



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

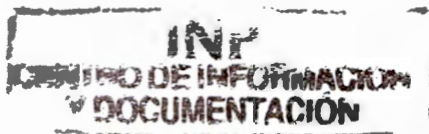
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA SECRETARIA DE SALUD

**VOLVULO GASTRICO
INFORME DE UN CASO
Y REVISION DE LA LITERATURA**

**TRABAJO DE TESIS
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:
CIRUGIA PEDIATRICA**

PRESENTA:
DRA. MARIA GORETTY CABRERA TOVAR

TUTOR DE TESIS
DR. HECTOR DAVID TEJEDA TAPIA



MEXICO, D.F.

OCTUBRE 2009

**VOLVULO GASTRICO. INFORME DE UN CASO
REVISION DE LA LITERATURA**

**DR JOSÉ N. REYNES MANZUR
DIRECTOR DE ENSEÑANZA**

**DRA. MIRELLA VAZQUEZ RIVERA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PRE Y POSTGRADO**

**PROFESOR TITULAR
DR. JORGE MAZA VALLEJOS**

**TUTOR DE TESIS
DR. HECTOR DAVID TEJEDA TAPIA**



AGRADECIMIENTOS.

A Dios por darme las fuerzas de seguir en este camino tan difícil, pero tan reconfortante.

A MIS PADRES. Por estar siempre en los momentos mas difíciles de mi vida. Y darme todo su amor y cariño incondicional.

A MIS HERMANOS. Por todo el apoyo incondicional, en todo momento. Gracias, Chavo, Luisito y Ale.

A MIS PROFESORES. Quienes dieron a mi formación de cirujano pediatra toda la ayuda tanto profesional como personal.

A MIS COMPAÑEROS. Por los momentos que pasamos juntos, y que con ellos, aprendí a ser mejor.

INDICE



| | |
|----------------------|----|
| RESUMEN..... | 1 |
| ABSTRACT..... | 2 |
| INTRODUCCION..... | 3 |
| REPORTE DE CASO..... | 4 |
| DISCUSION..... | 7 |
| CONCLUSIONES..... | 9 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 10 |
| PIES DE PAGINA..... | 12 |

VOLVULUS GASTRICO INFORME DE UN CASO.

Cabrera TMG, Renedo RJL, Tejeda THD Acta Pediatr Mex 2009; 30(3):163-166

Cabrera Tovar Ma Goretty*, Renedo José Luis**, Tejeda Tapia Héctor David***

Instituto Nacional de Pediatría.

* Dra. María Goretty Cabrera Tovar R3 cirugía pediátrica INP

** Dr. José Luis Renedo. R2Cirugía pediátrica. INP**

*** Dr. Hector David Tejeda Tapia. Médico cirujano de tórax pediatra. INP

RESUMEN

Antecedentes:

El volvulus gástrico es una entidad poco frecuente en la edad pediátrica.

Objetivo:

Informar un caso de volvulus gástrico

Método:

Se revisó el caso de una paciente de 4 años de edad, previamente sano, con Dx de sospecha volvulus gástrico por triada de Borchardt y la se revisó la literatura medica actual en bases de datos como artemisa, pubmed, Mdconsult, ovid, cochrane.

Resultados:

Se informa de una paciente con diagnóstico de vólvulo gástrico con sintomatología

clásica de volvulus gástrico integrándose el diagnóstico a través de estudios de gabinete,

con lo que se le realizó tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: el vólvulo gástrico es una patología de baja frecuencia. El tratamiento es quirúrgico. La intervención del equipo médico de forma oportuna, mejora el pronóstico de estos pacientes, ya que una intervención oportuna permite que la pérdida de la irrigación gástrica no llegue a ser fatal, ya que se puede estrangular, o perforar el estomago, o haber compromiso hasta del esófago por pérdida de la irrigación a ese nivel de forma secundaria, la literatura describe necesidad de gastrectomías y sustituciones esofágicas por esta patología.

Palabras clave: Vólvulo gástrico, hernia paraesofágica, pediátrica

ABSTRACT

Background:

Gastric volvulus is a rare entity, only 15-20% of the cases occur in this age group. There are reports in children from day one of life up to 15 years old.

