



Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), julio-agosto 2024,
Volumen 8, Número 4.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i4

**VÓLVULO GÁSTRICO EN UN
PACIENTE PEDIÁTRICO: REPORTE DE CASO,
DESAFÍOS EN EL MANEJO Y REVISIÓN
DE LA LITERATURA**

**GASTRIC VOLVULUS IN A PEDIATRIC PATIENT:
CASE REPORT, MANAGEMENT CHALLENGES,
AND LITERATURE REVIEW**

Antonio Castro Cruz

Hospital General de Cholula, México

Jesús Roberto Aguirre López

Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, México

José Emilio Morales Velázquez

Hospital General de Cholula, México

Hugo Bernabé Alarcón Morales

Universidad Autónoma de Puebla, México

Héctor Alfonso López Santos

Universidad Autónoma de Puebla, México

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i4.13506

Vólvulo Gástrico en un Paciente Pediátrico: Reporte de Caso, Desafíos en el Manejo y Revisión de la Literatura

Antonio Castro Cruz¹doctorantoniocastro@gmail.com<https://orcid.org/0009-0004-2124-8328>Hospital General de Cholula
Servicio de Cirugía Pediátrica
México**Jesús Roberto Aguirre López**jesus_aguirre89@hotmail.com<https://orcid.org/0009-0006-2781-6781>Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos
Servicio de Cirugía Pediátrica
México**José Emilio Morales Velázquez**jemorales.med@gmail.com<https://orcid.org/0009-0001-2595-7218>Hospital General de Cholula
Servicio de Pediatría
México**Hugo Bernabé Alarcón Morales**alarconmorales.bernabe@gmail.com<https://orcid.org/0000-0003-3004-9908>Facultad de Medicina de la Benemerita
Universidad Autónoma de Puebla
México**Héctor Alfonso López Santos**hector.lopezss@udlap.mx<https://orcid.org/0000-0001-6215-2358>Facultad de Medicina de la Benemérita
Universidad Autónoma de Puebla
Coordinador de la Jefatura de Enseñanza e
Investigación en el Hospital General de Cholula
México

RESUMEN

El vólvulo gástrico en Pediatría es una emergencia quirúrgica rara pero grave, caracterizada por la torsión del estómago. Su presentación clínica incluye dolor abdominal y vómitos, lo que dificulta su diagnóstico temprano. La identificación rápida y el manejo adecuado son esenciales para prevenir complicaciones graves y mejorar los resultados en pacientes pediátricos. Este caso clínico muestra a un niño de 4 años, previamente sano, que presentó un cuadro clínico de dolor abdominal insidioso en epigastrio, desencadenado por la ingesta de alimentos, seguido de vómitos progresivos e intolerancia de la vía oral. La exploración reveló distensión abdominal, palidez, deshidratación y signos de choque. Estudios paraclínicos mostraron anemia microcítica hipocrómica, lesión renal aguda estadio 2 (KDIGO), y acidosis metabólica con hiperlactatemia. La radiografía indicó oclusión intestinal mecánica, y la cirugía evidenció vólvulo gástrico órgano-axial y perforación gástrica a la manipulación, por lo que se realizó una gastroplastia, observándose áreas de necrosis con mejoría parcial tras la desvolvulación y por condiciones del tejido gástrico se decidió un "second look" a las 72 horas, se observó mejoría en la perfusión gástrica, se realizó una gastropexia en tres puntos y se colocó una gastrostomía protectora. Su posoperatorio fue satisfactorio y egreso del servicio. Actualmente con buena evolución a 1 año de seguimiento. Concluyendo que el vólvulo gástrico en pediatría es una condición clínica poco común pero potencialmente seria que presenta desafíos diagnósticos y terapéuticos significativos.

Palabras clave: vólvulo gástrico, vólvulo órgano-axial, vólvulo mesentérico-axial, gastropexia

¹ Autor principal

Correspondencia: jesus_aguirre89@hotmail.com

Gastric Volvulus in a Pediatric Patient: Case Report, Management Challenges, and Literature Review

