

# Manejo endoscópico del vólvulo gástrico

## Endoscopic treatment of gastric volvulus

Martín Alonso Gómez, MD,<sup>1</sup> Camilo Ortiz, MD.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Profesor asistente de Medicina Interna. Unidad de Gastroenterología. Universidad Nacional. Hospital El Tunal. Bogotá, Colombia.

<sup>2</sup> Cirujano general. Laparoscopista. Universidad de la Sabana. Hospital El Tunal. Bogotá, Colombia.

Fecha aceptado: 07-04-10

Fecha recibido: 01-02-11

### Resumen

El vólvulo gástrico es una enfermedad muy rara que puede ser aguda o crónica y estar asociada a otras patologías. Es muy importante su rápida identificación porque de su tratamiento oportuno va a depender el pronóstico del paciente. Usualmente el manejo es quirúrgico con la gastropexia abierta o laparoscopia; sin embargo, puede intentarse un manejo endoscópico el cual es más rápido, sencillo y genera una menor morbilidad para los pacientes.

Presentamos en este artículo dos casos de vólvulo gástrico que fueron devolvulados de manera endoscópica; se describe detalladamente la técnica y se hace una revisión de la literatura de esta extraña enfermedad.

### Palabras clave

Vólvulo gástrico, endoscopia, hernia.

### Abstract

Gastric volvulus is a very rare disease which may be either acute or chronic, and which may be associated with other pathologies. Quick identification of gastric volvulus is very important because the prognosis of the patient depends on opportune treatment. Usually open gastropexy or laparoscopy is performed. Nevertheless, endoscopic treatment can be tried since it is faster and simpler and results in less morbidity.

In this article we present two cases of endoscopic devolvulation of gastric volvulus. The technique is described in detail and we present a review of the literature regarding this strange disease.

### Keywords

Gastric volvulus, endoscopy, hernia.

El vólvulo gástrico es la rotación anormal del estómago sobre uno de sus dos ejes (vertical u horizontal) que lleva a la presencia de síntomas obstructivos como vómito y dolor abdominal.

Si bien esta enfermedad es muy rara, fue descrita desde 1866 por Berti, y luego, Berg, en 1895, mostró dos casos exitosos tratados por cirugía. En 1930, Buchanan describió los factores anatómicos asociados y en 1968 Tanner refiere los factores etiológicos que explicarían su formación (1).

En 1995, Tsang y cols (2) relatan la técnica endoscópica de devolvulación.

La enfermedad no produce síntomas específicos; cuando se presenta de forma crónica, puede asimilarse a una colelitiasis o una enfermedad úlcero-péptica, y cuando se presenta de forma aguda el paciente tiene la tríada de dolor abdominal, vómito no productivo e imposibilidad para avanzar una sonda nasogástrica (3). A continuación presentaremos dos casos clínicos de vólvulo gástrico, uno

agudo y otro crónico, manejados con devolvulación endoscópica.

