

Vólvulo gástrico como causa de abdomen agudo quirúrgico en un preescolar

O. Melin-Herrera, A. Flores-Plascencia, A.T. Jaimes-Torres, E.A. Sánchez-Valdivieso

Departamento de Cirugía. Hospital de Alta Especialidad de Veracruz, Secretaría de Salud. Veracruz, Ver., México

RESUMEN

Introducción. El vólvulo gástrico es una entidad rara en la población pediátrica.

Caso Clínico. Reportamos aquí un caso en un paciente de 5 años de edad.

Comentarios. Por su rareza, requiere de un alto grado de sospecha por parte del clínico, lo que hace que generalmente se diagnostique muy tardíamente, lo que incrementa la mortalidad.

PALABRAS CLAVE: Vólvulo; Estómago; Preescolar.

GASTRIC VOLVULUS AS A CAUSE OF ACUTE ABDOMEN IN A PRE-SCHOOL CHILD

ABSTRACT

Introduction. Gastric volvulus is rare in the pediatric population.

Case. We report here a case of a patient of 5 years of age.

Comments. For its rarity, it requires a high degree of suspicion by the clinician, making it generally diagnosed very late which increases mortality.

KEY WORDS: Stomach; Volvulus; Pre-school boy.

INTRODUCCIÓN

El vólvulo gástrico (VG) es la rotación del estómago con más de 180 grados de torsión, condicionando obstrucción e isquemia. El primer caso de VG fue documentado por Berti en 1866, en la autopsia de un hombre de 61 años⁽¹⁾. Consiste en una rotación anormal de parte o todo el estómago, generando obstrucción parcial (crónica) o total (aguda). Para el diagnóstico se requiere un alto grado de sospecha; uno de los

signos clásicos es la imposibilidad de introducir eficazmente y/o progresar la sonda nasogástrica; por su rareza, esta alteración generalmente se diagnostica muy tardíamente, lo que incrementa la mortalidad hasta el 30 al 50%⁽¹⁾. El VG es una entidad rara en la población pediátrica ya que solo se han publicado poco más de dos centenares de casos agudos en menores de 12 años⁽²⁾. Publicamos aquí un caso en un preescolar.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 5 años de edad que inicia, el día previo a su ingreso, con deposiciones de consistencia blanda, hiporexia y dolor en hipogastrio con irradiación a fosa ilíaca derecha, de intensidad moderada. Vómitos de contenido alimentario en 6 ocasiones, sin respuesta al tratamiento. Ingresa por presentar vómitos, distensión y dolor abdominal.

A la palpación superficial y profunda, presenta dolor generalizado. La peristalsis está ausente.

En la analítica sanguínea a su ingreso existía hipotatemia grave (2,0 mEq/L), hiperglucemia (225 mg/dl) y leucocitosis (21,380/dl). En la radiografía simple de abdomen se evidencia una gastromegalia hasta la pelvis (Fig. 1). Se coloca sonda nasogástrica, obteniéndose 1 L de contenido gástrico.

Se indica reposición de líquidos y electrolitos, así como observación.

En las radiografías de control persiste la gastromegalia, pese a la descompresión (Fig. 2, A y B). Permanece en el Servicio de Urgencias durante 6 horas después de su ingreso hasta que se solicita la valoración por Cirugía y se decide la intervención quirúrgica, con el hallazgo de vólvulo gástrico órgano-axial, con zonas de isquemia que se recuperan, bazo sin medios de fijación, rotación gástrica de 180 grados sobre su eje, obstruyendo a nivel pilórico. Se realiza fundupexia a diafragma y curvatura mayor a peritoneo parietal: se fijó el fundus gástrico mediante 3 puntos simples de sutura interrumpida con Prolene® 2/0 a pars muscular de hemidiafragma izquierdo; después se procedió a fijar la curvatura mayor del estómago, por encima de los vasos cortos, al peritoneo parietal

Correspondencia: Dr. Enrique A. Sánchez-Valdivieso. Hospital de Alta Especialidad de Veracruz, Av. 20 de Noviembre, 1074, Col. Centro. 91700, Veracruz, Ver., México.
E-mail: easanchezv@gmail.com

Recibido: Agosto 2015

Aceptado: Noviembre 2015



Figura 1. Radiografía simple del abdomen en decúbito en donde se puede apreciar la gran dilatación gástrica.

con 5 puntos de sutura interrumpida con el mismo Prolene® 2/0. Evolución postoperatoria correcta, es dado de alta a los 8 días del ingreso

COMENTARIOS

En población pediátrica, el VG es una entidad rara, de prevalencia e incidencia desconocidas, con poco más de dos centenares de casos agudos documentados en la literatura^(2,3). Existen 2 tipos de VG: el mesentero-axial, en el cual la rotación gástrica es sobre su eje transversal, como el caso publicado por Solórzano y cols.⁽⁴⁾, y el más común en adultos, el organoaxial (60% de los casos), en el cual el eje de rotación gástrico es longitudinal⁽⁵⁾; también se describe, en un porcentaje menor, un VG de presentación mixta. El órgano-axial es rara vez reportado en niños. Los factores predisponentes son el exceso de longitud del estómago y la laxitud de sus ligamentos. Otras situaciones causales incluyen hernias hia- tales y masas u organomegalias que distorsionen el estómago por compresión. Otra forma de presentación es la presencia de VG acompañado de un bazo errante debido al desarrollo anormal de los medios de fijación peritoneales del bazo, como fue nuestro caso, siendo la gastropexia el tratamiento de elección⁽⁶⁾.

