

Síndrome de dilatación torsión gástrica

Belén Maté Moreno

Vanesa Moreno García

Luis Prieto Barla

1) Introducción:

El síndrome de dilatación-torsión gástrica es un trastorno agudo muy grave, que pone en peligro la vida del paciente y que se considera de urgencia médica y quirúrgica, con lo cual es preciso realizar un diagnóstico rápido para poder instaurar lo antes posible el tratamiento.

La dilatación del estómago se produce por un acumulo anormal de gas, asociado a un fallo en los mecanismos fisiológicos de vaciado gástrico (vómito y eructo). La dilatación gástrica siempre precede a la torsión.

No se conocen las causas concretas por las que se produce una dilatación del estómago, aunque si se sospecha de una serie de factores predisponentes como son las ingestas rápidas y abundantes, los animales con tórax amplio, estrés, etc.

Estamos un día tan tranquilos en nuestra clínica y entra en la consulta una hembra de Setter irlandés de 7 años de edad con la siguiente sintomatología:

- Distensión abdominal con timpanismo;
- Nausea no productivas;
- Inquietud, salivación y dificultad respiratoria;
- Púlsos femorales débiles;
- Elevado tiempo de relleno capilar;
- Aumento de la frecuencia cardíaca.

2) Tratamiento médico:

Ante este cuadro lo que debemos hacer rápidamente es vaciar el estómago lo antes posible.

En función del estado del animal tendremos que utilizar o no sedación. En caso de necesitar sedación emplearemos una mezcla de Diazepam (0.2-2.0 mg/Kg) y Butorfanol (0.5 mg/Kg), que será suficiente en la mayoría de los casos.

Una vez sedado pasaremos una sonda orogástrica lubricada, de gran calibre para extraer todo el aire y líquido posible del estómago y realizar un lavado completo con solución salina o agua tibia.

Si no es posible llevar a cabo el sondaje utilizaremos catéteres de 18G para trocarizar el estómago intentando sacar la máxima cantidad de gas posible, y tras esto intentaremos de nuevo el sondaje.

En caso de que solo fuera dilatación remitiría con el tratamiento médico pero debido a las altas posibilidades de que se vuelva a producir es recomendable el tratamiento quirúrgico. Las torsiones siempre hay que operarlas. Previamente a la intervención quirúrgica hay que estabilizar al animal:

- a) Mientras estamos realizando la descompresión, colocamos un catéter de gran calibre en cada vena cefálica, administrando una solución de Ringer lactato a una velocidad rápida durante la primera hora (90 ml/Kg), pasando después a 25-50 ml/Kg/hora. Tras la dosis inicial de suero añadimos 10 mEq de cloruro potásico en el siguiente litro de solución a perfundir, para evitar problemas cardíacos.
- b) Corticoides en dosis de shock (2-8 mg/Kg de Dexametasona vía intravenosa lenta).
- c) Para tratar la endotoxemia se da una única dosis de flunixin meglumine de 1 mg/Kg vía IV durante la fase inicial del tratamiento.
- d) Como antibióticos usaremos una combinación de cefazolina (20 mg/Kg) y gentamicina (2 mg/Kg).
- e) Las complicaciones secundarias más importantes que podemos encontrar son las arritmias cardíacas, siendo más comunes las ventriculares. Las trataremos inicialmente con un bolo de lidocaína (1-2 mg/Kg), controlando en todo momento el ECG y si persisten en 3-5 minutos repetiremos la dosis.

3) Tratamiento Quirúrgico:

Una vez estabilizado el paciente procedemos a realizar una gastropexia permanente, fijando el estómago a la pared abdominal y evitando así recidivas.

- a) Protocolo anestésico: en caso de no haber sedado al animal al principio de la actuación debemos hacerlo ahora, después inducimos con propofol (4-6 mg/Kg IV) y para el mantenimiento utilizaremos Isoflurano.
- b) Colocamos el paciente sobre la mesa de operaciones en decúbito dorsal, rasuramos y realizamos varias pasadas con alcohol y povidona yodada por el abdomen del paciente. Las

Síndrome de dilatación-torsión gástrica

pasadas las efectuamos en forma de círculos concéntricos desde el centro hacia fuera. El área de preparación se extenderá desde la mitad del tórax hacia el púbis.

- c) Ahora debemos realizar el abordaje de la cavidad abdominal, para lo cual realizamos una celiotomía media ventral. Con el paciente en decúbito dorsal efectuamos una incisión cutánea en la línea media ventral comenzando desde cerca del proceso xifoides y extendiéndola caudalmente hacia el pubis (Fig, 1). Incidir en forma aguda los tejidos subcutáneos hasta exponer la fascia externa de músculo recto abdominal. Ligar o cauterizar los puntos subcutáneos pequeños sangrantes e identificar la línea alba, una vez localizada levantaremos la pared abdominal y realizaremos una incisión aguda con ayuda de un bisturí. Ahora ampliaremos la incisión con unas tijeras, con cuidado de no dañar ningún órgano, hacia craneal y caudal hasta cerca de la extensión de la incisión cutánea