## CASO CLÍNICO 1

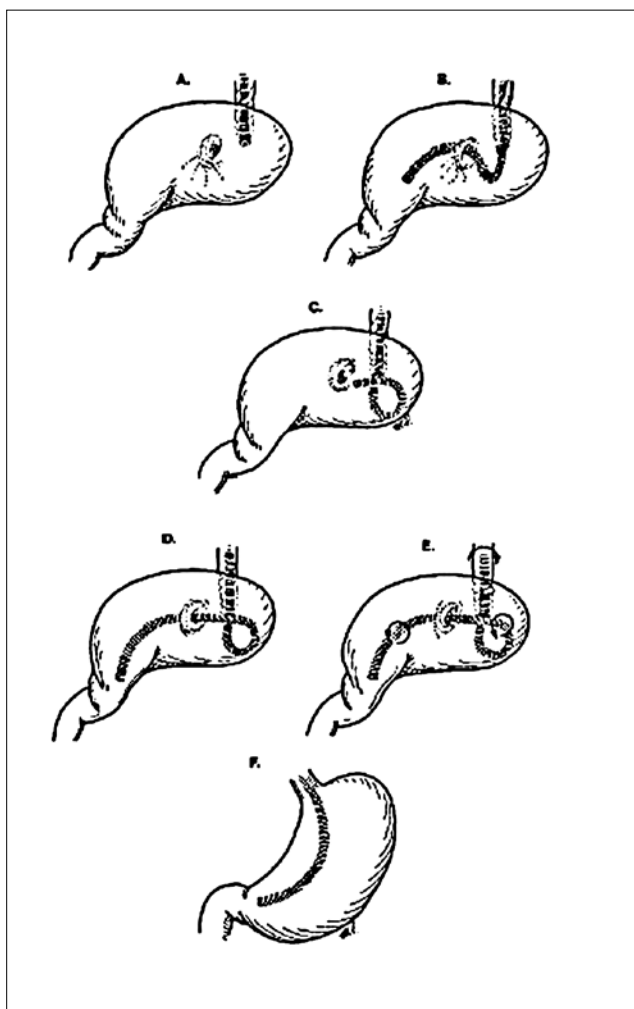
Mujer de 81 años con HTA, enfermedad coronaria de tres vasos y una ECV de seis meses de evolución que la tenía postrada en cama, y es remitida a nuestro hospital para manejo de una obstrucción intestinal. En la institución donde fue valorada se le realizó una radiografía de vías digestivas altas (figura 1). Al interrogarla, la paciente refería cuadro de 4 meses que se había intensificado en los últimos de 8 días y se caracterizaba por dolor abdominal, vómito, distensión abdominal y melenas. Al examen físico estaba en malas condiciones generales, deshidratada, con dolor a la palpación abdominal y una hemiparesia izquierda. Se llevó a una endoscopia digestiva alta y encontramos un vólvulo gástrico órgano axial y una hernia hiatal (figura 2). Dada las malas condiciones de la paciente y la ausencia de isquemia o necrosis gástrica se decide realizar una devolvulación endoscópica, por la técnica descrita en 1995 por Tsang y col (figura 3): esta técnica comprende 6 pasos que buscan inicialmente formar una asa en alfa (figura 4) en el extremo proximal del estómago volvulado, luego se avanza la punta del endoscopio por el sitio de la estenosis que produce el vólvulo. Los otros tres pasos buscan llevar la punta del endoscopio al duodeno (figura 5), y una vez allí se realiza un torque del endoscopio en el sentido de las manecillas del reloj, con lo que se logra la devolvulación completa (figura 6). Como la paciente estaba en malas condiciones se decide fijar la pared gástrica con dos gastrostomías, una distal, la cual se utilizó para alimentación y otra en el cuerpo proximal que se cerró (figura 7); la evolución de la paciente fue satisfactoria.



**Figura 1.** La radiografía con contraste evidencia un vólvulo órgano axial; observe la estenosis en el medio de la foto y las dos burbujas que se forman por la rotación.



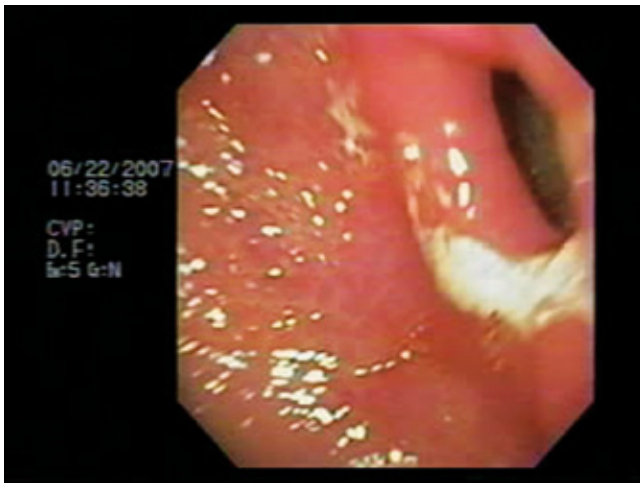
**Figura 2.** Se evidencia a la EVDA un vólvulo órgano axial, observe cómo el estómago ha rotado sobre su eje vertical y la curva mayor está en la parte superior de la pantalla y la menor en la inferior, contrario a lo que se encuentra normalmente.