Objective:

The aim of this paper is to present a rare case of gastric volvulus in a child, and review of the literature

Methods:

We report the case of a 8 year old patient who developed a gastric volvulus in the consult of the pediatrician.

Results:

The clinical features of an 8 years old masculine and the surgical treatment were reviewed with a good outcome in one year and a half of follow up.

Conclusions: Gastric volvulus is rare. Surgical intervention is indicated.

Key words: Gastric volvulus. paraesophagic hernia, pediatric

INTRODUCCION

El volvulus gástrico es una entidad grave, que pone en peligro la vida. Es el resultado del compromiso, de la irrigación sanguínea al estomago por una obstrucción parcial o completa por una rotación de más de 180 grados del estomago, por diversas causas, que conlleva a distensión y necrosis del estomago dependiendo del tiempo de evolución.

El primer informe de vólulus gástrico fue en 1579 por Paré (1,2), desde entonces se han informado 350 casos en la literatura. En 1866 Berti llevó a cabo la primera descripción detallada, pero la mayoría de los casos fueron adultos. Hasta 1994 una revisión de la literatura informaba 116 casos en niños. (3)La incidencia no se conoce claramente, por ser una patología rara. Se reporta de un 15 a 20% de los casos en población pediátrica. El pico de incidencia es en la quinta década de la vida

REPORTE DE CASO #1.

Paciente masculino de 4 años de edad, previamente sano. Inició con dolor abdominal en epigastrio, relacionado con arqueo, incapacidad para vomitar pero con vomito de constante de saliva. A la exploración física paciente pálido, conciente tranquilo, pero súbitamente presenta palidez extrema, somnolencia, datos de choque, pulsos filiformes, y sobresalen FC 120x' FR 26x' TA 70/60 T 36.6'C Peso 16kg, distensión gástrica, dolor a la palpación media, masa fija, timpanismo en epigastrio, ruidos intestinales normales, resto de exploración sin alteraciones a excepción de datos de choque somnolencia, hipotensión, pulsos filiformes, débiles, por lo que se reanima y sigue abordaje.

Fig #1 Rx simple de abdomen.



Fig #1: Rx simples de abdomen, muestra importante gastromegalia, presencia de sonda en cámara gástrica, ausencia de aire en duodeno. Mala distribución de aire intestinal.

Se decide pasar medio de contraste hidrosoluble, el cual no pasa de estomago.



Fig 2 Rx AP de abdomen con medio de contraste, donde se aprecia que persiste la gastromegalia, y no hay paso de medio de contraste de cavidad gástrica a intestino.

Fig #3. Rx lat de abdomen con medio de contraste.

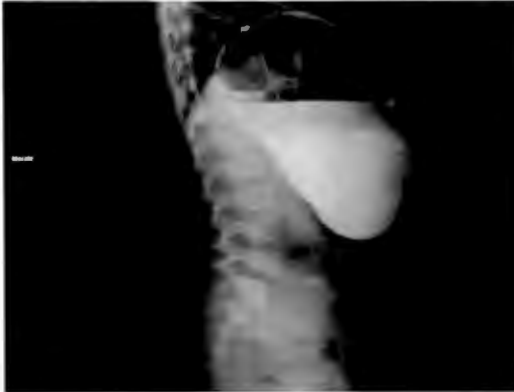


Fig #3: Rx lat de abdomen, muestra gastromegalia persistente, presencia de sonda en cámara gástrica, y no hay paso de medio de contraste a duodeno.

Se decide pasar a quirófano. Dx prequirúrgico: Volvulus gástrico.