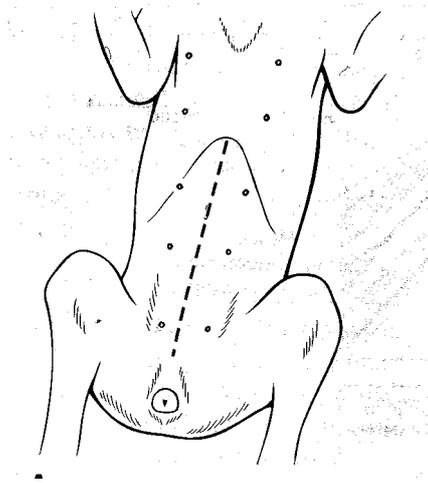


Fig. 1. Posición del paciente y localización de la incisión

- d) Una vez abordada la cavidad abdominal hemos de colocar lo más rápidamente posible el estómago en su posición fisiológica, para lo cual hemos de saber que habitualmente el píloro migra ventralmente desde el flanco derecho hacia el izquierdo, hasta localizarse cerca del cardias (Fig. 2). Localizaremos el fundus y el cuerpo del estómago en la pared abdominal derecha. Siempre que al abrir la pared abdominal nos encontremos el estómago cubierto por el gran epiplón sabremos que existe torsión. La desrotación del estómago la hacemos en contra de las agujas del reloj (porque la rotación había sido a favor de estas), para esto agarraremos el píloro con la mano derecha y la curvatura mayor con la izquierda. Llevaremos la curvatura mayor hacia la camilla mientras se eleva el píloro hacia la incisión. Hay que asegurarse de que el bazo se encuentre normalmente colocado en cuadrante abdominal izquierdo. Si hubiera necrosis o infartación significativa del bazo se procedería a efectuar una esplenectomía total o parcial.

Síndrome de dilatación-torsión gástrica

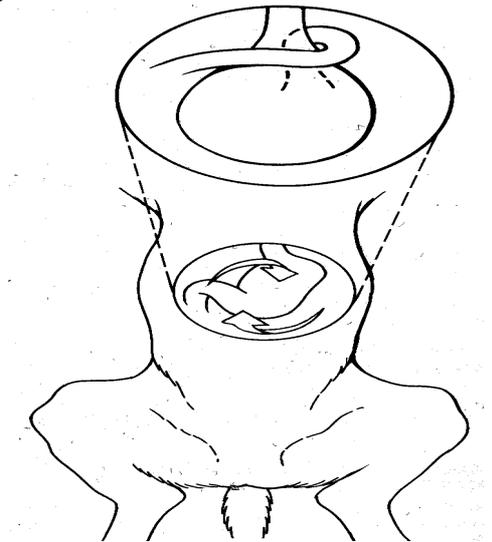


Fig.2. Dirección de la rotación gástrica más habitual

- e) Al desrotar el estómago nos encontramos con que la curvatura mayor del estómago estaba bastante necrosada con lo cual se le realizó una gastrectomía parcial (Fig.3). Lo primero que hicimos fue ligar las ramas de los vasos gastroepiploicos izquierdos y los vasos gástricos cortos a lo largo del segmento a eliminar. Eliminamos el trozo necrótico dejando un margen de tejido normal con sangrado activo para la cicatrización. Luego cerramos el estómago con un patrón de sutura invaginante en dos capas, utilizando material absorbible (poligluconato 2-0). En la primera capa de la gastrorrafia incorporamos submucosa, muscular y serosa en un patrón continuo simple. Luego empleamos patrón de Lembert para invertir la serosa y mucosa sobre la primera capa.

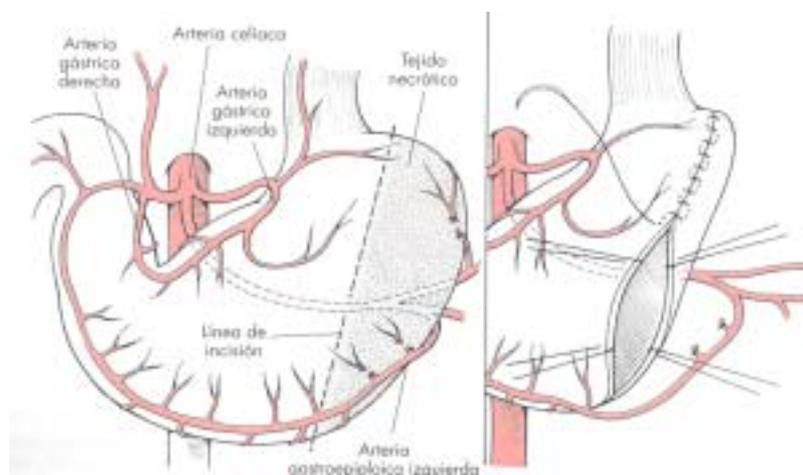


Fig.3. Gastrectomía parcial

- f) Ahora debemos fijar el estómago a la pared abdominal para impedir que vuelva a producirse la torsión. Para esto llevamos a cabo una gastropexia incisional (en colgajo muscular). Preparamos dos colgajos en bisagra en la capa seromuscular del antro gástrico de aproximadamente 5-6 cm de largo (Fig.4). Luego realizamos dos colgajos similares en la pared abdominal ventrolateral derecha mediante incisión en el peritoneo y fascia interna del músculo recto abdominal. Elevamos los colgajos mediante la disección en ventral de la capa