ABSTRACT

Gastric volvulus in Pediatrics is a rare but serious surgical emergency, characterized by the torsion of the stomach. Its clinical presentation includes abdominal pain and vomiting, which complicates early diagnosis. Rapid identification and appropriate management are essential to prevent severe complications and improve outcomes in pediatric patients. This case report describes a previously healthy 4-year-old female who presented with insidious epigastric abdominal pain triggered by food intake, followed by progressive vomiting and oral intolerance. Physical examination revealed abdominal distension, pallor, dehydration, and signs of shock. Laboratory studies showed microcytic hypochromic anemia, acute kidney injury stage 2 (KDIGO), and metabolic acidosis with hyperlactatemia. Abdominal radiography indicated mechanical intestinal obstruction, and surgery revealed an organoaxial gastric volvulus with gastric perforation upon manipulation. A gastropasty was performed, showing necrotic areas with partial improvement after detorsion. Given the condition of the gastric tissue, a "second look" procedure was planned 72 hours later, which showed improved gastric perfusion. A three-point gastropexy was performed, along with the placement of a protective gastrostomy. The postoperative course was satisfactory, and the patient was discharged. Currently, she shows good evolution after 1 year of follow-up. In conclusion, gastric volvulus in pediatrics is an uncommon but potentially serious clinical condition that presents significant diagnostic and therapeutic challenges.

Keywords: gastric volvulus, organo-axial volvulus, mesentero-axial volvulus, gastropexy

Artículo recibido 15 agosto 2024

Aceptado para publicación: 10 septiembre 2024



INTRODUCCIÓN

El vólvulo gástrico (VG) en la población pediátrica representa un desafío clínico de considerable complejidad, que genera preocupaciones tanto en su diagnóstico como en su manejo terapéutico. Aunque su incidencia en niños es relativamente baja, su gravedad no debe subestimarse (Pariente, et al., 2020). Estudios epidemiológicos indican una prevalencia aproximada de 1 caso por cada 1,000 admisiones hospitalarias pediátricas. Aunque esta cifra es modesta en comparación con otras patologías gastrointestinales en pediatría, subraya la necesidad de considerar el VG como un diagnóstico diferencial crucial en niños que presentan síntomas compatibles (da Costa & Saxena, 2019; Martínez de Mandojana Hernández, et al., 2024; Villela, et al., 2020).

El VG es una condición rara en la población pediátrica, caracterizada por la torsión anormal del estómago sobre uno o varios de sus ejes, lo que puede resultar en obstrucción parcial o completa del flujo gástrico, isquemia, y potencialmente necrosis gástrica si no se diagnostica y trata de manera oportuna (Tafernaberry, et al., 2021). A pesar de su baja incidencia, esta patología representa una emergencia quirúrgica crítica, que exige un alto índice de sospecha clínica debido a la variabilidad y la inespecificidad de sus manifestaciones, las cuales pueden depender del grado y la dirección de la torsión, así como de la rapidez con la que se desarrolla (Pariente, et al., 2020).

Esta patología en pacientes pediátricos es una entidad clínica poco común pero potencialmente grave, caracterizada por la torsión del estómago sobre uno o varios de sus ejes anatómicos. Esta torsión puede dar lugar a dos variantes principales: el vólvulo órgano-axial, donde el estómago rota sobre su eje longitudinal, y el vólvulo mesentérico-axial, donde la rotación ocurre sobre el eje que une el estómago con su mesenterio. Cada una de estas variantes presenta implicaciones clínicas y quirúrgicas particulares que deben ser consideradas en el diagnóstico y manejo de esta emergencia (Sacoto-Aguilar, et al., 2024). En cuanto a su etiología, puede originarse a partir de factores primarios o secundarios. Los factores primarios incluyen defectos congénitos o adquiridos en los ligamentos de fijación gástrica, como el ligamento gastrocólico y el gastroesplénico, los cuales pueden predisponer a una movilidad excesiva del estómago y, por consiguiente, a su torsión. Estos defectos pueden ser el resultado de anomalías del desarrollo o de procesos degenerativos que comprometen la integridad de las estructuras de soporte gástrico (Maldonado Armijos, et al., 2023).



Por otro lado, los factores secundarios abarcan una serie de condiciones anatómicas que alteran la posición normal del estómago dentro de la cavidad abdominal, contribuyendo así al desarrollo del VG. Entre estas condiciones, se destacan la hernia diafragmática congénita, la hernia hiatal y la eventración diafragmática, todas ellas capaces de desplazar el estómago y facilitar su torsión (da Rosa, et al., 2022). Además, en la población pediátrica, el vólvulo gástrico a menudo se asocia con la malrotación intestinal, una afección caracterizada por un error en la rotación normal del intestino medio durante su desarrollo y fijación en el periodo intrauterino. Este defecto en la rotación puede resultar en una fijación mesentérica anormal, lo que a su vez predispone al estómago a sufrir una torsión (Roca Álvarez & Parra Córdoba, 2022).