Se realizó laparotomía por incisión media supraumbilical, se identificó de inmediato presencia de distensión gástrica, y observamos el volvulus mesentericoaxial., que ocasionó el Cuadro clínico. Fig 4 y 5

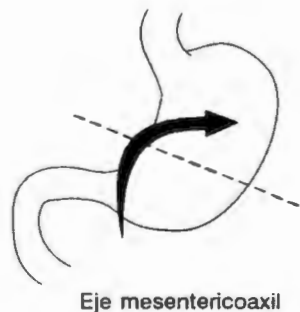
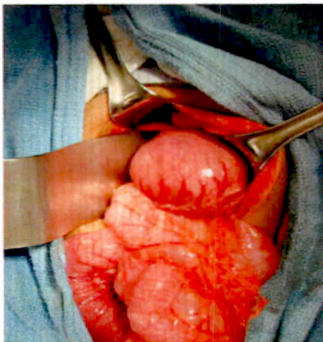


Fig #4. Fotografía de cirugía, con gran distensión gástrica y con eje mesentericoaxial rotado. Fig #5. Dibujo de volvulus encontrado en la cirugía.

Revisamos integridad de diafragma, anatomía de hiato, ligamentos gástricos, obstrucciones a nivel pilórico o duodenal, vasos cortos, bazo, y al no encontrar una explicación anatómica que corregir, se procede a realizar gastrostomía tipo Stamm. Técnica de gastrostomía tipo Stamm: Con pinzas Babcock, se levanta la pared anterior del estomago aproximadamente a 6 cm de unión gastroduodenal en oposición de la "pata de ganso" .Se continua con jareta de ethibond 2-0 para realizar doble jareta a manera de bolsa de tabaco, se realiza una incisión por transfixión muy pequeña hasta perforar la mucosa gástrica e introducir la sonda Foley no. 14, se infla el globo, se invagina la doble jareta y se dan punto en cuadrantes a la pared del abdomen para fijar la gastrostomía a dos traveses de dedo de la línea media y a dos traveses de dedo del reborde costal. Se cierra pared abdominal por planos y se da por terminado el procedimiento. Se da por terminado el acto quirúrgico, sin complicaciones.

DISCUSION:

El volvulus gástrico se define como una rotación anormal de una parte del estomago sobre otra(1,7); El estomago se evita una mala rotación por la fijación normal de sus 4 ligamentos, un diafragma normal, también ayuda a evitar un volvulus, la laxitud de los ligamentos, la fijación de los vasos cortos al bazo, la asplenia predispone, y la hernia hiatal, hernias diafragmáticas, eventración

diafragmática(2), un Nissen muy apretado(5), también lleva a esta complicación.

Se describen 3 tipos de volvulus gástricos, el órgano axial, el mesentericoaxial y el mixto. Los datos que nuestro paciente presentó fueron descritos por Borchardt en 1904, tomándose como la triada de Borchardt(6) : Dolor epigástrico, arqueo súbito con incapacidad para vomitar, dificultad o incapacidad para pasar una sonda al estomago y algunos autores comentan que la imposibilidad por aliviar la distensión con la sonda es patognomónica(3).

El tipo más frecuente es el **organoaxial**, que ocurre cuando la línea de rotación conecta la unión gastroesofagica con el píloro y permite que la curvatura mayor del estomago gire hacia arriba sobre la curvatura menor.

El volvulus **mesentericoaxial** es menos frecuente y gira alrededor de un eje transversal que es una línea entre las curvaturas mayor y menor del estomago, lo que hace que el antro y la unión piloroduodenal giren hacia la unión gastroesofágica. En ambos casos se produce una obstrucción gástrica. Y el volvulus **mixto** que es una combinación de ambos.

Los síntomas dependen de el grado de rotación y el tiempo de obstrucción en el volvulus agudo. La necesidad de intervención quirúrgica es una determinante para el compromiso vascular. Dolor epigástrico severo, distensión, arqueo no productivo e imposibilidad para pasar una sonda de cámara gástrica y que esta no mejore la distensión gástrica son la clásica triada de Borchardt. (3). Pueden ocurrir síntomas gástricos de forma intermitente en el vólulus intermitente, que ocasionarían datos intermitentes de la triada de Borchardt(3,6).

