

Helder Moreira Borges Filho¹; Isabella Fernandes¹; Marcela Sousa Araujo¹; Renata Emanuele Antunes Almeida¹; Lucas Augusto Rodrigues de Oliveira²; Micael Cruz Santana³; Thales Maia Teixeira⁴;

Universidade Estadual de Santa Cruz¹; Hospital Copa D'Or²; Hospital de Base do Distrito Federal³; Hospital Regional da Asa Norte⁴;

INTRODUÇÃO

O volvo gástrico (VG) é uma rotação do estômago superior a 180 graus. Usualmente, ele se torce dentro do abdome superior, condicionando uma oclusão intestinal alta. Pode ocorrer em qualquer idade - sem associação a sexo ou etnia -, mas é mais prevalente (78%) após os 50 anos.^{1,2,3,4} É uma patologia consideravelmente rara e cursa com sintomatologia inespecífica, o que leva ao diagnóstico tardio. Ocorre de forma primária - idiopática, 25% dos casos, resultado de aderências ou alterações nos ligamentos suspensores do estômago, que asseguram a ancoragem do órgão - ou secundária - 75% dos casos e pode ter origem por alterações em anatomia ou função gástrica (hérnia hiatal, hérnia diafragmática, obstrução pilórica, entre outras). O VG apresenta-se, também, de forma aguda ou crônica - com períodos agudos, quando podem ocorrer complicações.^{4,6,7,8} Na forma crônica, o diagnóstico é difícil e os exames complementares podem ser normais nas fases assintomáticas. É possível identificar o volvo gástrico nas radiografias de tórax e abdome pela presença de massa retrocardíaca com bolha gasosa ou aumento de densidade de tecidos moles associando a presença do restante do estômago abdominal distendido e preenchido por líquido. Também pode-se diagnosticar por TC, mas o padrão-ouro para diagnóstico é o estudo fluoroscópico do tubo digestivo com contraste baritado.^{2,5,10,11} O VG pode ser de três tipos: organoaxial - mais comum, 60% dos casos, o estômago rotaciona em torno do seu eixo longo, difícil demonstração imagiológica caso não tenha defeito diafragmático associado -, mesenteroaxial - 30% dos casos, o órgão rotaciona em torno do seu eixo curto, o volvo gástrico aparece esférico na radiografia em decúbito dorsal - e misto - 10% dos casos, o órgão rotaciona ora em torno do maior eixo, ora do menor.²



Figura 1: Radiografia com contraste de bário.



Figura 2: Tomografia computadorizada de abdômen.

RELATO DE CASO

Paciente feminino, 32 anos, com história de epigastralgia crônica, localizada, de intensidade 9/10 segundo a escala analógica da dor e episódios de agudização por ânsias sem conseguir vomitar há 18 horas. Ao exame físico: abdome globoso e epigastralgia à palpação superficial e profunda, sem sinais de irritação peritoneal. Radiografia do abdome demonstrou hipodensidade gástrica esférica em cárdia e fundo, sugerindo VG; já na com contraste, evidenciou-se hérnia hiatal com VG intratorácico. Na EDA não houve passagem do endoscópio pela cárdia e não se conseguiu descompressão com sonda nasogástrica. Paciente evoluiu com choque hipovolêmico e foi submetida à cirurgia, constatando volvo tipo organoaxial (vertical) em saco herniário transhiatal, isquemia diafragmática e na porção superior da curvatura maior, tratados por gastropexia anterior, hiatooplastia e funduplicatura à Nissen sem intercorrências.

DISCUSSÃO

O VG pode apresentar-se de forma crônica com períodos agudos. A agudização, nesse contexto, pode levar a isquemia gástrica, necrose, perfuração e choque hipovolêmico, caracterizando-se como emergência cirúrgica com uma mortalidade de 30-50%.^{1,4} VG deve ser suspeitado pelas ânsias intensas sem vômitos, dor abdominal e dificuldade de sondagem endoscópica. O tratamento varia de acordo com a apresentação clínica, mas VG na forma crônica é indicada laparoscopia ou laparotomia.

REFERÊNCIAS

1. Penha D, Rodrigues E, Paixão P, Schmitt W, Pedro João, Pinto EG, Ana Costa. "Um nó no estômago": volvo gástrico. Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca 2014; 2(1): 21-24.
2. Jacob CE, Lopasso FP, Zilberstein B, Bresciani CJ, Kuga R, Cecconello I, et al. Volvo gástrico: revisão de 38 casos. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2009; 22: 96-100.
3. Sevcik W, Steiner IP. Acute gastric volvulus: case report and review of the literature. JCMU. 1999; 1: 200-203.
4. Chau B, Dufel S. Gastric volvulus. Emerg Med J. 2007; 24: 446-7.
5. McElreath DP, Olden KW, Aduli F. Hiccups: a subtle sign in the clinical diagnosis of gastric volvulus and a review of the literature. Dig Dis Sci. 2008; 53: 3033-6.
6. Godshall D, Mossallam U, Rosenbaum R. Gastric volvulus: a case report and review of the literature. J Emerg Med. 1999; 17: 837-40.
7. Teague WJ, Ackroyd R, Watson DI, Devitt PG. Changing patterns in the management of gastric volvulus over the 14 years. Br J Surg. 2000; 87: 358-61.
8. Channer LT, Squires GT, Price PD. Laparoscopic repair of gastric volvulus. JSLS. 2000; 4: 225-30.
9. Bento, A Baptista H, Pinheiro C, Pinho A, Lopes S, Martinho F. Volvo gástrico: caso clínico. Jornal Português de Gastrenterologia. 2010; 17: 223-226.
10. Rashid F, Thangarajah T, Mulvey D, Larvin M, Iftikhar SY. A review article on gastric volvulus: a challenge to diagnosis and management. Int J Surg. 2010; 8: 18-24.
11. Estevao-Costa J, Soares-Oliveira M, Correia-Pinto J, Mariz C, Carvalho JL, da Costa JE, et al. Acute gastric volvulus secondary to morgagni hérnia. Pediatr Surg Int. 2000; 16: 107-8.