Históricamente, la clasificación del VG según el eje de torsión ha sido fundamental para entender las implicaciones clínicas y quirúrgicas de cada variante. El vólvulo órgano-axial, por ejemplo, tiende a presentarse con una obstrucción gástrica más severa y un riesgo elevado de isquemia, mientras que el vólvulo mesentérico-axial puede ser más insidioso en su presentación, complicando su diagnóstico (Roca Álvarez & Parra Córdoba, 2022). En la práctica clínica, es fundamental identificar con precisión la variante específica del vólvulo, ya que esta determinación guía la planificación del tratamiento adecuado. La elección de la intervención terapéutica puede variar considerablemente, abarcando desde procedimientos menos invasivos, como la desrotación endoscópica, hasta intervenciones más complejas, como la cirugía abierta o laparoscópica (Hermosillo-Cornejo, et al., 2022). La decisión final depende de múltiples factores, entre los que destacan la estabilidad hemodinámica del paciente y la extensión del daño gástrico asociado. En casos de compromiso severo de la perfusión gástrica o necrosis, la intervención quirúrgica urgente se convierte en la opción más viable para evitar complicaciones mayores. Por lo tanto, una evaluación clínica exhaustiva y una toma de decisiones quirúrgicas oportunas son esenciales para optimizar los resultados en estos pacientes (Verde, et al., 2019).

Cabe destacar que el VG en pacientes pediátricos puede manifestarse con una amplia variedad de síntomas, lo que complica su identificación temprana. Aunque el dolor abdominal y el vómito son síntomas comúnmente asociados, hasta el 20% de los pacientes pueden no presentar la tríada clásica de Borchardt, que incluye dolor epigástrico, vómitos no productivos y dificultad para la inserción de una sonda nasogástrica (Sheikh, et al., 2019). Esta variabilidad en la presentación clínica subraya la



necesidad de una evaluación clínica minuciosa y de mantener un alto índice de sospecha para lograr un diagnóstico temprano y preciso. La ausencia de la tríada clásica no debe llevar a subestimar la gravedad del VG, ya que el retraso en el diagnóstico puede aumentar significativamente la posibilidad de complicaciones de gran magnitud. Un enfoque integral en la evaluación clínica y diagnóstica es crucial para el manejo exitoso de esta condición en la población pediátrica, permitiendo intervenciones terapéuticas oportunas (Verde, et al., 2019).

La utilidad de las imágenes radiológicas en la confirmación diagnóstica del VG es fundamental y no debe ser subestimada. Las técnicas de imagen, como la radiografía simple, el tránsito esofagogastroduodenal y la tomografía computarizada, proporcionan criterios radiológicos clave que permiten discernir entre las distintas variantes. Estos criterios no solo son esenciales para confirmar el diagnóstico, sino que también ofrecen una herramienta crítica para el clínico en la evaluación sistemática y la caracterización precisa de la anatomía abdominal comprometida (Gallego García, et al., 2022).

El abordaje terapéutico sigue siendo un tema de considerable debate y controversia. La literatura médica sugiere que hasta un 80% de los casos requieren intervención quirúrgica para desrotar el estómago y prevenir complicaciones potencialmente mortales, como la necrosis y perforación gástrica. Sin embargo, la ausencia de una presentación clínica patognomónica y las dificultades inherentes al diagnóstico temprano pueden llevar a retrasos en la intervención quirúrgica (Nieto, et al., 2021).

Estos desafíos destacan la necesidad de una vigilancia clínica rigurosa y una toma de decisiones rápida en pacientes con síntomas sospechosos de VG. La identificación precoz y la intervención oportuna son cruciales para minimizar la morbilidad y mortalidad asociadas a esta condición. En este contexto, la discusión sobre el manejo conservador versus la intervención quirúrgica inmediata sigue siendo relevante, especialmente en casos donde el diagnóstico no es concluyente. La evidencia actual respalda un enfoque proactivo, en el cual, ante la menor sospecha de VG, se considere la intervención quirúrgica como la opción preferida para evitar complicaciones graves. Este enfoque es especialmente importante en pacientes pediátricos, donde el retraso en el tratamiento puede tener consecuencias devastadoras (Hermosillo-Cornejo, et al., 2022).

Este reporte de caso, de gran relevancia clínica, plantea cuestiones cruciales sobre el seguimiento a largo plazo y subraya la necesidad de investigaciones adicionales para comprender mejor la fisiopatología y



el pronóstico asociado al VG en la población pediátrica. A través de un análisis detallado de las manifestaciones clínicas, los hallazgos radiológicos y las estrategias terapéuticas empleadas, se proporciona una visión exhaustiva de los desafíos diagnósticos y terapéuticos que esta condición presenta en niños. La exposición meticulosa del historial clínico, junto con una evaluación rigurosa de los signos físicos y los resultados de las imágenes diagnósticas, ilustra la variabilidad fenotípica del vólvulo gástrico y subraya los desafíos inherentes a su diagnóstico en la población pediátrica.