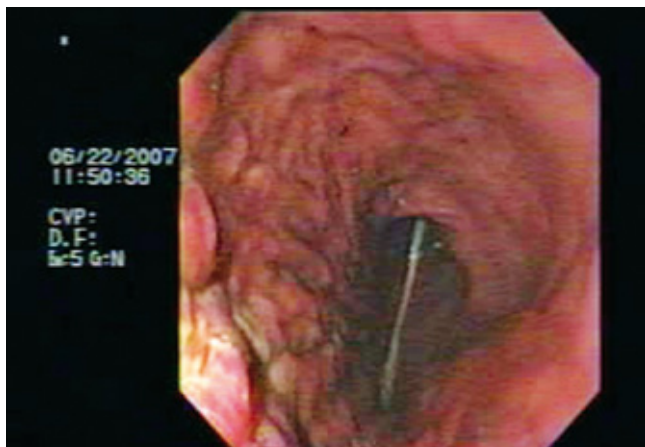
**Figura 3.** Se describen los 6 pasos para la devolvulación endoscópica.



**Figura 4.** Observe cómo realizamos una asa en alfa en el extremo proximal del vólvulo, se puede ver el equipo en retrovisión.



**Figura 5.** La punta del endoscopio se lleva al duodeno donde se ancha para realizar un torque en el sentido de las manecillas del reloj.



**Figura 6.** Una vez realizada la maniobra observe cómo el estómago se devolvió; en el centro de la foto se observa una sonda nasogástrica que se dejó para alimentación.



**Figura 7.** La imagen muestra las dos gastrostomías que se dejaron para permitir la fijación de estómago a la pared abdominal y para alimentación.

## CASO CLÍNICO 2

Hombre de 74 años con cuadro clínico de un año en evolución caracterizado por dolor epigástrico, saciedad temprana y vómito que se habían intensificado en los últimos tres meses, consulta por presencia de melenas. No tenía antecedentes de importancia ni otra sintomatología diferente a pérdida de peso por la intolerancia a los alimentos.

Se lleva a endoscopia y se encuentra un vólvulo gástrico órgano axial (figura 8) y una hernia paraesofágica. Se decide su devolvulación endoscópica, realizando inicialmente el asa en alfa (figura 9), luego el paso del endoscopio al antro, la rotación del equipo en el sentido de las manecillas del reloj, con lo cual se logra la devolvulación (figura 10), y el paciente se envía a corrección ambulatoria de su hernia paraesofágica.

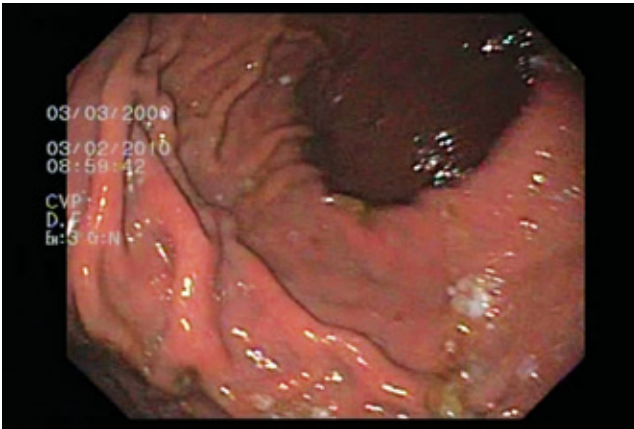


**Figura 8.** Observe cómo al igual que en el primer caso, los pliegues gástricos están en la parte superior de la pantalla, con una estenosis en la mitad del estómago que impide el paso fácil del equipo y por lo tanto de los alimentos.





