

# Vólvulo Gástrico Crónico: Modalidades de Presentación y Posibilidades Terapéuticas

Pirchi, Oscar\*; Scribano, Carlos W.; Ruiz, Victor; Veloso, Omar; Pirchi, E. Daniel;

## Introducción

El vólvulo gástrico es una alteración poco frecuente que ha sido descrita en la literatura médica hace mas de un siglo y que es recordada principalmente por su forma de presentación aguda, generalmente dramática y de diagnóstico relativamente fácil<sup>14,17</sup>. No obstante, sus formas crónicas son frecuentemente no reconocidas en fases tempranas debido a su asociación a sintomatología vaga y no específica, sugestivas de otras patologías abdominales<sup>5</sup>. Los vólvulos gástricos crónicos tienen además múltiples posibilidades de tratamiento, tanto médicas como quirúrgicas sin conclusiones exactas sobre las ventajas de unas sobre otras<sup>2,9-12,15-17,19,20</sup>.

Presentamos nuestra experiencia en 5 casos de vólvulo gástrico crónico diferenciando sus modalidades clínico-radiológicas de presentación y planteando un esquema de tratamiento basado en éstas.

## Material Y Método

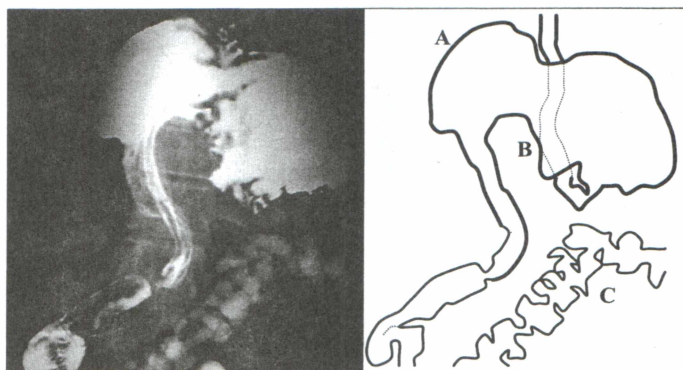
Se realizó una investigación retrospectiva de cinco casos de vólvulo gástrico crónico en una experiencia personal durante el período comprendido entre los años 1987 y 1998. En cada caso se registró edad, sexo, presentación clínica, estudios complementarios, tratamientos indicados y evolución.

Se definió al paciente como portador de vólvulo gástrico crónico cuando, ante la presencia de sintomatología compatible (dispepsia, epigastralgia, náuseas, etc.) de más de un año de evolución, se demostrara la torsión del órgano alrededor de alguno de sus ejes mediante estudio de radiografía seriada esofagogastroduodenal (Rx SEGD) constatando su posible asociación a patología predisponente (hernia hiatal, estenosis pilórica, etc.) mediante dichas imágenes o de hallazgos de estudios endoscópicos (fibroendoscopia digestiva alta). La clasificación del tipo de vólvulo se realizó basándose en las imágenes obtenidas.

## Resultados

Los cinco casos hallados en el citado período, por orden de presentación (el primero en 1987, el último en 1998), fueron:

**Caso Nº 1:** Masculino, 62 años; refiere epigastralgias esporádicas de aproximadamente tres años de evolución, quien presenta un progresivo aumento de su sintomatología en el último año. No refiere acidez, pirosis ni reflujo. Se realiza Rx SEGD (figura Nº1) que demuestra la presencia de un **vólvulo organoaxial asociado a gran hernia hiatal**. El estudio endoscópico confirma la presencia del vólvulo y su asociación a hernia hiatal tipo III (mixta por deslizamiento y paraesofágica). Se realiza tratamiento quirúrgico: reducción del saco, funduplicatura de Nissen y cierre del orificio herniario. Presentó buena evolución con disfagia leve durante el primer año postoperatorio con buena respuesta a dilatación endoscópica.



**Figura Nº 1:** Caso Nº 1. Vólvulo gástrico organoaxial asociado a gran hernia hiatal. Obsérvese el desplazamiento total del estómago hacia arriba quedando expuesta su cara posterior; denótese que la curvatura mayor (A) queda ahora por arriba de la menor (B) produciéndose la tracción concomitante del colon transverso (C) hacia arriba.