Además, este caso resalta la importancia de avanzar en el conocimiento científico y clínico de esta entidad para optimizar las estrategias de manejo y mejorar los resultados a largo plazo en los pacientes pediátricos. La integración de estos hallazgos en la práctica clínica contribuye no solo a una mejor comprensión de la condición, sino también a la implementación de protocolos de seguimiento más efectivos, lo que en última instancia podría traducirse en una mejor calidad de vida para los niños afectados por esta patología.

Caso clínico

Paciente femenina de 4 años, previamente sana y sin antecedentes médicos de relevancia. El cuadro clínico se inició con dolor abdominal de carácter insidioso, localizado en epigastrio y desencadenado por la ingesta de alimentos. Posteriormente, la paciente presentó vómitos súbitos y progresivos de contenido gastroalimentario, en cantidad moderada, que evolucionaron hacia la intolerancia progresiva a sólidos y líquidos, con un total de 15 episodios de vómito en un período de 24 horas. A la exploración física, se observó una distensión abdominal súbita y progresiva (figura 1), acompañada de meteorismo y borborigmos. La paciente presentó picos febriles de hasta 38.4°C, por lo que fue llevada a consulta médica, donde se le administró tratamiento antibiótico y sintomático sin mejoría clínica, lo que llevó a su ingreso a nuestra unidad.



Figura 1: Distensión abdominal súbita y significativa, observada durante la evaluación inicial, que evidencia el compromiso agudo del abdomen.



Durante la revisión del triángulo de evaluación pediátrica, se identificó una apariencia anormal, respiración adecuada y coloración anormal, lo que sugirió un estado de choque. En la evaluación primaria, se encontró vía aérea sin compromiso respiratorio, circulación con mala perfusión y taquicardia, y un déficit neurológico con un puntaje de Glasgow adaptado para la edad de 13 puntos. El examen físico reveló palidez generalizada, signos evidentes de deshidratación en piel y mucosas, y una distensión abdominal con un perímetro de 60 cm, que presentaba una consistencia "en madera". La percusión del abdomen reveló matices variables, predominando el timpanismo, y no se detectó peristalsis. Las extremidades mostraron pulsos saltones y un retraso en el llenado capilar de 4 segundos. Los estudios paraclínicos revelaron anemia microcítica hipocrómica y evidencia de lesión renal aguda estadio 2 según la clasificación KDIGO, sin desequilibrio hidroelectrolítico, pero con acidosis metabólica e hiperlactatemia. La radiografía abdominal mostró signos de oclusión intestinal mecánica (figura 2) y la proyección torácica evidenció la falta del paso de la sonda nasogástrica a la cámara gástrica (figura 3). No se consideró necesaria la realización de un tránsito gastrointestinal, como suele ser en la mayoría de los casos.

Figura 2: La radiografía abdominal revela evidencia de oclusión intestinal mecánica, caracterizada por la presencia de nivel hidroaéreo y ausencia de aire distal, sugiriendo un proceso obstructivo agudo.

