

11215
13



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARIA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

MANEJO DEL VOLVULO GASTRICO CRONICO

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO DESCENTRALIZADO

E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:

E S P E C I A L I S T A E N :

G A S T R O E N T E R O L O G I A

P R E S E N T A :

DRA. ADRIANA SANTOS ARRIJOA

DIRECCION DE ENSEÑANZA



TUTOR: DR. FERNANDO BERNAL SAHAGUN

COTUTOR: DR. HECTOR ESPINO CORTEZ

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

2000

MEXICO, D. F.



FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Posgrado

NOV. - DE 2000

19 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

El contenido y presentación de este trabajo, son responsabilidad exclusiva del autor, tutor y cotutor del mismo, por lo que su reproducción total o parcial, necesita de la autorización escrita de los nombrados.

AUTOR



DRA ADRIANA SANTOS ARRIOLA

TUTOR



DR FERNANDO BERNAL SAHAGUN

COTUTOR



DR HECTOR ESPINO CORTEZ



DR DANIEL MURGUÍA DOMÍNGUEZ
JEFE DEL SERVICIO DE GASTROCIROLOGIA

DEDICATORIA.

A MI PADRE :

Impulsor de todos mis sueños,
Testigo de todos mis logros.

A mi madre.

Consejera y amiga
Que ha compartido conmigo todo el trayecto,
Llamado vida.

A mis Hermanos
Quienes me han prodigado cuidado, cariño, consejo
Apoyo. Invaluables ejemplos de carácter y fortaleza.

AGRADECIMIENTOS

AL DR DANIEL MURGUÍA DOMINGUEZ

Agradezco al Dr. Murguía, maestro no sólo en el campo profesional sino también por enseñarme lecciones de formación para toda la vida.

AL DR. FERNANDO BERNAL SAHAGÚN

Siempre pendiente de mi formación profesional dandome apoyo y confianza incondicional para seguir adelante.

INDICE

PAGINA

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES HISTORICOS	2
MARCO TEORICO	3
OBJETIVOS	11
TIPO DE ESTUDIO Y METODOLOGIA	12
PROCEDIMIENTO	13
ASPECTOS ETICOS Y DE BIOSEGURIDAD	14
RESULTADOS	15
DISCUSION	28
CONCLUSIONES	30
BIBLIOGRAFIA	31

INTRODUCCION

En condiciones anatómicas normales el estomago está dotado de eficientes sistemas de fijación: los tres epiplones, gastrohepático, gastrocólico y gastroesplénico, la unión gastroesofágica solidarizada con el hiato diafragmático, el píloro unido a la primera porción del duodeno y el tronco de la arteria estomáquica

La relajación de algunos de estos elementos de fijación, la posible ausencia congénita de alguno de los epiplones y el aumento anormal del espacio peri gástrico, como sucede en las eventraciones diafragmáticas o de la pared abdominal y en las grandes hernias paraesofágicas, pueden permitir la rotación de una parte del estomago sobre la porción restante, que permanece fija, produciendo un vólvulo.

En los últimos años, aunque esta patología es poco común puede ser reportada con mayor frecuencia , probablemente como consecuencia de un incremento en la realización de estudios radiológicos para la investigación de trastornos del tubo gastrointestinal superior, en particular diagnosticándose en casos asintomático y en otros casos por incidente.

MANEJO DEL VOLVULO GASTRICO CRONICO

HISTORIA:

El Vólvulo Gástrico, fué primero descrito por BERTI, en un caso de autopsia en una mujer de 60 años con una obstrucción intestinal alta en 1866. Subsecuentemente otros reportes fueron realizados por MAZZOTTI (1874), DINI (1879) LANGERHANS (1888). El primer caso operado fue realizado por JOHN BERG en 1896, pero en 1920 ROSSELET publicó un caso de torsión sin presencia de síntomas considerándose como el primero en describir el Vólvulo Gástrico Crónico. El primer caso reportado a través de un estudio radiológico fue en 1922, por medio de WEISS.

Posteriormente han existido reportes como para mencionar algunos PAYER (1909), VON SILVERSTEIN (1947), LEFERTY, BERENBAUM Y GOTTLIEB (1952), GOLDBERG Y SMITH (1955), LORIMIER Y PEN (1957), ASCHERMAN, BEDNORZ Y OLIX (1958), GIBLIN Y MARTIN (1960), GUERNSEY Y CONNOLLY (1963), COHN Y DEARDORFF (1964), CREEDON Y BURMAN (1965), GOSIN Y BALLINGER (1965).

DEFINICIÓN:

Es una rotación anormal de una parte del estómago sobre si mismo, que puede estar o no asociado a síntomas y que puede estar o no asociado a deterioro de la irrigación conllevando a la subsiguiente dilatación y quizás al infarto del mismo.