**Caso Nº 2:** Femenino, 49 años; presenta dispepsia hipoténica de aproximadamente 10 años de evolución con estudios ecográficos que descartaron patología vesicular. En Rx SEGD se detecta **vólvulo mesenteroaxial parcial anterior** (píloro y región prepilórica por delante del cuerpo gástrico). Se indicó dieta fraccionada de bajo volumen evolucionando con desaparición de la sintomatología. Estudio endoscópico posterior no reveló persistencia del vólvulo ni de patología asociada.

**Caso Nº3:** Masculino, 46 años; con antecedentes de epigastralgias esporádicas de aparición brusca de 5 años de

\* Jefe de la Cátedra V de Cirugía – Fac. de Medicina - UNNE



evolución y hallazgo endoscópico de úlcera prepilórica. Recibió tratamiento con antagonistas H2 con mejoría transitoria y presentó reaparición de los síntomas en el último año. La Rx SEGD demostró **vólvulo organoaxial** que fue confirmado en el estudio endoscópico detectando además gastritis antral y estenosis pilórica franqueable con dificultad. Se realizó tratamiento quirúrgico: gastrectomía parcial más vagotomía selectiva. Tuvo buena evolución postoperatoria.

**Caso N° 4:** Femenino, 66 años, sobrepeso; refiere distensión epigástrica y náuseas asociados a las ingestas, de 3 años de evolución con intensificación en los últimos meses por lo que es referida a nuestro centro. La Rx SEGD (figura N°2) presenta **vólvulo mesenteroaxial parcial posterior** (el cuerpo gástrico asciende por detrás del fondo). La paciente

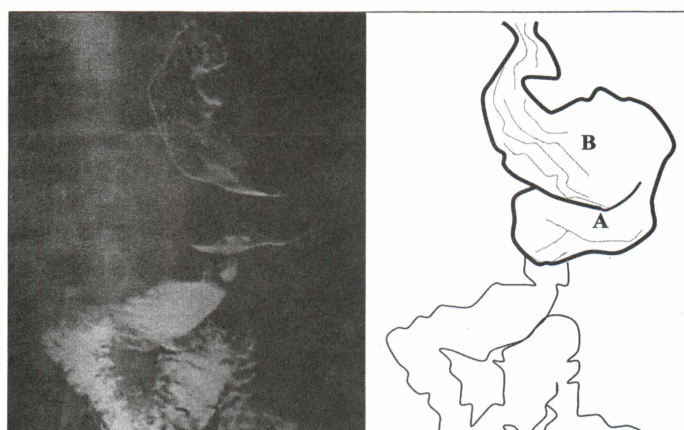


Figura N°2: Caso N° 4. Vólvulo gástrico mesenteroaxial parcial tipo "posterior". El antro gástrico (A) ha ascendido por detrás del fondo (B) que ahora deja expuesta su cara posterior.

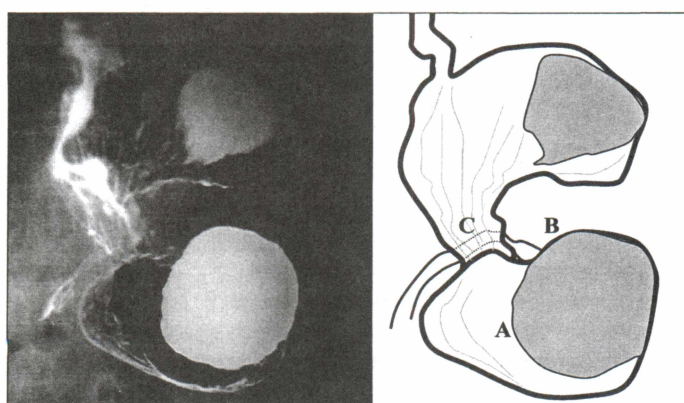


Figura N°3: Caso N° 5. Vólvulo gástrico mesenteroaxial parcial tipo "anterior". Obsérvese el desplazamiento del antro gástrico (A) y movilización del píloro (B) hacia la izquierda mediante la torsión del cuerpo (C).

rehusó procedimientos endoscópicos o quirúrgicos. Se indicó tratamiento higiénico-dietético con remisión de la signosintomatología a episodios aislados de distensión leve.