**Figura 9.** Observe cómo se está realizando el asa en alfa para luego avanzar la punta al antro por la estenosis (cuadro inferior derecho).



**Figura 10.** Observe que la cavidad gástrica ha recuperado su distribución usual con los pliegues de la curva mayor en la parte inferior de la pantalla y paso fácil al antro.

## DISCUSIÓN

El vólvulo gástrico es una patología rara pero es muy importante estar consciente de su existencia ya que de un diagnóstico oportuno va a depender el pronóstico del paciente. Existen dos tipos principales: órgano axial, el cual se forma por la rotación del estómago sobre su eje vertical, y el mesenteroaxial por rotación sobre el eje horizontal, que es el menos frecuente (4).

Para entender cómo se produce el vólvulo es importante tener en cuenta algunas consideraciones anatómicas: El estómago se fija por 4 ligamentos: gastrohepático, gastrosplénico, gastrocólico y frenoesofágico. Una alteración en alguno de estos es la responsable del vólvulo, pero se requiere además una de las tres condiciones señaladas a continuación:

1. Patología gástrica como distensión crónica, estenosis pilórica o alteraciones congénitas.

2. Patología que altera órganos vecinos como esplenomegalia, hipoplasia del lóbulo hepático izquierdo o vólvulo del colon transverso.
3. Asociación con hernias paraesofágicas, hernia hiatal por deslizamiento o hernia de la pared abdominal (S). Estas son las causas más frecuentes.

El vólvulo agudo, como en nuestro primer caso, usualmente requiere un tratamiento quirúrgico de emergencia, ya sea por laparotomía o laparoscopia; el objetivo es descomprimir el estómago y fijarlo a la pared abdominal (gastropexia) para prevenir la recurrencia, solo en casos de necrosis gástrica se realizará una gastrectomía (6). Sin embargo, desde la descripción en 1995 por Tsang y col (2) de 8 casos tratados endoscópicamente es mandatorio intentar esta maniobra para la devolvulación ya que es muy efectiva, el problema sigue siendo la recurrencia para lo cual se utilizaría la gastropexia quirúrgica, pero en nuestro caso decidimos, dadas las malas condiciones de la primera paciente, utilizar dos gastrostomías para fijar el estómago a la pared abdominal, técnica que fue inicialmente descrita por Ghosh S y cols, en 1993 (7). En el segundo caso, dado que las condiciones generales del paciente eran mejores, se decidió enviar a cirugía para el cierre de su hernia paraesofágica y gastropexia.

En estos dos casos clínicos se presenta de una manera didáctica y sencilla la técnica de devolvulación endoscópica; nuestro grupo considera que en todo paciente con vólvulo gástrico debería intentarse esta técnica siempre y cuando no existan signos de isquemia o necrosis, caso en el cual debe realizarse un manejo quirúrgico.

## REFERENCIAS

1. Raffim S. Gastric volvulus. En: Sleisenger MH, Fordtran JS, eds. Gastrointestinal disease. Philadelphia: WB Saunders, 1973. p. 612-5.
2. Tsang T, Walker, R, Yu JD. Endoscopic reduction of gastric volvulus: the alpha-loop maneuver. *Gastrointest Endosc* 1995; 42: 244-8.
3. Farag S, Fiallo V, Nash S, Navab F. Gastric perforation in a case of gastric volvulus. *Am J Gastroenterol* 1996; 91(9): 1863-4.
4. Guernsey J, Connolly J. Acute, complete gastric volvulus. *Arch Surg* 1963; 86: 93-8.
5. Wastell C, Ellis H. Volvulus of the stomach. *Bri J Surg* 1971; 58: 557-62.
6. Koger K, Stone J. Laparoscopic reduction of acute gastric volvulus. *Am Surg* 1993; 59: 325-8.
7. Ghosh S, Palmer K. Double percutaneous endoscopic gastrostomy fixation: an effective treatment for recurrent gastric volvulus. *Am J Gastroenterol* 1993; 88: 1271-2.