prevalencia de recurrencia del vólvulo gástrico.<sup>9</sup>

Nuestra paciente tuvo la recurrencia del vólvulo gástrico a los 4 meses del alta, por lo que se procedió a realizar una gastropexia como tratamiento de elección definitivo.

**Agradecimientos.** Germán F. Alvarado.

**Conflicto de intereses.** Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

**Sostén financiero.** No se recibió apoyo financiero para la realización de este manuscrito.

## Referencias

- Gourgiotis S, Vougas V, Germanos S, Baratsis S. Acute gastric volvulus: diagnosis and management over 10 years. *Dig Surg* 2006; 23: 169-172.
- Talhouk AS, Sorin A. Small bowel herniation around an anterior gastropexy for a gastric volvulus: a case report. *Jcls* 2000; 4: 271-273.
- Altintoprak F, Yalkin O, Dikicier E, Kivilcim T, Arslan Y, Gunduz Y, Veli Ozkan O. A rare etiology of acute abdominal syndrome in adults: Gastric volvulus - Cases series. *Int J Surg Case Rep* 2014; 5: 731-734.
- Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. *Sabiston Textbook of Surgery E-Book*: Elsevier Health Sciences; 2016.
- Chen DP, Walayat S, Balouch IL, Martin DK, Lynch TJ. Abdominal pain with a twist: a rare presentation of acute gastric volvulus. *J Community Hosp Intern Med Perspect* 2017; 7: 325-328.
- Al Daoud F, Daswani GS, Perinjelil V, Nigam T. Acute Organoaxial gastric volvulus: A massive problem with a twist-case report. *Int J Surg Case Rep* 2017; 41: 366-369.
- Cardile AP, Heppner DS. Gastric volvulus, Borchardt's triad, and endoscopy: a rare twist. *Hawaii Med J* 2011; 70: 80-82.
- Zuiki T, Hosoya Y, Lefor AK, Tanaka H, Komatsubara T, Miyahara Y, Sanada Y, Ohki J, Sekiguchi C, Sata N. The management of gastric volvulus in elderly patients. *Int J Surg Case Rep* 2016; 29: 88-93.
- Al-Faraj D, Al-Haddad M, Al-Hadeedi O, Al-Subaie S. A case of acute mesentero-axial gastric volvulus in a patient with a diaphragmatic hernia: experience with a laparoscopic approach. *J Surg Case Rep* 2015; 2015: 1-4.
- Nadhem O, Salh O, Khasawneh F. Acute Gastric Volvulus and Atrial Fibrillation with RVR: A Coincidence or Association. *Case Report Crit Care* 2017; 2017: 9403601.