Se puede presentar como una emergencia quirúrgica o con síntomas crónicos intermitentes⁽⁷⁾. El VG crónico se caracteriza por historia de vómitos en el niño y se diagnostica con estudios radiológicos con contraste⁽⁸⁾. En el VG crónico se puede intentar un manejo conservador; sin embargo, ante la recurrencia de síntomas, se debe realizar la gastropexia⁽⁹⁾. En cambio, el VG agudo requiere una intervención quirúrgica



Figura 2. A) Radiografía simple de abdomen de pie. B) Radiografía simple en decúbito, en donde se evidencia la localización de la sonda dentro de la cavidad gástrica.

urgente después de la estabilización del paciente, encontrando como síntomas principales el dolor abdominal y vómitos, presencia de distensión en abdomen superior y, radiológicamente, se evidencia la dilatación gástrica⁽²⁾. El diagnóstico es clínico y radiológico; se confirma con estudios baritados, los cuales demuestran las alteraciones anatómicas y las obstrucciones. El diagnóstico oportuno evita las complicaciones, como la isquemia y la perforación gástrica^(2,10), que pueden llevar a la muerte⁽¹¹⁾.

La gastropexia se ha propuesto como el tratamiento definitivo⁽¹²⁾. Es necesario un alto índice de sospecha para considerar esta entidad dentro del diagnóstico diferencial, aun en edades pediátricas⁽¹³⁾, para conseguir disminuir la morbi-mortalidad secundaria al retraso en el tratamiento.

Si bien el vólvulo gástrico es una entidad poco frecuente en pediatría, se debe sospechar esta entidad en todo niño con dolor abdominal y náuseas⁽¹³⁾ que presente signos obstructivos del tracto gastrointestinal superior en la radiografía simple.

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses relacionados con esta investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rashid F, Thangarajah T, Mulvey D, Larvin M, Iftikhar SY. A Review article on gastric volvulus: A challenge to diagnosis and management. *Int J Surg.* 2010; 8: 18-24.
2. Cribbs RK, Gow KW, Wulkan ML. Gastric volvulus in infants and children. *Pediatrics.* 2008; 4: e752-e762.
3. Su CY, Chang WH, Huang JL, Yao TC. Gastric volvulus manifesting as infantile wheezing. *Ped Emerg Care.* 2011; 27: 737-9.
4. Solórzano J, Acosta D, Morales H, Vásquez F, Mora G, Chávez M, et al. Vólvulo gástrico. Presentación de un caso. *Cir Pediatr.* 2006; 19: 247-9.
5. Marion Y, Rod J, Dupont-Lucas C, Le Rochais JP, Petit T, Ravasse P. Acute gastric volvulus: An unreported long-term complication of pericardial drainage. *J Ped Surg.* 2012; 47: E5-E7.
6. Gupta J, Sharma N, Devkaran B, Gupta A. Acute gastric volvulus with torsion wandering spleen: A rare surgical emergency. *Saudi Surg J.* 2013; 1: 53-6.
7. Kayastha K, Sheikh A. Acute gastric volvulus secondary to malrotation of gut in a child with cerebral palsy. *Case Report. APSP J Case Rep.* 2011; 2: 12.
8. Porcaro F, Mattioli G, Romano C. Pediatric gastric volvulus: Diagnostic and clinical approach. *Case Report Gastroenterol.* 2013; 7: 63-8.
9. Oh SK, Han BK, Levin TL, Murphy R, Blitman NM, Ramos C. Gastric volvulus in children: the twist and turns of an unusual entity. *Pediatr Radiol.* 2008; 38: 297-304.
10. Oh A, Gulati G, Sherman ML, Golub R, Kutin N. Bilateral eventration of the diaphragm with perforated gastric volvulus in an adolescent. *J Pediatr Surg.* 2000; 35: 1824-6.
11. Kozawa S, Murakami T, Kakizaki E, Ikemura M, Nakagawa Y, Kiyofuji Y, Ikematsu K, Nata M. Autopsy findings for a case of acute gastric volvulus in a child. *Leg Med (Tokyo).* 2015; 17: 351-4.
12. Al-Malki T, Kumar N. Chronic organo-axial gastric volvulus in infancy and Childhood: Diagnosis and surgical management. *Ann Ped Surg.* 2009; 5: 161-5.
13. Tillman BW, Merritt NH, Emmerton-Coughlin H, Mehrotra S, Zwiép T, Lim R. Acute gastric volvulus in a six-year-old: a case report and review of the literature. *J Emerg Med.* 2014; 46: 191-6.