**Caso N° 5:** Femenino, 68 años; consulta por dispepsia hiposténica, dolor epigástrico inespecífico y náuseas postprandiales de 2 años de evolución. La Rx SEGD (figura N°3) demuestra **vólvulo mesenteroaxial parcial anterior** (antro y píloro rotados a la izquierda) y endoscopia que constata arremolinamiento de pliegues gástricos a 15 cms del cardias. Presentó buena evolución con tratamiento dietético sin reaparición de los síntomas.

## Discusión

Las primeras descripciones de vólvulo gástrico se atribuyen a Ambrose Paré<sup>5</sup> en 1579 y a Berti<sup>4</sup> en 1866. Fue Berg<sup>3</sup> en 1896 quien realiza la primera intervención quirúrgica en un caso agudo y el cuadro radiológico fue enunciado por Rosselet<sup>13</sup> en 1920. Dada su baja frecuencia, hacia 1952 solo habían 150 casos publicados<sup>7</sup> pero con los avances en los estudios digestivos superiores esta patología se ha informado con mayor frecuencia<sup>19</sup>.

Los vólvulos gástricos pueden clasificarse de acuerdo a varios parámetros:

- **Según la extensión del estómago comprometida:** puede ser total (completo) o parcial (incompleto).

- **De acuerdo al eje de torsión:** Si ocurre sobre el eje longitudinal del órgano (el estómago gira desplazando su curvatura mayor hacia la derecha de la menor) se denomina **organoaxial**, generalmente completos, como se observa en la figura N°4 (A). Si se da sobre su eje transversal (el antro gira sobre el cuerpo-fundus) se denomina **mesenteroaxial**, con compromiso parcial; estos últimos a su vez pueden ser **anteriores** (el píloro gira hacia la izquierda por delante del antro) representado en la figura N°4 (B), o **posteriores** (el antro asciende por detrás del cuerpo-fundus) tal como se muestra

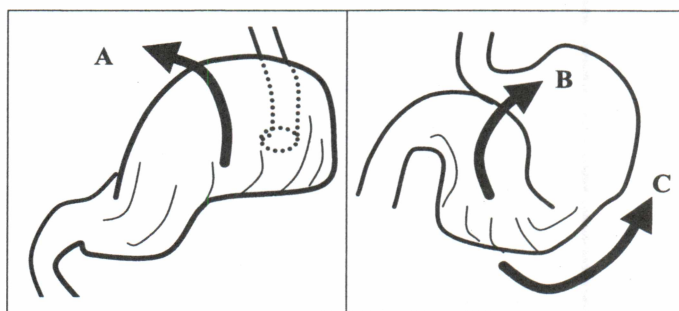


Figura N°4: Mecanismo de torsión de los vólvulos. En A se observa el desplazamiento de la curvatura mayor hacia la derecha de la menor en los organoaxiales. A la derecha se representa el mecanismo de los mesenteroaxiales, girando el píloro y antro sobre el cuerpo (B) en los anteriores y ascendiendo el antro por detrás del cuerpo (C) en los posteriores.



en la figura N°4 (C), de extrema rareza<sup>19</sup>. Por último, pueden también existir combinaciones por torsiones en varios ejes. Se ha descrito que aproximadamente el 60% de los casos son organoaxiales, un 30% mesenteroaxiales y un 10% mixtos<sup>19</sup>.

- **Según su etiología:** se dividen en **primarios** (o idiopáticos)<sup>20</sup> y **secundarios** cuando se asocian a factores predisponentes tales como hernias hiatales, eventraciones diafragmáticas, úlceras gástricas, tumores gástricos benignos, laxitud ligamentaria (síndrome de Ehlers-Danlos), etc.