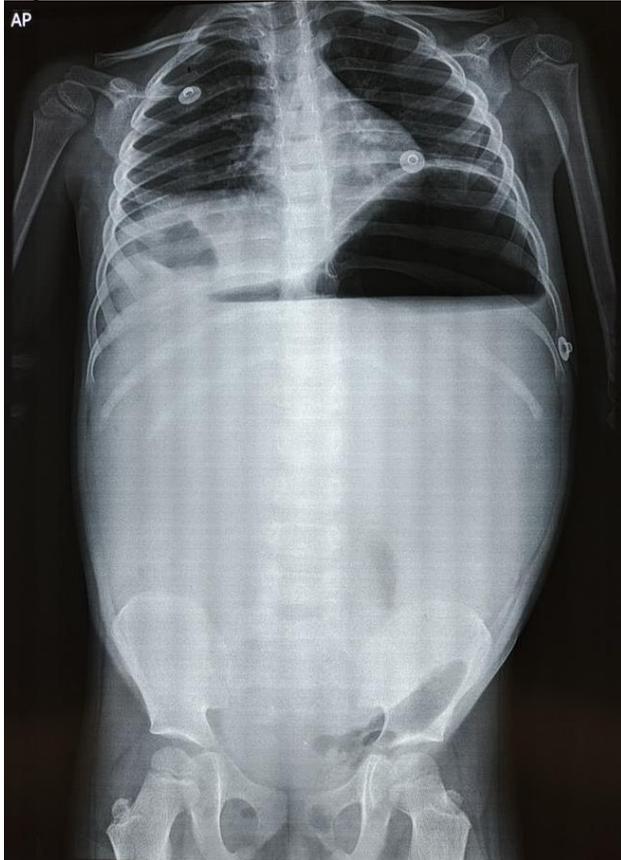
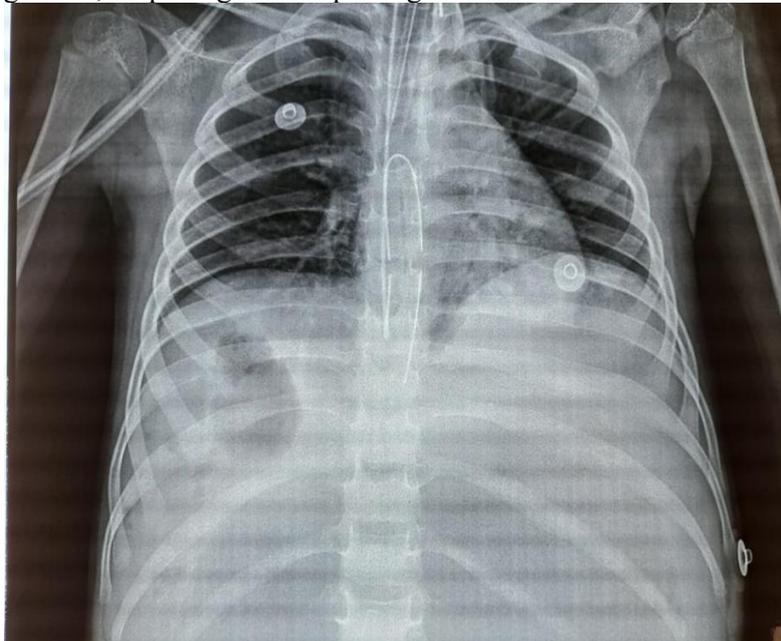


Figura 3: La radiografía de tórax no mostró la correcta ubicación de la sonda nasogástrica en la cámara gástrica, lo que sugiere una patología obstructiva.



Se decidió resolución con cirugía convencional debido al tamaño de la cavidad gástrica, durante la cual se evidenció vólvulo gástrico órgano-axial y presentó una perforación al manipular el estómago. Se

aspiró aproximadamente 3 litros de contenido gástrico y se realizó una gastroplastia en tres planos de sutura, debido a la laxitud del tejido gástrico y su compromiso vascular, observándose áreas de necrosis con mejoría parcial tras la desvolvulación. Dadas las condiciones del tejido gástrico, se decidió realizar second look a las 72 horas, durante la cual se observó una mejoría en la perfusión y en las características macroscópicas del tejido, con una disminución significativa de la gastromegalia en un 50-60%. Se realizó una gastropexia en tres puntos y se colocó una gastrostomía protectora (figura 4).

Figura 4

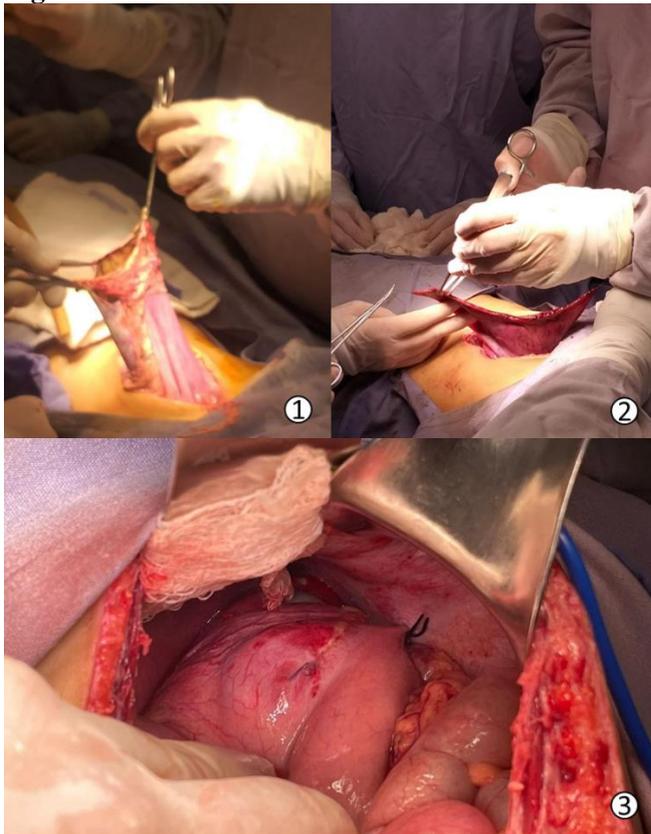


Imagen 1: Se observa la perforación gástrica durante el procedimiento quirúrgico, lo que confirma el diagnóstico de compromiso severo de la pared gástrica.

