

CARTAS AL EDITOR

Síncope como debut clínico de un vólvulo gástrico agudo

Syncope as the clinical presentation in a case of acute gastric volvulus

Sr. Editor:

El síncope constituye un motivo frecuente (3-5%) de consulta en urgencias. El neuromediado es el tipo más común (66%), seguido de los de origen cardíaco (10-20%) e hipotensión ortostática (10%)¹.

Varón de 67 años con antecedentes de dislipemia y sin otros factores de riesgo cardiológicos. Acudió a urgencias por presentar un síncope en sedestación tras la ingesta, recuperado sin secuelas. Posteriormente presentó dolor epigástrico con náuseas y vómitos, sin dolor torácico, palpitaciones ni disnea. No existió sintomatología sugestiva de focalidad neurológica ni clínica infecciosa. Se realizó electro-

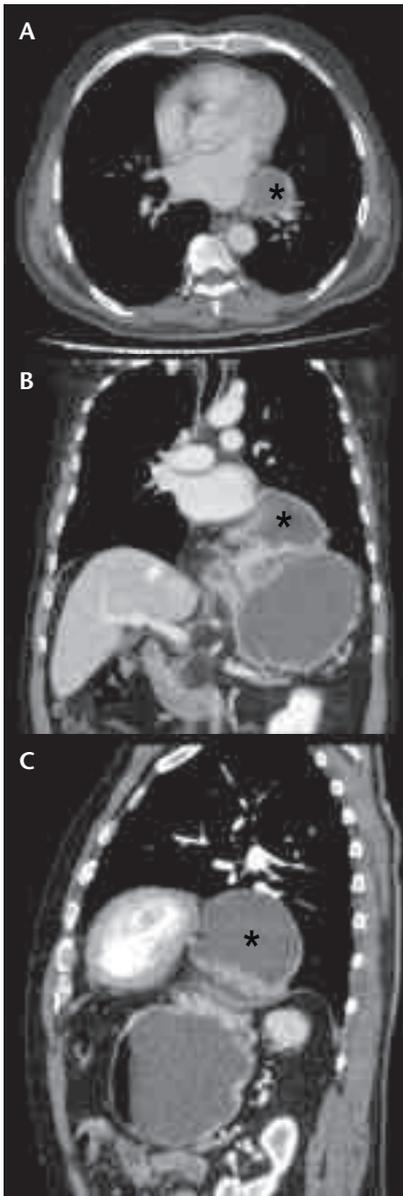


Figura 1. Tomografía computarizada toracoabdominal: hernia paraesofágica gigante que incluye antro gástrico (asteriscos), secundaria a volvulación gástrica con rotación sobre su eje mesentérico axial corto. Dado su tamaño comprime la aurícula y el ventrículo izquierdos. El *fundus* y cuerpo gástrico permanecen en cavidad abdominal. A) Corte axial. B) Corte coronal. C) Corte sagital.

cardiograma para descartar posible origen cardiológico del síncope que mostró ritmo sinusal a 75 lpm, QRS estrecho con elevación de ST en derivaciones V2-3 y T negativa en el resto de las derivaciones precordiales. Tras estos hallazgos se realizó una ecocardiografía transtorácica que evidenció una miocardiopatía hipertrófica y objetivó una imagen extracardiaca de aspecto

quístico con contenido ecogénico móvil inferior (6-8 cm), que comprimía cavidades cardíacas izquierdas. Se completó el estudio mediante tomografía computarizada (TC) toracoabdominal que mostró una hernia paraesofágica de gran tamaño, con volvulación gástrica mesentérico axial que comprimía la aurícula y el ventrículo izquierdos (Figura 1). Se colocó sonda nasogástrica descompresiva, se realizó devolvulación gástrica endoscópica en las primeras 24 horas, y se descartó necrosis de la mucosa gástrica o perforación. El paciente evolucionó favorablemente con tratamiento médico. Posteriormente, se realizó de forma programada una funduplicatura laparoscópica tipo Nissen con evolución postoperatoria satisfactoria.

En la evaluación inicial de todo paciente con cuadro sincopal ha de realizarse una historia clínica detallada, exploración física minuciosa y un electrocardiograma para llegar a un diagnóstico de presunción². El vólvulo gástrico es una entidad poco frecuente y su presentación inicial como cuadro sincopal es aún más excepcional, y es una patología potencialmente mortal. El vólvulo gástrico agudo se caracteriza clínicamente por la tríada de Borchardt en un 70% de los casos: arcadas sin vómitos, epigastalgia e imposibilidad de colocación de sonda nasogástrica³. Están descritos casos de síncope por la ingestión de alimentos en pacientes con hernias de hiato gigantes debido a diferentes mecanismos⁴. En este caso, existe una compresión directa de la aurícula y ventrículo izquierdos que condiciona la disminución del gasto cardíaco que produce el síncope. Se puede clasificar erróneamente estos síncope como neuromediados por aumento del tono vagal en relación con la deglución, lo cual puede retrasar su correcto tratamiento. Por todo esto, tener una alta sospecha diagnóstica de esta enfermedad es complicado. En este caso, fue el hallazgo incidental de una masa extracardiaca en la ecocardiografía transtorácica y la confirmación mediante la TC de la hernia paraesofágica gigante con volvulación gástrica que comprimía el corazón lo que permitió determinar el origen causal del síncope.

El tratamiento sintomático consiste en descompresión gástrica con sonda nasogástrica y devolvulación endoscópica precoz. La gastroscopia objetivó que no existía compromiso vascular de la mucosa gástrica, lo cual permitió diferir el tratamiento quirúrgico, que tiene mejores resultados. El tratamiento curativo definitivo

es la cirugía (abierto o laparoscópica) de la hernia mediante su reducción, funduplicatura y gastropexia⁵.

Sara Alonso-Batanero¹,
Omar Abdel-lah Fernández^{1,2},
Felipe Carlos Parreño Manchado^{1,2}

¹Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca, España.

²Unidad de Cirugía Esofagogástrica y de la Obesidad, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca, España.

sabbatanero@gmail.com

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de interés en relación al presente artículo.

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas: Todos los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa de financiación y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS. El paciente ha confirmado su consentimiento para que su información personal sea publicada.

Editor responsable: Xavier Jiménez Fábrega.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares.

Bibliografía

- 1 Goldsmith C, Kass JS, Tzu-Ching WU. Syncope. En: Ferri FF, editor. *Ferri's Clinical Advisor 2020*, Filadelfia: Elsevier; 2020. pp. 1328-31.
- 2 Sagristá Sauleda J. Abordaje diagnóstico y terapéutico del síncope en urgencias. *Emergencias*. 2007;19:273-82.
- 3 Ferrer Márquez M, García Díez JM, Parra Montoya F, Vargas Fernández M. Vólvulo gástrico asociado a taponamiento cardíaco. *Rev Esp Enferm Dig*. 2011;103:498-500.
- 4 Maseda Uriza R, Piqueras Flores J, Pérez Díaz P, Moreno Reig Á. Una causa rara de síncope. *CardiCore*. 2018;53:82-4.
- 5 Martínez García R, Peris Tomás N, Domingo Del Pozo C, Vázquez Tarragón A, Martínez Mas E, Trullenque Juan R, et al. Tratamiento del vólvulo gástrico agudo mediante abordaje laparoscópico. *Cirugía Española*. 2013;91:189-93.