

## Distensión abdominal intermitente como forma de presentación de vólvulo gástrico crónico



### Intermittent abdominal distention as a form of presentation of chronic gastric volvulus

Sr. Editor:

El vólvulo gástrico es una rotación sobre un eje, del estómago o parte de este, de al menos 180° que genera una obstrucción variable del tránsito y del flujo sanguíneo. Es una entidad con un pico de incidencia en la 5.ª década de la vida e infrecuente en la edad pediátrica (la mitad se produce en menores de 2 años)<sup>1</sup>.

Presentamos 2 casos de vólvulo gástrico crónico. El primero, un niño de 5 años sin enfermedades previas que acudió a urgencias para segunda opinión por episodios de distensión abdominal intermitentes de un mes de evolución. La exploración era normal salvo un abdomen discretamente globuloso y timpánico. Se realizó ambulatoriamente tránsito baritado que fue normal. Escasas horas después presentó episodio de distensión abdominal y en la radiografía de abdomen se observaba imagen compatible con vólvulo gástrico (fig. 1). Ante los hallazgos se introduce sonda nasogástrica y se realizó intervención quirúrgica laparoscópica en la que se objetivaba un ligamento gastrocólico laxo que permi-



**Figura 1** Caso 1, distensión gástrica marcada, sin producirse esta a otros niveles del tracto digestivo, con restos de bario del estudio previo.



**Figura 2** Caso 2, distensión gástrica llamativa, con estómago durmiendo sobre plano horizontal compatible con vólvulo gástrico.

tía volvulación gástrica completa organoaxial. Se realizó gastrofrenopexia (fijación del estómago al diafragma) y gastropexia anterior (fijación a pared abdominal anterior). El curso del paciente fue favorable.

El segundo caso es un niño de 3 años de edad, que fue atendido en urgencias por episodios diarios de molestias y distensión abdominal intermitente de 2 meses de evolución, asociándose a vómitos alimenticios. En la exploración únicamente se observaba distensión de hemiabdomen superior con timpanismo importante. Ante la sospecha se decidió realizar radiografía de abdomen (fig. 2) que confirmó la existencia de vólvulo gástrico. Se introduce sonda nasogástrica y se realizó gastrofrenopexia y gastropexia anterior laparoscópica. Posteriormente, presentó buena evolución.

Según la forma clínica de presentación podemos distinguir vólvulos agudos y crónicos o recidivantes (hasta el 57% según Cribbs et al.)<sup>1</sup>. Hasta el 70% de los agudos y el 30% de los crónicos son secundarios a otras enfermedades<sup>1,2</sup>, entre las que se encuentran alteraciones gástricas (anatómicas o de la función) o de los órganos adyacentes, con especial mención a la hernia diafragmática.

El vólvulo gástrico agudo puede presentarse con la triada de Borchardt, habitualmente incompleta en niños<sup>1,2</sup>, caracterizada por distensión y dolor epigástrico, intensas náuseas con dificultad para vomitar e incapacidad para introducir una sonda nasogástrica. Hasta un 75%<sup>1</sup> presentan vómitos no biliosos y con menos frecuencia hematemesis, distrés respiratorio, apnea, isquemia, perforación gástrica, *shock* y una mortalidad del 6,7% (según Cribbs et al.). En contra, en el vólvulo crónico, los síntomas son más inespecíficos y

dependen del grado de rotación y obstrucción. Se presentan con vómitos no biliosos (71%<sup>1</sup>), distensión o dolor epigástrico, retraso ponderoestatural, reflujo gastroesofágico, aerofagia, cólico y mortalidad en el 3%<sup>1</sup>. Debido a esta variabilidad clínica, el vólvulo gástrico crónico, puede ser infradiagnosticado con las consecuencias que esto acarrea ya que puede convertirse en agudo hasta en un 12,5%, requiriendo hasta el 60% de los casos resucitación inicial<sup>1</sup>.

El diagnóstico suele realizarse mediante la radiografía de abdomen y un tránsito esófago-gastro-duodenal<sup>3</sup> aunque a veces estas pueden ser normales<sup>4</sup>. Por ello, se deberá recurrir a otras técnicas de imagen como la TAC si la sospecha clínica es alta y las pruebas anteriormente mencionadas son normales. Según el eje sobre el que se produzca el giro del estómago, el vólvulo será órgano-axial (54% de los agudos y 85% de los crónicos)<sup>1</sup>, mesentérico-axial (41% de los agudos y 10% de los crónicos)<sup>1</sup> o mixto<sup>5</sup>. Los hallazgos incluirían distensión masiva, posición anómala gástrica, dos imágenes de niveles hidroaéreos, «pico de ave» en la unión esofagogástrica, etc. En el órgano-axial el estómago tiene plano horizontal con la curvatura mayor superior a la menor. En el mesentérico-axial la unión antroduodenal está encima de la gastroesofágica y el plano gástrico es vertical, con forma esférica.

Otras causas de distensión gástrica son la atresia duodenal, pinza mesentérica, porta preduodenal, neoplasias, llanto intenso y la gastroparesia; siendo esta última de etiología variada (conectivopatías, miopatías, neuropatías, enfermedades degenerativas del sistema nervioso central y autónomo, endocrinopatías y farmacológica).

El vólvulo gástrico agudo es una urgencia quirúrgica, ya que la mortalidad es de hasta el 80% si la cirugía no se realiza a tiempo<sup>6</sup>. Sin embargo, en el vólvulo crónico o intermitente aunque el tratamiento quirúrgico es preferido por la mayoría de los autores (es capaz de ofrecernos confirmación diagnóstica y terapéutica en un mismo tiempo)<sup>1,3-5</sup>, otros propugnan que podría manejarse de forma conservadora con medidas

posturales. El abordaje utilizado en la cirugía suele ser laparoscópico, realizándose reducción del vólvulo, corrección de los factores que propician su aparición y la fijación del estómago a estructuras adyacentes.

## Bibliografía

1. Cribbs RK, Gow KW, Wulkan ML. Gastric volvulus in infants and children. *Pediatrics*. 2008;122:e752-62.
2. Joshi M, Parelkar S, Sanghvi B, Agrawal A, Mishra P, Pradeep SH. Gastric volvulus in children: Experience of 6 years at a tertiary care centre. *Afr J Paediatr Surg*. 2010;7:2-4.
3. Darani A, Mendoza-Sagaon M, Reinberg O. Gastric volvulus in children. *J Pediatr Surg*. 2005;40:855-8.
4. Teague WJ, Ackroyd R, Watson DI, Devitt PG. Changing patterns in the management of gastric volvulus over 14 years. *Br J Surg*. 2000;87:358-61.
5. Miller DL, Pasquale MD, Seneca RP, Hodin E. Gastric volvulus in the pediatric population. *Arch Surg*. 1991;126:1146-9.
6. Al-Salem AH. Acute and chronic gastric volvulus in infants and children: Who should be treated surgically? *Pediatr Surg Int*. 2007;23:1095-9.

G. Manrique Martín<sup>a,\*</sup>, C. Míguez Navarro<sup>b</sup>  
y C. Corona Bellostas<sup>c</sup>

<sup>a</sup> *Servicio de Pediatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España*

<sup>b</sup> *Urgencias de Pediatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España*

<sup>c</sup> *Cirugía Pediátrica, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [gema\\_manrique@hotmail.com](mailto:gema_manrique@hotmail.com)  
(G. Manrique Martín).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.08.005>