Imagen 2: Se muestra la reparación de la perforación mediante una gastroplastia, realizada en tres planos de sutura para asegurar la integridad de la pared gástrica.

Imagen 3: Se evidencia la fijación del estómago mediante una gastropexia, realizada en tres puntos estratégicos, con el objetivo de estabilizar la posición gástrica y reducir el riesgo de recurrencia de vólvulo gástrico.

El posoperatorio fue satisfactorio, con inicio de la vía enteral a las 72 horas. Las condiciones abdominales fueron adecuadas, lo que permitió el egreso hospitalario. El tratamiento continuó con inhibidor de bomba de protones y procinético durante 4 semanas, y el cierre de la gastrostomía se realizó por segunda intención a los dos meses. Actualmente, tras un año de seguimiento, la paciente muestra una evolución favorable.

DISCUSIÓN

El VG es una entidad rara pero potencialmente mortal en la población pediátrica, provocando obstrucción gástrica aguda, isquemia, y en casos graves, necrosis y perforación gástrica. Se clasifica en varios tipos según la dirección de la torsión. El vólvulo órgano-axial implica la torsión de la curvatura mayor del estómago hacia adelante y hacia arriba, alrededor de un eje imaginario que conecta la unión esofagogástrica con el píloro (Pariente, et al., 2020). Por otro lado, el vólvulo mesentérico-axial consiste en la rotación del antro gástrico hacia adelante y hacia la izquierda, alrededor de un eje imaginario que conecta la mitad de la curvatura mayor con la mitad de la curvatura menor (Roca Álvarez & Parra Córdoba, 2022). También puede presentarse una combinación de ambos tipos.

Estas anomalías pueden ser primarias, relacionadas con un defecto o ausencia de los ligamentos de fijación gástrica, o secundarias, ocasionadas por factores que predisponen a una fijación gástrica defectuosa. Reconocer la naturaleza y el tipo de VG es crucial para el manejo adecuado, ya que el tipo específico de torsión determina las estrategias terapéuticas y el pronóstico del paciente.

Se ha postulado la existencia del VG idiopático, sugiriendo que podría originarse a partir de una distensión excesiva del estómago o del intestino (da Rosa, et al., 2022). Investigaciones anatómicas, como las realizadas por Dalgaard, han demostrado en estudios cadavéricos que la rotación gástrica de más de 180 grados, característica del VG, solo es posible cuando los principales ligamentos de fijación gástrica, como el gastrocólico y el gastroesplénico, están seccionados o alargados. En el caso de nuestra paciente, se identificó un vólvulo órganoaxial, asociado a la hiperlaxitud de los ligamentos gastrocólico y gastroesplénico, sin que se encontraran defectos asociados.

El VG, tanto en su forma crónica intermitente como aguda, ha sido descrito en la población pediátrica. Los síntomas pueden variar según el grado de rotación gástrica y la severidad de la obstrucción. Los signos clínicos más comunes incluyen dolor abdominal, vómito y distensión epigástrica, como se



observó en nuestra paciente. En la mayoría de los casos, es difícil o imposible introducir una sonda nasogástrica. Aunque la tríada clásica de Borchardt (Sheikh, et al., 2019), que en adultos con VG se caracteriza por distensión epigástrica acentuada, imposibilidad para vomitar e imposibilidad para insertar una sonda nasogástrica, no es la norma en la edad pediátrica, nuestra paciente presentó una distensión gástrica significativa que se extendía hasta región infraumbilical, además de la imposibilidad de colocar la sonda nasogástrica.

Otros síntomas, como letargia, dificultad respiratoria, irritabilidad, palidez y postración, también son frecuentemente reportados en niños con VG. En menores de 3 meses, pueden presentarse episodios de apnea, cianosis, palidez e hipotonía, lo que resalta la necesidad de una evaluación cuidadosa y un alto índice de sospecha en estas presentaciones clínicas.

El diagnóstico de VG se fundamentó en los hallazgos de la radiografía abdominal, que reveló una cavidad gástrica notablemente dilatada y la imposibilidad del paso de la sonda nasogástrica. La clasificación del tipo de VG se realizó con base en los siguientes criterios radiológicos:

Vólvulo órgano-axial, de acuerdo con Pariente, et al., (2020):

1. La curvatura mayor del estómago se encuentra en una posición más alta que la curvatura menor.
2. La curvatura mayor cruza el esófago.
3. El píloro apunta en dirección caudal.
4. Presencia de dos imágenes con niveles hidroaéreos.
5. El fondo gástrico se encuentra en una posición más baja.