Algunos autores usan el término de torsión para describir como la rotación menor de 180 grados sin presencia de oclusión, denominándose también vólvulos incompleto, la cual puede ser el inicio y no necesariamente ocasionar síntomas. "el estómago puede girar 180 grados sin presentar necesariamente oclusión vascular". LOW BEER (1932) SINGLETON (1940)

En sentido estricto son verdaderos vólvulos los raros casos en los que, produciéndose la torsión aguda, se provoca una obstrucción total del tránsito gástrico con interferencia del aporte sanguíneo y del drenaje venoso en el estómago y grave riesgo de perforación, mientras que en los llamados vólvulos crónicos, conocidos también como parciales, frecuentes en las grandes hernias hiatales, especialmente paraesofágicas, los alimentos pasan, aunque con dificultades (disfagia, obstrucción pilórica), en forma de crisis recurrentes que suelen resolverse de modo espontánea en algunas ocasiones.

En el 75 % de los casos, el vólvulo gástrico se encuentra asociado a un factor secundario predisponente o causal.

CLASIFICACION:

Varios factores pueden tenerse en consideración para la clasificación, la cual ha sido basada en los autores PAYER (1909), VON HABERER (1912), ANZELOTTI (1930).

SEGUN:

1- TIPO:

- A- **ORGANO-AXIAL**
- B- **MESENTERIO-AXIAL**
- C- **MIXTO O COMBINADO**

2- EXTENSION:

- A- **TOTAL**
- B- **PARCIAL**

3- DIRECCION:

- A- **ANTERIOR**
- B- **POSTERIOR**

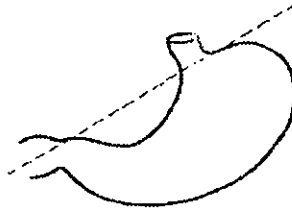
4- ETIOLOGIA:

- A.- **PRIMARIA O IDIOPATICA**
- B.- **SECUNDARIA.**

5- SEVERIDAD:

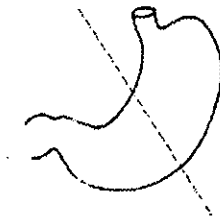
- A.- **AGUDA**
- B.- **CRONICA.**

El Vólvulo órgano-axial ocurre cuando la rotación se realiza alrededor de un eje longitudinal del estómago entre el cardias y el píloro como los puntos de fijación, Esta línea puede ser horizontal pero es más común que sea inclinada con elevación de la extremidad izquierda, variando de acuerdo a la posición en que se encuentre el estómago.



(Figura 1)

El vólvulo mesenterio-axial ocurre cuando existe una rotación del estómago alrededor del eje el cual corre desde el centro de la curvatura mayor a la porta hepatis.



(Figura 2)

Se considera que el vólvulo órgano-axial más común que el mesenterio-axial, lo mismo el anterior que el posterior y el agudo que el crónico.

Más frecuentemente la curvatura mayor se mueve adelante y arriba y se presenta por encima de la curvatura menor lo que sería un vólvulo órgano-axial anterior, el colon transverso puede estar arriba del estómago y denominarse infracólico o permanecer abajo recibiendo el nombre de supracólico.

El vólvulo órgano-axial posterior es raro, no se presentándose en forma completa, a no ser que exista ruptura del ligamento gastrocólico y del meso colon transverso, ocasionando sintomatología violenta y persistente. NEUMAN

clasificó en isoperistáltico y anisoperistáltico a los vólvulos correspondientes a órgano-axial anterior y posterior respectivamente.

Los vólvulos mixtos o combinados son muy raros en el cual se inicia como un vólvulo órgano-axial y se complica en un mesenterio-axial o viceversa, sin embargo estos casos son difíciles de comprender.

En una revisión de 200 casos que aparece reportados en la literatura, el 59 %, pertenecieron a órgano-axial, 29 % mesenterio-axial, el 2 % combinados o mixto y un 10 % no fueron clasificados.

PATOGÉNESIS:

Los casos de vólvulos pueden ser secundarios cuando el trastorno es incuestionable o probablemente la causa, puede ser primario o idiopático cuando el factor predisponente es desconocido.

La causa más frecuente es secundaria, asociada a anomalías del diafragma, como ocurre en la hernia hiatal en que lo primera que pasa a formar parte del saco herniario es el epiplón que posiblemente se adhiere; por contracción del colon transversal y de la curvatura mayor el estómago puede estar hacia arriba y puede conllevar a la formación del vólvulo.; algunas porciones del estómago pueden penetrar en el saco herniario y permanecer en el mismo.

También el vólvulo puede ocurrir en asociación a otras anomalías del diafragma de tipo congénita, traumática como puede ser la relajación del mismo, como en las lesiones del nervio frénico, los cuales han sido reportados, en estos casos la mitad del diafragma afectado fue elevado paradójicamente con los movimientos durante la respiración.

Los casos de estómago en "reloj de arena" constituyen otra causa de vólvulos secundarios. Más frecuentemente estos tipos son parcial y usualmente solo la porción entre la constricción y el píloro rota.