Los hallazgos radiológicos son específicos en el volvulus gástrico agudo. Las Rx de abdomen muestran presencia de gas en cámara gástrica que la distiende de forma importante. En el caso de volvulus mesenteroaxial, la burbuja gástrica puede ser doble y tener niveles hidroaéreos en la RsX de pie, una burbuja en el fundus y otra en el antro. En el organoaxial, el estómago cae horizontalmente y sólo se ve una burbuja. La Rx con contraste muestra un estómago rotado, la evaluación debe hacerse en la proyección simple y en la lateral derecha. La ausencia de estos signos pueden ser dados en volvulus intermitentes. (10)

CONCLUSIONES

El volvulus gástrico es una entidad rara, y es una urgencia; el retraso en el diagnóstico puede ser causa de estrangulación o perforación gástrica(1,2,6,7). La gastropexia anterior con una gastrostomía es una solución satisfactoria para un problema que pone en riesgo la vida del paciente, actualmente hay nuevas modalidades de gastropexia laparoscópica, o endoscópica que son opciones de mínima invasión y que en manos expertas son una buena opción de tratamiento(8,9,10,11).

BIBLIOGRAFIA

1. Berti A. Sigolare altorti glamento dell esofagocol dudeno segitto da rapida morte. Gazz Med Ital Prov Ver 1866; 9:139.
2. Hamby WB, editor. The case reports and autopsy records of Ambroise Pare. Translated from JP Malgaigne's "Oeuvres Completes d'Ambroise Pare," Paris, 1840. Springfield (IL): Charles C. Thomas; 1960. Jabí E. Shriki, MD Khanh Nguyen, MD Juan Carlos Roza, MD George J. Reul, MD Ali
3. Amin M, El-Gohary, Atif Etiaby. Gastric volvulus in infants and children. Paed Surg Int 1994; 9:486-488.
4. Tanner NC. Chronic and recurrent volvulus of the stomach. Am J Surg 1968; 115:505-515.
5. Kam Pui Fung. Gastric volvulus complicating Nissen's fundoplication. J Pediatr Surg 1990; 25:1242-1243.
6. Borchardt M. Kur Pathologie and Therapie des magen volvulus. Arch Kin Chir 1904; 74:243-260.
7. Sawaguchi S, Ohkawa H. Kanmotsutt : Idiopathic gastric volvulus in infancy and childhood. Z. Kinderchir 1981; 32:218-233.
8. Bhasin DK, Nagi B, Kochhar R. Endoscopic management of chronic organoaxial volvulus of the stomach. Am J Gastroenterol 1990; 85:1486-1488.
9. Wu TK, Pietrocola D, Welch HK. New method of percutaneous gastrostomy using anchoring devices. Am J Surg 1987; 153:230-232.

- 10 . Myerson DA, Myerson PJ, Lawson JP. Antral infracolic volvulus of the stomach. J Can Assoc Radiol. 1975 Jun;26(2):128–131. [PubMed]
11. Cameron BH, Blair GK. Laparoscopic guided gastropexy for intermittent gastric volvulus. J Pediatr Surg 1993; 28:1628-1629.
12. Rosell Virgilio, Gùzman María, Cadillo Marco, Amaya Nelly, Aldave Augusto
Volvulo gàstrico : Reporte de dos casos clinicos y revisiòn de la literatura. Revista de Gastroenterologia del Perù, vol 20, No 2, 119-21 ; 2000.
13. Diaz Juan, Martell Alex, Ramirez Lisbeth, Ulloa Delia. Volvulo gàstrico agudo mesentericoaxial. Comunicaciòn de un caso pediàtrico. Rev. Gastroen. Peru- 18 :277-281. 1998.



PIES DE PAGINA

Fig #1: Rx simples de abdomen, muestra importante gastromegalia, presencia de sonda en cámara gástrica, ausencia de aire en duodeno. Mala distribución de aire intestinal.

Fig # 2 Rx AP de abdomen con medio de contraste, donde se aprecia que persiste la gastromegalia, y no hay paso de medio de contraste de cavidad gástrica a intestino.

Fig #3: Rx lat de abdomen, muestra gastromegalia persistente, presencia de sonda en cámara gástrica, y no hay paso de medio de contraste a duodeno.

Fig #4. Fotografía de cirugía, con gran distensión gástrica y con eje mesentericoaxial rotado.

Fig #5. Dibujo de vólvulus encontrado en la cirugía.