Síndrome de dilatación-torsión gástrica

muscular una vez hecho esto invertimos los colgajos y suturamos el borde de los colgajos abdominales a los gástricos, utilizando un patrón continuo simple con material absorbible del 2-0 (también puede hacerse con no absorbible). Hay que asegurarse de que la capa muscular del estómago esté en contacto con el músculo de la pared abdominal, para ello suturamos primero el margen craneal seguido del caudal. Tenemos que dar suficientes puntos para evitar que un asa intestinal pueda quedar encarcerada entre los colgajos.

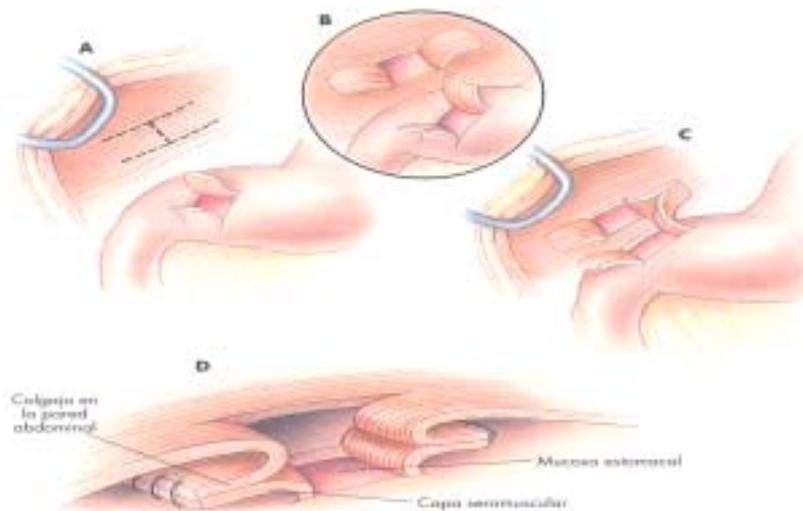


Fig.4. Gastropexia incisional

- g) Una vez realizado todo esto ya solo nos queda cerrar la cavidad abdominal. La línea alba la cerramos con un patrón de sutura simple interrumpida con ploigluconato. Sobre cada lado de la incisión incorporamos 4-10 mm de fascia en cada sutura. Colocamos puntos interrumpidos a 5-10 mm de distancia, ajustando las suturas lo suficiente para afrontar, pero no estrangular, el tejido. Incorporaremos puntadas de espesor completo de la pared abdominal en las suturas (Fig.5).
- h) Ahora cerramos los tejidos subcutáneos con un patrón simple de material de sutura absorbible, y por último colocamos puntos en la piel con material no absorbible (seda). con cuidado de que los puntos de la piel no tengan tensión.

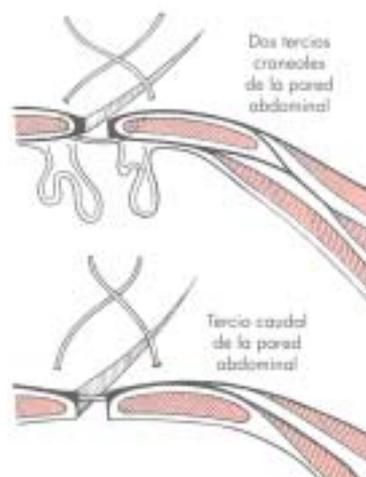


Fig.5. Síntesis de la incisión media

Síndrome de dilatación-torsión gástrica

4) **Materiales de sutura e instrumentos especiales:**

- a) Celiotomía: Separadores abdominales de Balfour, suturas de poligluconato y seda.
- b) Gastrectomía y gastropexia: material de sutura absorbible (poligluconato), forceps atraumáticos.

5) **Postoperatorio**

Durante las 24 horas posteriores a la intervención hemos de mantener al animal constantemente vigilado, prestando especial atención a posibles arritmias cardiacas que aparecen normalmente a las 12-36 horas de la dilatación. El animal no debe ingerir nada hasta 24 horas después de la cirugía, comenzando con agua en pequeñas cantidades y continuaremos a las 48 horas con alimento sólido, que iremos aumentando progresivamente. A los siete días el animal comerá y beberá de forma normal, aunque debemos avisar al dueño que su animal deberá comer durante toda su vida 2-3 veces al día, evitando además el ejercicio y la ingesta abundante de líquidos inmediatamente después de comer.

6) **Bibliografía**

- Welch Fossum, Theresa. Cirugía en Pequeños Animales. Inter-médica, 1999.
- Slatter. Textbook of Small Animal Surgery. WB Saunders Company, 1993.
- Birdchard SJ, Sherding RG. Manual Clínico de Pequeñas Especies. McGraw-Hill Interamericana. Mexico, 1996.
- Gómez Arcos, Lucía. III Congreso Anual A.Co.V.E.A.C. Córdoba, 4 y 5 de Marzo de 2000.