También se han observado casos reportados de causas intrínsecas gástricas como un grupo especial de causas secundarias como en casos de carcinoma gástrico, úlcera gástrica gigante y tumores benignos como leiomiomas grandes de la curvatura menor en el cual se produce el vólvulos por el peso aumentado que permite la rotación.

También se encuentra el grupo de causas extrínsecas al estómago como ocurre en la laxitud extrema de ligamentos y puede ocurrir el vólvulo porque el peso del bolo alimentario lleva el eje central a rotar alrededor. La elongación anormal de los ligamentos puede acompañarse de ptosis gástrica y a veces ocasionar

obstrucción pilórica crónica, conllevando a que el peso del bolo alimentario se ubique en la parte inferior del estómago actuando como punto de fijación inferior al eje de rotación.

Las adherencias pueden obstruir el duodeno con un similar efecto, también pueden existir hacia la curvatura menor, epiplón gastro cólico o al colon transversal haciendo efecto de punto de fijación. Como es bien conocido, son múltiples las causas que pueden ocasionar el vólvulos gástricos.

EPIDEMIOLOGIA

El vólvulos gástrico puede ocurrir a cualquier edad, el pico de incidencia entre hombres y mujeres es a la quinta década. Se han reportado dos casos de vólvulos gástrico órgano-axial intra torácico ocurridos en la primera semana de vida , ambos neonatos tenían una gran hernia hiatal y ausencia de ligamentos gastrocólico. La incidencia es similar para ambos sexos.

MANIFESTACIONES CLINICAS

El vólvulo gástrico crónico puede tener menos síntomas y encontrarse en forma incidental en estudios de bario, radiografías de tórax, tomografías computadas, resonancia magnéticas, si los síntomas se presentan generalmente consisten en molestias leves del tracto gastrointestinal superior con características que son difíciles de diferenciar de úlcera péptica o trastornos calculosos de la vesícula biliar. El dolor durante la ingesta de alimentos puede ser seguido de vómitos sin embargo el estómago puede dilatarse y obstruir la unión esófago gástrica. Los síntomas pueden resultar asociados a la patología subyacente, tales como hernia hiatal. En algunas ocasiones el dolor es localizado en el epigastrio e irradiado al margen inferior izquierdo costal, otras ocasiones el dolor es severo, pero también puede ser moderado aunque progresivo con remisiones.

El síndrome clínico de vólvulos gástrico agudo expresa la brusca torsión y obstrucción gástrica, con dolor intenso, gran dificultad para eructar y vomitar, a pesar de la acentuada distensión gástrica, por acumulación de aire y líquidos, e incluso estado de shock. La introducción de una sonda nasogastrica, Para aliviar

esta distensión (meteorismo epigástrico) resulta difícil. La tríada descrita por BORCHARDT (1902) recoge el dolor agudo epigástrico con meteorismo, la dificultad para vomitar, a pesar de los esfuerzos provocados por las náuseas y la imposibilidad de introducir la sonda en el estómago.

El vólvulo gástrico incompleto, crónico o recurrente, sin obstrucción total, suele existir disfagia, sensación de ocupación gástrica con intolerancia alimenticia y opresión retroesternal, cuando coincide con una voluminosa hernia paraesofágica.

Otros síntomas que pueden hallarse son las náuseas y pérdidas hemáticas, que en algunas ocasiones son ocultas, conllevando a síndromes anémicos crónicos.

Algunos pacientes pueden acompañarse de distensión abdominal, sobre todo en la parte superior del abdomen y a la percusión de la pared abdominal se encuentra timpanismo, dependiendo de la cantidad de gas que se encuentre en el estómago.

Por lo que se puede observar el vólvulo crónico gástrico o recurrente presenta un cuadro clínico difícil de distinguir de otras patologías, cuando es secundario puede presentarse con los síntomas básicos de la lesión predisponente. El examen físico generalmente es negativo aunque en algunas ocasiones puede encontrarse cierta distensión epigástrica.

CURSO Y PRONÓSTICO

El desarrollo de un caso de vólvulos gástrico completo tiene un pronóstico muy grave sin la cirugía, produciéndose un círculo vicioso cerrado con la producción de secreción y dilatación constante, conllevando al infarto de la pared gástrica y posterior perforación, con resultados fatales para el paciente.

Por estos motivos la importancia de poder realizar un diagnóstico temprano, y de esta manera poder llevar a cabo un tratamiento quirúrgico adecuado evitando serias complicaciones.

TRATAMIENTO

Los casos de torsión o vólvulos incompletos pueden resolverse de forma espontánea, por ejemplo con cambios de posición del paciente. Un caso excepcional puede tener el bario usado para el examen de fluoroscopia puede tener un efecto curativo pero transitorio.

Intentar la aspiración puede ser importante pero generalmente es imposible pasar una sonda naso-gástrica hasta el estomago y puede presentarse complicaciones, por intentar vencer la resistencia.