- **De acuerdo a su forma clínica de presentación:** pueden ser agudos o crónicos. Los **agudos** son debidos generalmente a vólvulos organoaxiales que, al producir obstrucción completa, ofrecen clínica de dolor intenso, arcadas (e imposibilidad de progresar la sonda nasogástrica) y constituyen una verdadera urgencia quirúrgica por el peligro de estrangulación. Los **crónicos** son debidos tanto a formas mesenteroaxiales como organoaxiales, y se manifiestan por sintomatología poco específica (epigastralgiyas esporádicas, pirosis, dispepsia, náuseas, etc)<sup>5</sup> generalmente luego de grandes ingestas<sup>19</sup>. Finalmente, algunos describen una tercer forma clínica o **intermitente** caracterizada por crisis de dolor epigástrico de desaparición espontánea.

De todos estos tipos, dentro de su infrecuencia, predominan en la literatura los crónicos, debido quizás a la incorporación de un significativo número de casos asintomáticos descubiertos como hallazgos radiográficos. A su vez, cada vez son menos los idiopáticos y, en los secundarios, mas de un tercio de los factores predisponentes hallados se deben a defectos diafragmáticos<sup>17</sup>; no obstante, la lista de estos factores es cada vez mayor, incluyéndose también causas congénitas extradiafragmáticas<sup>18</sup> e incluso iatrógenas luego de gastrostomías<sup>1</sup> o postcirugía de atresia esofágica<sup>6</sup> o de vagotomías superselectivas<sup>8</sup>.

Como ya hemos señalado, las formas crónicas representan un desafío diagnóstico dado la frecuente subestimación del cuadro si no se estuviera alerta a esta posibilidad llevándolo a diagnósticos tardíos. Además existe controversia en la terapéutica a elegir pues, a diferencia de los casos agudos donde la resolución es eminentemente quirúrgica, las presentaciones crónicas disponen de múltiples posibilidades terapéuticas y poca predisposición del paciente a estudios y/o tratamientos agresivos. Existe consenso sobre la indicación del tratamiento quirúrgico en presencia de factores predisponentes que requieran del mismo; por el contrario, para el grupo restante de pacientes crónicos, se describen desde el tratamiento sintomático con dieta fraccionada hasta el quirúrgico y dentro de este último, desde la simple gastropexia (fijación del estómago a la pared anterior) hasta diferentes tipos de gastrectomía<sup>2,9,10,11,12,15,16,20</sup>.

Nuestra serie presenta 5 vólvulos gástricos crónicos, 2 organoaxiales y 3 mesenteroaxiales. Llama la atención la presencia de una forma posterior de estos últimos, considerado de muy baja incidencia en la literatura. Dos casos (los organoaxiales)

presentaron factores predisponentes claramente evidenciables (una hernia hiatal y una úlcera gástrica) y que fueron la causa de la indicación de cirugía. Todos los otros tuvieron franca mejoría con el tratamiento higiénico-dietético demostrando nuestra tendencia al manejo conservador.

El análisis de estos resultados señalan dos temas a reflexionar.

Por un lado, si bien se trata de una serie limitada de casos, los mismos revelan una importante incidencia para una experiencia particular ante una patología de tan baja frecuencia. Además, este grupo logró representar a cada subtipo de vólvulos crónicos, incluso a los mesenteroaxiales posteriores. Por esto, dada la evolución clínica revisada, creemos que la conformación de un subgrupo de "intermitentes" (2 en nuestra serie), diferenciándolos de los "crónicos", carece de valor práctico pues ambos subgrupos presentan similar comportamiento clínico y de indicaciones terapéuticas.

Por otro lado, cabe señalar que en los casos sin factores predisponentes hallamos que el tratamiento conservador obtuvo un control eficaz de la signosintomatología. De este modo, no encontramos en nuestra experiencia una justificación al tratamiento quirúrgico de estos casos. Quedaría como interrogante a resolver la posible utilidad de nuevos procedimientos poco agresivos como ser la gastrostomía endoscópico-percutánea (GEP)<sup>17,18</sup> y la gastropexia laparoscópica (GL)<sup>2,9,10,12,15</sup>, ambas objeto de recientes publicaciones con buenos resultados iniciales. Los casos de edad avanzada podrían beneficiarse de la GEP y los casos sin resolución con el tratamiento conservador tendrían solución en la GL. No obstante, faltarán estudios comparativos que reafirmen esta conducta, algo difícil de lograr dada la baja incidencia de casos.