Vólvulo mesentérico-axial en concordancia con Roca Álvarez & Parra Córdoba (2022).

1. El estómago adopta una posición contraria debido a la rotación del píloro hacia la izquierda del paciente.
2. El estómago adquiere una forma esférica en posición supina.
3. Presencia de dos imágenes con niveles hidroaéreos.
4. Apariencia de "pico de ave" visible a nivel de la unión esofagogástrica, como resultado de la obstrucción pilórica.



A diferencia del VG agudo, en el cual el tratamiento quirúrgico es imperativo y urgente, el manejo del VG crónico intermitente sigue siendo objeto de debate, especialmente en lo que respecta a la elección entre un enfoque quirúrgico o conservador.

El tratamiento quirúrgico tiene como objetivo el reducir el riesgo de necrosis gástrica, perforación o muerte (Tafernaberry, et al., 2021). El manejo quirúrgico incluye la reducción del vólvulo (desvolvulación), la corrección del factor predisponente y la fijación del estómago (gastropexia). Técnicas como la gastrostomía aislada y diversas formas de gastropexia han mostrado buenos resultados tanto en adultos como en niños. En el caso de nuestra paciente, la evolución ha sido favorable; se realizó una gastropexia en tres puntos y una gastrostomía protectora, lo que permitió una mayor fijación y estabilidad, dada la significativa dilatación gástrica observada.

La fisiopatología del VG y la evolución postoperatoria aún requieren una mayor investigación (Láinez Ramos-Bossini, et al., 2022). Los informes sobre el seguimiento a largo plazo de pacientes después de una gastropexia son escasos. En el caso de nuestra paciente, con un seguimiento de un año, la evolución ha sido favorable; se encuentra asintomática, sin episodios de dolor postprandial o evidencia de complicaciones tardías como el reflujo gastroesofágico (RGE). Los controles radiográficos muestran una anatomía gástrica normal, y la gastrostomía ha sido cerrada por segunda intención.

La falta de protocolos estandarizados para el manejo del VG en la población pediátrica subraya la necesidad de una evaluación cuidadosa y un enfoque multidisciplinario, que incluya la colaboración entre pediatras, cirujanos pediátricos y otros especialistas según sea necesario. Asimismo, es imperativo continuar con la investigación para comprender mejor la epidemiología, la etiología y el manejo óptimo.

CONCLUSIÓN

En conclusión, la pronta identificación y el manejo adecuado del VG son esenciales para reducir la morbimortalidad asociada a esta condición, destacando la necesidad de incluirla en el diagnóstico diferencial cuando se presenten síntomas como vómitos, dolor abdominal agudo y distensión abdominal súbita en pacientes pediátricos. Este caso subraya la importancia de un alto índice de sospecha clínica y de la utilización de herramientas diagnósticas precisas para asegurar un tratamiento oportuno.



La laparotomía exploradora sigue siendo una herramienta indispensable en el manejo de la obstrucción intestinal secundaria a VG en niños. Sin embargo, cada caso debe evaluarse individualmente, considerando tanto los beneficios potenciales como los riesgos inherentes a la intervención quirúrgica. El pronóstico de los pacientes pediátricos con esta condición depende significativamente del tiempo hasta el diagnóstico y la intervención. Un retraso en el tratamiento puede incrementar considerablemente la morbilidad y mortalidad, lo que resalta la importancia de una evaluación rápida y precisa, seguida de un manejo adecuado, para optimizar los resultados clínicos.

A futuro, es fundamental intensificar la investigación sobre la fisiopatología del VG y su evolución postoperatoria. Una comprensión más profunda de estos aspectos podría proporcionar información valiosa para desarrollar estrategias de tratamiento más efectivas y establecer protocolos de seguimiento adecuados, con el objetivo de mejorar los resultados a largo plazo en esta población. Además, el desarrollo de guías clínicas basadas en evidencia podría ayudar a estandarizar el manejo y optimizar la atención de estos pacientes en entornos clínicos diversos.

Fondos

Los autores no recibieron financiación de ninguna fuente, declarando que este trabajo es totalmente voluntario.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

da Costa, K. M., & Saxena, A. K. (2019). Management and outcomes of gastric volvulus in children: a systematic review. *World journal of pediatrics : WJP*, 15(3), 226–234.