TANNER en 1968, describió algunos procedimientos quirúrgicos posibles: reparación de la hernia diafragmática, gastropexia, lisis de las adherencias, gastropexia con desplazamiento colónico, gastrectomía parcial, gastroyeyunoanastomosis, gastropexia fundooantral (cirugía de OPOLZER'S), reparación de la eventración diafragmática.

El desarrollo de un vólvulo gástrico agudo requiere de un manejo quirúrgico inmediato, con frecuencia se instaura sin un diagnóstico previo propio de la patología, pero es la emergencia abdominal aguda la que incide para tomar la conducta agresiva quirúrgica.

Los síntomas del vólvulo gástrico crónico son desagradables y la conducta quirúrgica puede corregir la anomalía existente. En los pacientes en quienes se identifican lesiones asociadas pueden ser necesario el tratamiento, particularmente en hernia hiatal, presencia de eventraciones del diafragma. El estomago puede tener una posición normal durante el acto quirúrgico, pero el vólvulo puede ser reproducido por la rotación del estomago, el tratamiento debe ser directo al tipo de vólvulos encontrado.

VOLVULOS GASTRICO PRIMARIO:

en estos casos donde la causa es desconocida, algunas formas de gastropexia pueden ser consideradas, al fijar la pared anterior del estómago al peritoneo parietal de la pared abdominal.

VOLVULOS GASTRICO RESULTADO POR OTRAS CAUSAS:

en estos casos la corrección de la causa primaria del defecto puede ser adecuada, tal como es la reparación del defecto de la hernia hiatal o traumática o la división de las adherencias o bandas presentes que permiten la rotación y ocasionan la obstrucción.

VOLVULOS CAUSADOS POR CONDICIONES NO OPERABLES:

en esta tercera situación, el vólvulo resulta de una causa que realmente no se corrige quirúrgicamente, ejemplos serían una eventración del diafragma o laxitud ligamentosa extrema. En estas circunstancias una gastrectomía parcial puede ser curativa, pero es una cirugía radical para esta condición. Un procedimiento simple sería el desplazamiento colónico, (descrita por TANNER). La gastroyeyuno anastomosis es también usada como un simple método para prevenir la recurrencia del vólvulos gástrico.

En pacientes inadecuados para la realización de una laparotomía la realización de una gastrostomía percutánea endoscópica puede ser descrito por algunos autores, pero se realizaría mediante la colocación de dos sondas de gastrostomía para prevenir la recurrencia del vólvulo. Las sondas son seguramente removidas después de un suficiente tiempo, para permitir que la pared abdominal anterior del estómago se adhiera a la pared anterior abdominal, aproximadamente 2 meses.

La laparoscopia también suele usarse para reducir el vólvulo y realizar la fijación o corrección de la causa predisponente, pero hasta el momento la experiencia es limitada.

OBJETIVOS

- 1- Realizar un análisis estadístico de los datos recolectados, de expedientes clínicos del pabellón 107 de Gastroenterología del Hospital General de México, comprendidos entre los periodos de 1997 y el año 2000.
- 2- Conocer los grupos de mayor riesgo con respecto a la edad, sexo, consumo de tabaquismo, antecedentes de alcoholismo, presencia de Diabetes Mellitus.
- 3- Identificar posibles factores causales en ocasionar Vólvulos Gástrico Crónico.
- 4- Crear nuestras estadísticas del HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, Con relación a la patología estudiada.
- 5- Crear nuevas bases y estímulos para posibles estudios a corto y mediano plazo con relación a los trastornos de la patología gástrica.

TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal, analítico sobre revisión de expedientes.

METODOLOGIA

POBLACION Y MUESTRA

Se identificaron y revisaron los expedientes de pacientes ingresados al hospital general de México, atendidos en el pabellón de Gastroenterología (I07) con patología de Vólvulos Gástrico Crónico, diagnosticados durante el periodo de 1997 al año 2000. Solicitándose en el archivo de dicha dependencia.

CRITERIOS DE INCLUSION

Expedientes de pacientes ingresados al Hospital General de México y que hallan sido manejados médica y/o quirúrgicamente de la patología de Vólvulos Gástrico Crónico.

Expedientes completos que permitieran identificar todas las variables contenidas.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Expedientes de pacientes sin patología de Vólvulos Gástricos Crónico.

Pacientes pediátricos.

CRITERIOS DE ELIMINACION

Expedientes de enfermos sin diagnóstico final o información incompleta.

DEFINICION DE VARIABLES

CUALITATIVAS

Nominales: Sexo, lo referido al género del enfermo y en división a categorías a masculino y femenino.

Ordinales: Factores de riesgo de la patología del Vólvulo Gástrico Crónico.

Cuantitativas: Discretas: edad, antecedentes de tabaquismo, alcoholismo y diabetes mellitus

PROCEDIMIENTO

Se realizó la búsqueda en el archivo de la unidad de Gastroenterología (pabellón 107) del Hospital General de México, a quienes se atendieron médica y/o quirúrgicamente por padecer patología de Vólvulos Gástrico Crónico. Mismos quienes hubiesen sido diagnosticados y tratados entre enero de 1997 y el año 2000.