## Conclusiones

Los vólvulos gástricos crónicos son una entidad en frecuencia creciente y que requieren una alerta especial para su identificación temprana. Creemos que la subdivisión en "intermitentes" carece de valor práctico.

El hallazgo de factores predisponentes reparables por cirugía constituyen la única indicación quirúrgica clara. Por el contrario, los casos restantes pueden ser manejados eficazmente con tratamiento médico o con la GEP o la GL en casos seleccionados.

## Resumen

El vólvulo gástrico crónico es una entidad de baja frecuencia y generalmente no diagnosticada en forma temprana dada la sintomatología poco específica que presenta.

Se realizó un análisis de 5 casos, 2 organoaxiales y 3 mesenteroaxiales. Los dos primeros se asociaron a factores predisponentes que requirieron cirugía; los restantes tuvieron buena evolución con tratamiento médico. Se analizan las diferentes modalidades de presentación y sus posibilidades de tratamiento.

## Bibliografía:

1. ALAWADI, A y col. Gastric volvulus—a late complication of gastrostomy. *Can J Surg* 1991. 34: 485.
2. ALLAM, M; PISKUN, G; FOGLER, R. Laparoscopic treatment of gastric volvulus: a case report. *J Laparoendosc Surg* 1997. 7: 121.
3. BERG, J. Zwei fälle von Axendrehung des Magens; Operation; Heilung. *Nord Med Ark* 1897. 30: 1.
4. BERTI, A. Singolare attortigliamento dell' esofago col duodeno seguita da rapida morte. *Gaz Med Ital* 1866. 9: 139.
5. COZART, JC; CLOUSE, RE. Gastric volvulus as a cause of intermittent dysphagia. *Dig Dis Sci* 1998. 43: 1057.
6. CHAN, KL; SAING, H. Iatrogenic gastric volvulus during transposition for esophageal atresia: diagnosis and treatment. *J Pediatr Surg* 1996. 31: 229.
7. DALGAARD, JB. Volvulus of the stomach: case report and survey. *Acta Chir Scand* 1952. 103: 131.
8. KAUSHIK, SP. Gastric volvulus following highly selective vagotomy: a case report. *Br J Surg* 1979. 66: 574.
9. KOGER, KE; STONE, JM. Laparoscopic reduction of acute gastric volvulus. *Am Surg* 1993. 59: 325.
10. KUWANO, H y col. Laparoscopic repair of a paraesophageal hiatal hernia with gastric volvulus. *Hepatogastroenterology* 1998. 45: 303.
11. NEWMAN, R y col. A combined laparoscopic and endoscopic approach to acute primary gastric volvulus. *J Laparoendosc Surg* 1997. 7: 177.
12. ODAKA, A y col. Laparoscopic gastropexy for acute gastric volvulus: a case report. *J Pediatr Surg* 1999. 34: 477.
13. ROSSELET, DJ. Contribution a l'etude du volvulus de l'estomac. *J Radiol Electrol* 1920. 4: 341.
14. SCHAEFER, DC y col. Gastric volvulus: an old disease process with some new twists. *Gastroenterologist* 1991. 5: 41.
15. SIU, WT; LEONG, HT; LI, MK. Laparoscopic gastropexy for chronic gastric volvulus. *Surg Endosc* 1998. 12: 1356.
16. TANNER, NC. Chronic and recurrent volvulus of the stomach with late results of colonic displacement. *Am J Surg* 1968. 115: 505.
17. TSANG, TK y col. Use of single percutaneous endoscopic gastrostomy in management of gastric volvulus in three patients. *Dig Dis Sci* 1998. 43: 2659.
18. UC, A y col. Gastric volvulus and wandering spleen. *Am J Gastroenterol* 1998. 93: 1146.
19. WASTELL, C; ELLIS, H. Volvulus of the stomach: a review with a report of 8 cases. *Br J Surg* 1971. 58: 557.
20. WILLISHER, PC y col. Idiopathic chronic gastric volvulus. *Aust NZ J Surg (Australian & New Zealand Journal of Surgery)*, 1996. 66: 647.