<https://doi.org/10.1007/s12519-019-00244-4>

da Rosa, V., Rossi, A., Perdomo, R., Ramade, P., & Deleón, G. (2022). Vólvulo Gástrico. A propuesta de un Caso Clínico. *Cirugía paraguaya*, 46 (3), 34-36.

<https://doi.org/10.18004/sopaci.2022.diciembre.34>

Gallego García, D. S., Molina Terrón, E. M., Blanco Hernández, R., Hernández Palomino, P. J., Pozo Gonzalez, S. F., Tabernero Rico, R. D., Rodriguez Cristina, C., Prieto Hernández, B., & Gonzalo



- Dominguez, M. (2022). Vólvulos gastrointestinales: hallazgos radiológicos en TC y radiografía simple de abdomen. *Seram*, 1(1).
<https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/9013>
- Hermosillo-Cornejo, D. G., López-Almanza, P. X., Reyes-Rodríguez, E., Montalvo-Domínguez, G. A., & Martínez-Garza, P. A. (2022). Vólvulo gástrico; presentación clínica de una complicación de cirugía gástrica previa. *Revista Mexicana de Cirugía Endoscópica*, 22(3-4), 145-149.
<https://dx.doi.org/10.35366/106479>
- Láinez Ramos-Bossini, D. A. J., Moraleda Cabrera, D. B., Garrido Sanz, D. F., Ruiz Del Amo, D. J. L., (2022). Estómago de ida y vuelta. Descripción fisiopatológica de un tipo de vólvulo gástrico mediante hallazgos de imagen . *Seram*, 1(1).
<https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/8470>
- Maldonado Armijos, B. J., Maldonado Cabrera, E. A., Maldonado Armijos, E. J., Sanmartin Jaramillo, P. A., Criollo Mendieta, J. B., Astudillo Peña, J. A., & León Ruiz, L. K. (2023). Diagnóstico y tratamiento del vólvulo gástrico agudo: Reporte de caso. *Tesla Revista Científica*, 3(2), e245.
<https://doi.org/10.55204/trc.v3i2.e245>
- Martínez de Mandojana Hernández, A., Bueno Caravaca, L., & Tortosa Cámara, J. (2024). Diagnóstico radiológico del vólvulo gástrico agudo. Una revisión narrativa. *Archivos de Medicina Universitaria*. <https://hdl.handle.net/10481/91318>
- Nieto, M. W. O., Tapia, A. L. G., Salazar, G. I. D., & Jiménez, J. L. G. (2021). Criterio clínico y complicaciones quirúrgicas en abdomen agudo en paciente pediátrico. *Dominio de las Ciencias*, 7(4), 171. <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i4>
- Pariente, R. A., Flores, A. M., & Salvador, R. L. (2020). El vólvulo gástrico en la edad pediátrica: ¿cuándo sospecharlo y cómo manejarlo? *Acta pediátrica española*, 78(3), 82-87.
<https://www.researchgate.net/publication/350236412>
- Roca Álvarez, D. C. A., & Parra Córdoba, D. J. F. (2022). Vólvulos gástrico mesentérico axial recurrente, reporte de caso y revisión de la literatura. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 8071-8084. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3977



- Sacoto-Aguilar, H., Ordóñez-Vásquez, D. L., Ordóñez-Vásquez, L. M., Díaz-Riascos, N. (2024). Vólvulo gástrico Mesenteroaxial. Una Enfermedad Poco Común. *Rev Colomb Cir.*
<https://doi.org/10.30944/20117582.2661>
- Sheikh, Y., Brown, L., Knipe; H. (2019). Tríada de Borchardt (vólvulo gástrico). *Artículo de referencia, Radiopaedia.org.* <https://doi.org/10.53347/rID-71988>
- Tafernaberry, S., Steffani, A., Perrone, G., Salvatierra, M. E., & González, D. (2021). Vólvulo gástrico agudo: cuadro clínico infrecuente. *Revista argentina de cirugía, 113(4)*, 477-481.
<http://dx.doi.org/10.25132/raac.v113.n4.1575>
- Verde, F., Hawasli, H., Johnson, P. T., & Fishman, E. K. (2019). Gastric volvulus: unraveling the diagnosis with MPRs. *Emergency radiology, 26(2)*, 221–225. <https://doi.org/10.1007/s10140-019-01669-0>
- Villela, C. E., Carrillo, G. M. J., Soto, P. A., Aguirre, B. D. A., Enríquez, S. L. B., Padilla, L. J. G., et al. (2020). Vólvulo gástrico: reporte de caso en el Hospital Central Universitario del Estado de Chihuahua. *Cirujano General. 42 (4)*: 306-310. <https://dx.doi.org/10.35366/101400>