La búsqueda de la información fue realizada por el mismo autor de la especialidad de Gastroenterología, posteriormente se elaboraron las gráficas y tablas para la determinación de las variables de mayor impacto, en la incidencia de esta patología.

ASPECTOS ETICOS Y DE BIOSEGURIDAD

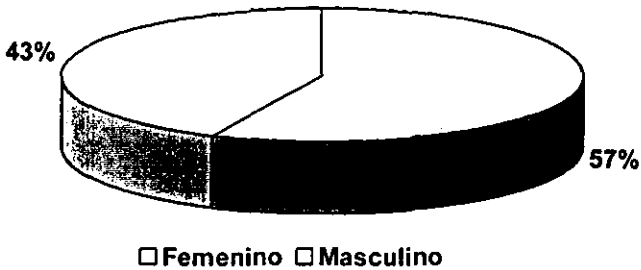
El estudio se realizó respetando las normas institucionales, nacionales e internacionales, para la investigación en los seres humanos, de acuerdo a la ley general de la salud (diario oficial, 07-febrero 1984).

Los procedimientos realizados no representaron riesgos en alterar resultados de causa de muerte, ya que únicamente se realizó recolección de datos de expedientes clínicos.

RESULTADOS:

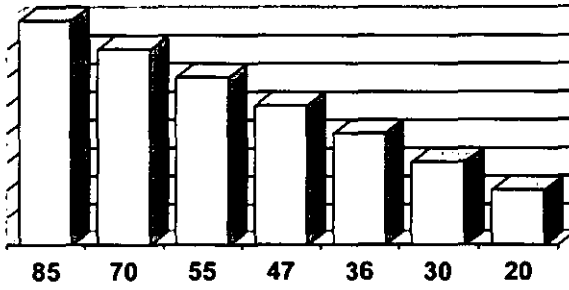
Se revisaron los expedientes del servicio de Gastro-cirugía del Hospital General de México, en el periodo comprendido desde 1997 hasta el año 2000, encontrándose 7 casos de vólvulos gástricos crónico, que fueron operados, encontrándose los siguientes resultados:

De los 7 casos hallados, pertenecieron 4 casos al sexo femenino (57 %) y 3 al sexo masculino (43 %)



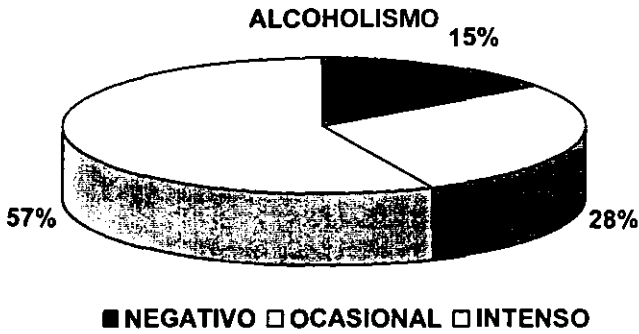
(figura 1)

Las edades estuvieron comprendidas entre 20 y 85 años, con un promedio de 53 años.



(figura 2)

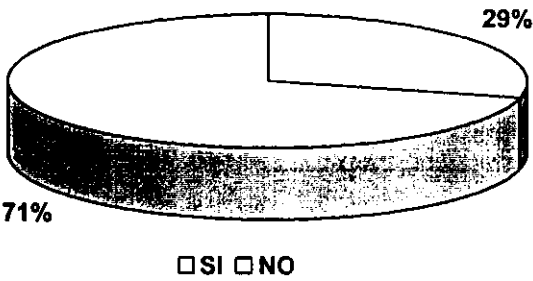
ANTECEDENTES DE ALCOHOLISMO:	NEGATIVO:	1	(15 %)
	OCASIONAL:	2	(28 %)
	INTENSO:	4	(57 %)



(Figura 4)

ANTECEDENTES DE DIABETES MELLITUS: SI 2 PACIENTES. (71%)

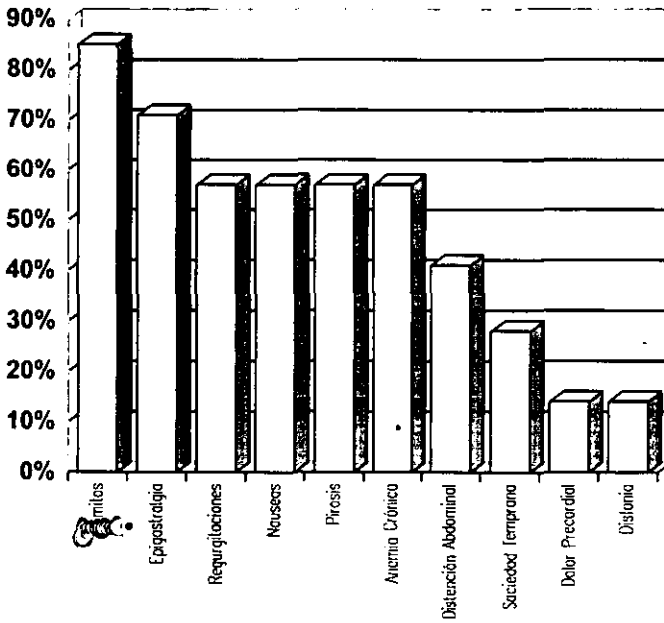
NO 5 PACIENTES. (29 %)



(Figura 5)

MANIFESTACIONES CLINICAS:

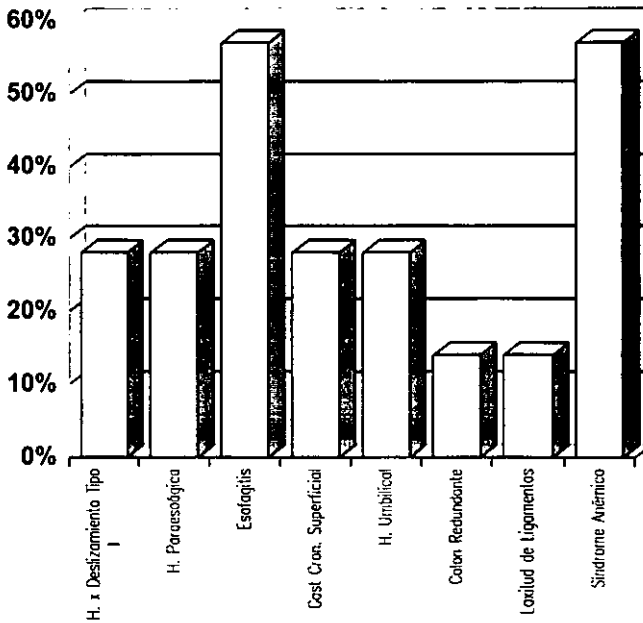
VOMITOS:	6	(85%)
EPIGASTRALGIA:	5	(71%)
REGURGITACIONES:	4	(57%)
NAUSEAS:	4	(57%)
PIROSIS:	4	(57%)
ANEMIA CRONICA:	4	(57%)
DISTENSION ABDOMINAL:	3	(41%)
SACIEDAD TEMPRANA:	2	(28%)
DOLOR PRECORDIAL:	1	(14%)
DISFONIA:	1	(14%)



(Figura 6)

PATOLOGIA ASOCIADA:

HERNIA POR DESLIZAMIENTO TIPO I:	2	(28%)
HERNIA PARAESOFAGICA:	2	(28%)
ESOFAGITIS:	4	(57%)
GASTRITIS CRÓNICA SUPERFICIAL:	2	(28%)
HERNIA UMBILICAL:	2	(28%)
COLON REDUNDANTE	1	(14%)
LAXITUD DE LIGAMENTOS	1	(14%)
SINDROME ANEMICO	4	(57%)

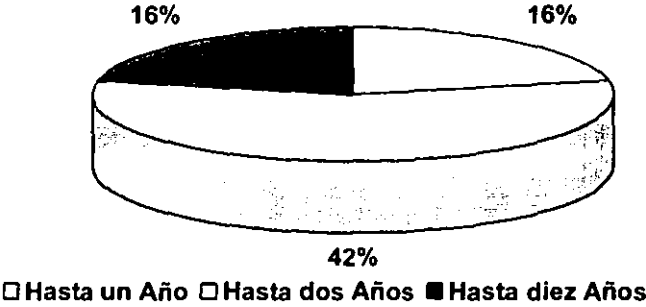


(Figura 7)

TIEMPO DE EVOLUCION DEL CUADRO CLINICO:

HASTA UN AÑO:	2 PACIENTES. (16 %)
HASTA DOS AÑOS:	3 PACIENTES. (42 %)
HASTA DIEZ AÑOS:	2 PACIENTES. (16 %)

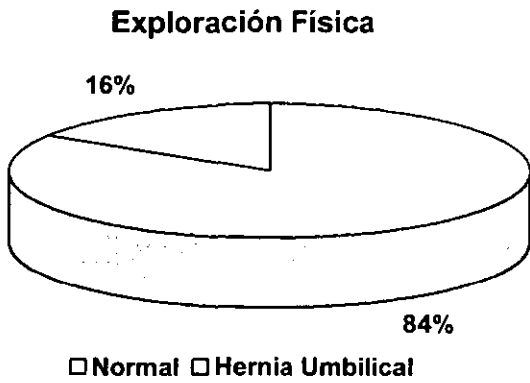
Tiempo de Evolución del Cuadro Clínico



(Figura 8)

EXPLORACION FISICA:

NORMAL:	5	PACIENTES	(84 %)
HERNIA UMBILICAL:	1	PACIENTE	(14 %)



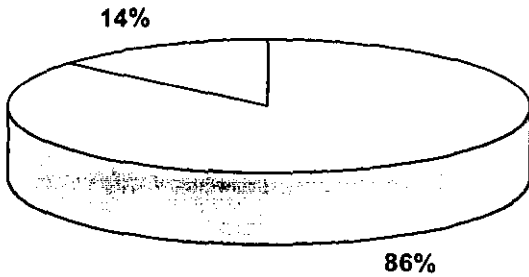
(Figura 9)

DIAGNOSTICO:

SERIE ESOFAGOGASTRODUODENAL

CON EVIDENCIA DE VOLVULOS: 6 (85 %)
SIN EVIDENCIA DE VOLVULOS: 1 (14 %)

Serie Esofagastroduodenal

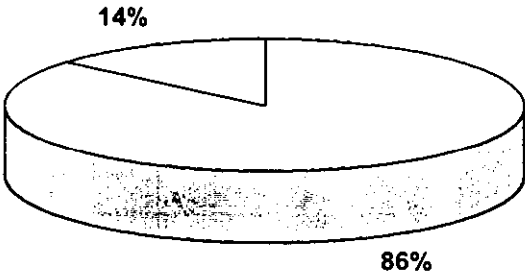


Con Evidencia de Volvulos Sin Evidencia de Volvulos

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA :

CON EVIDENCIA DE VOLVULOS: 6 (85 %)
SIN EVIDENCIA DE VOLVULOS: 1 (14 %)

Endoscopia Digestiva Alta



Con Evidencia de Volvulos Sin Evidencia de Volvulos

TIPO DE VOLVULOS HALLADOS:

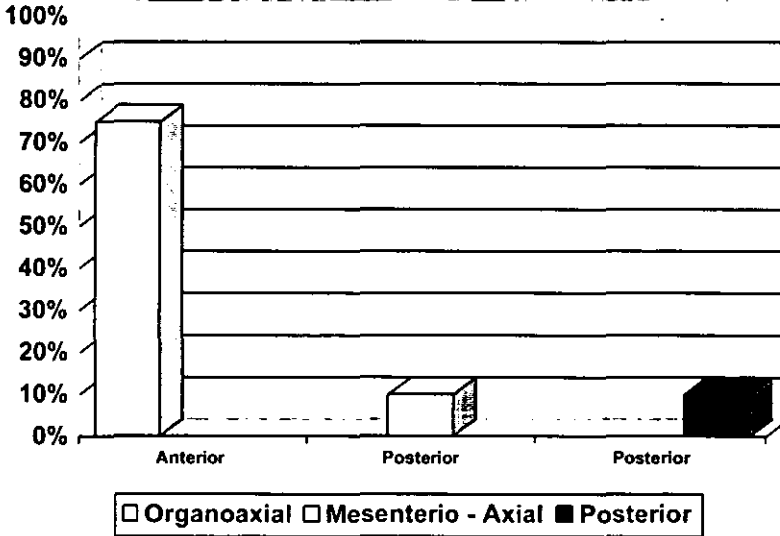
ORGANOAXIAL:

ANTERIOR: 5
POSTERIOR: 1

MESENTERIO-AXIAL:

POSTERIOR: 1

Tipo de Volvulos Hallados



CIRUGIAS REALIZADAS:

GASTROPEXIA TECNICA DE STAM:	5 PACIENTES.
PLASTIA DE HIATO:	2 PACIENTES.
FUNDUPLICATURA NISSEN:	1 PACIENTE.
COLOPEXIA:	1 PACIENTE.
PLASTIA UMBILICAL:	1 PACIENTE.
NO OPERADO:	1 PACIENTE.

COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS:

DOLOR
SACIEDAD TEMPRANA
DISTENSIÓN ABDOMINAL
VOMITOS
NAUSEAS

DISCUSION

El volvulus gástrico crónico es una rara condición, que ocasiona obstrucción del tracto gastrointestinal, a pesar de ser poco común, se reporta con mayor frecuencia debido al incremento en la realización de estudios endoscópicos y radiológicos, que permiten corroborarlo, siendo importante, para evitar complicaciones y poder realizar un manejo sistemático adecuado.

En nuestro estudio, se halló que el 57 % de los casos pertenecían al sexo femenino, el 43 % al masculino, con edades comprendidas entre los 20 y 85 años, con promedio de 53 años.

Se investigó el hábito de tabaquismo hallando el 43 % asociado y la mayoría con un consumo en forma ocasional, así mismo el alcohol encontrando un consumo intenso en el 57 % de los pacientes.

Las manifestaciones clínicas como los vómitos, la epigastralgia, regurgitaciones, náusea, pirosis, distensión abdominal respectivamente, dentro de las más comunes. La sintomatología depende del grado de rotación y cuando se obtienen los 180 grados puede distorsionar la unión esofagogástrica impidiendo el paso de alimentos al estómago.

Algunas patologías asociadas encontradas como hernia por deslizamiento, hernia paraesofágica, esofagitis, gastritis crónica superficial, hernia umbilical, colon redundante, laxitud de ligamentos, estando en común relación con los resultados de la literatura mundial.

El tiempo de evolución estuvo comprendido entre 2 y diez años, encontrando el 71 % de los pacientes en forma asintomática.

Para realizar el diagnóstico la serie esofagogastroduodenal reportó la evidencia del mismo en el 85 % al igual que la endoscopia alta, siendo considerados como dos estudios pilares para corroborar dicha entidad.

El tipo de vólvulos más común fué el organoaxial y dentro de ellos el anterior, seguido por el tipo mesenterioaxial.

Los procedimientos realizados estuvieron comprendidos por gastropexia tipo stam, plastia de hiato, funduplicatura tipo nissen, colopexia, plastia umbilical.

En cuanto a las complicaciones postoperatorias el dolor, la saciedad temprana, distensión abdominal, los vómitos alimentarios, nauseas estuvieron dentro de los más comunes, siendo tratados médicamente, obteniéndose buenos resultados.

La cirugía tradicional continúa ocupando un lugar importante para el manejo de esta entidad y debe realizarse sin pérdida de tiempo, una vez corroborado el diagnóstico con la seguridad de sus resultados..

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

CONCLUSIONES:

Aunque poco común el Vólvulos Gástrico Crónico, sigue diagnosticándose con mayor frecuencia a través de estudios como la serie esofagogastroduodenal y la endoscopia ya sea en forma directa o incidental, cumpliendo un papel muy importante, tanto para el diagnóstico como también en el manejo.

Se han descrito algunos reportes de tratamiento con endoscopia y laparoscopia, pero la cirugía tradicional continua cumpliendo un papel muy importante.

El diagnóstico y tratamiento temprano del Vólvulos Gástrico Crónico, evita complicaciones importantes que se pueden presentar, de esta manera disminuye la morbimortalidad, mejorando el pronóstico para el paciente.

El Vólvulos Organoaxial continua siendo el mas común, como pudimos encontrarlo en la presente revisión, lo que podemos corroborar con la literatura mundial.

El manejo quirúrgico del Vólvulos Gástrico Crónico, es bueno y son pocas las complicaciones, que pueden presentarse, por lo que se debe insistir para llevarlo a cabo y no esperar que esta patología pueda alcanzar estados muy agudos con sus complicaciones ya conocidas.

BIBLIOGRAFIA

- 1- THE BRITISH JOURNAL OF SURGERY, AUGUST 1971 VOL 58 NUMERO 8.
- 2- CHRONIC AND RECURRENT VOLVULUS OF THE STOMACH - AMERICAN JOURNAL OF SURGERY VOL 115 APRIL 1968.
- 3- REV . CHI, 28:20, 1957.
- 4- AMJ SURG 1980;140:99-106.
- 5- INTRATHORACIC STOMACH WITH VOLVULUS - AJDC- VOL 143, APRIL 1989.
- 6- ACTA CHIR SCAND 103:131-153,1952.
- 7- ARCH KLIN CHIR 74:243-260.
- 8- VOLVULUS OF THE STOMACH - RADIOLOGY 103:157-158,APRIL 1972.
- 9- AMER J SURG 115:505-515,APR 1968.
- 10- ARCH SURG- VOL 126, SEPTEMBER 1991.
- 11- VOLVULUS OF THE STOMACH - BR J SURG 1971;58:557-562.
- 12- VOLVULUS OF THE STOMACH - AJDC 1970;120:551-552.
- 13- VOLVULUS OF STOMACH - RADIOLOGY 1972;103:153-156.
- 14- VOLVULUS OF THE STOMACH J. NATL MED ASSOC 1987,79:171-176.
- 15- STOMACH WITH VOLVULUS. AJDC 1989, 143, 503-504.

- 16- JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS-
MARCH 1994- VOL 178.
- 17- CHRONIC GASTRIC VOLVULUS. AM. J. GASTROENTEROL.
1985. 80: 170-173.
- 18- VOLVULUS OF THE STOMACH AM. J. CHILD 1970, 120: 551-
552.
- 19- VOLVULUS OF THE STOMACH: AN AFRICAN SERIES AND A
REVIEW. J. NATL. MED. ASSOC.1987,79:171-176.
- 20- SURGERY GREENFIELD. 1997.
- 21- MAINGOT VOL 2. 1987.
- 22- TRATADO DE CIRUGIA. PERA. 1981.
- 23- COLONIC VOLVULUS IN CHILDREN. AJR L994;162:1157-
1159.
- 24- AXIAL VOLVULUS OF THE SMALL BOWEL CAUSED BY
MECKELS DIVERTICULUM- SURGERY NOVEMBER 1993.
VOL 114 NUMBER 5.
- 25- VOLVULUS OF THE STOMACH. JORGEN B. DALGAARDPAG
130-153. ACTA CHI. SACNDINAM. VOL CIII.