

# SÍNDROME DE DILATACIÓN -TORSIÓN GÁSTRICA

Inmaculada Povedano Ruiz.  
Setefilla Quirós Carmona.

# Definición

- Enfermedad aguda muy grave caracterizada por la distensión del estómago. Esta pone en peligro la vida del animal debido a los procesos fisiopatológicos que se producen, por lo que necesita tratamiento urgente del shock, recolocación del estómago y prevención de la recidiva.

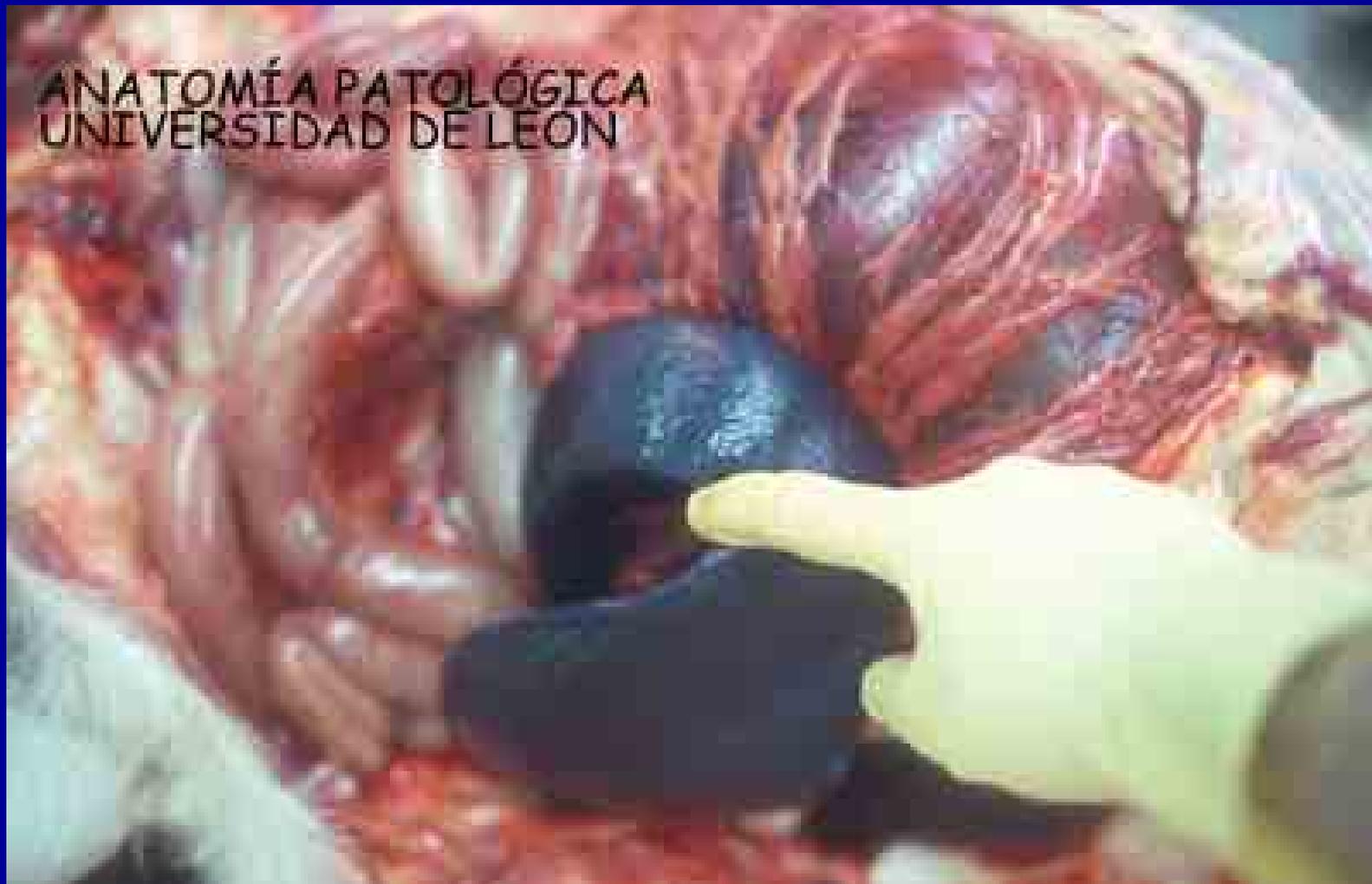


# Fisiopatología y patogenia

- Compresión de vena cava posterior y vena porta – secuestro secundario de sangre en lechos esplénicos, renales y musculatura posterior.
- Retorno venoso ↓ por lo que ↓ el gasto cardíaco y la presión arterial= hipoxia celular y desviación a metabolismo anaeróbico.
- La oclusión de la vena porta debilita el reticuloendotelio del hígado el cual es incapaz de eliminar las endotoxinas de microorganismos, la endotoxemia produce: ↑hipotensión, ↓gasto cardíaco y ↑secuestro sanguíneo.
- Las lesiones en los distintos sistemas son:
  - S. cardiovascular: la isquemia focal del miocardio puede dar lugar a degeneración, inflamación y necrosis. ↓ la contractibilidad y arritmias secundarias. Disfunción cardíaca. CID.

- S. respiratorio: ↓ de la adaptabilidad pulmonar, restricción mecánica del movimiento del diafragma. Disfunción respiratoria que junto con la cardíaca y el desajuste ventilación perfusión se traduce en ↓ de la tensión de oxígeno sanguíneo e hipoxia.
- Estómago: ↑ de la presión intraluminal, hipertensión portal y estasis venoso provocan edema en mucosa y submucosa, que junto con la hipoxia tisular que daña de forma secundaria los vasos de la pared dando lugar a hemorragias en mucosa y submucosa.

# Diagnóstico



- Radiología:

- Dilatación sin torsión: vemos gas y líquido en un solo compartimento.
- Dilatación con torsión (vólvulo): vemos el estómago compartimentado en varias cavidades.
- Radiografía latero-lateral derecha:
  - Píloro craneal y dorsal al estómago.
  - Estómago compartimentado.
  - Esplenomegalia y mal posición esplénica.
- Radiografía ventrodorsal:
  - Píloro cerca o a la izquierda de la línea media.
  - Pared con pequeñas áreas de aire ( necrosis).
  - Perfiles de vena cava y el cardias son pequeños.
- Perforación gástrica: gas en cavidad abdominal.
- Píloro con gas y dorsal al fundus del estómago.

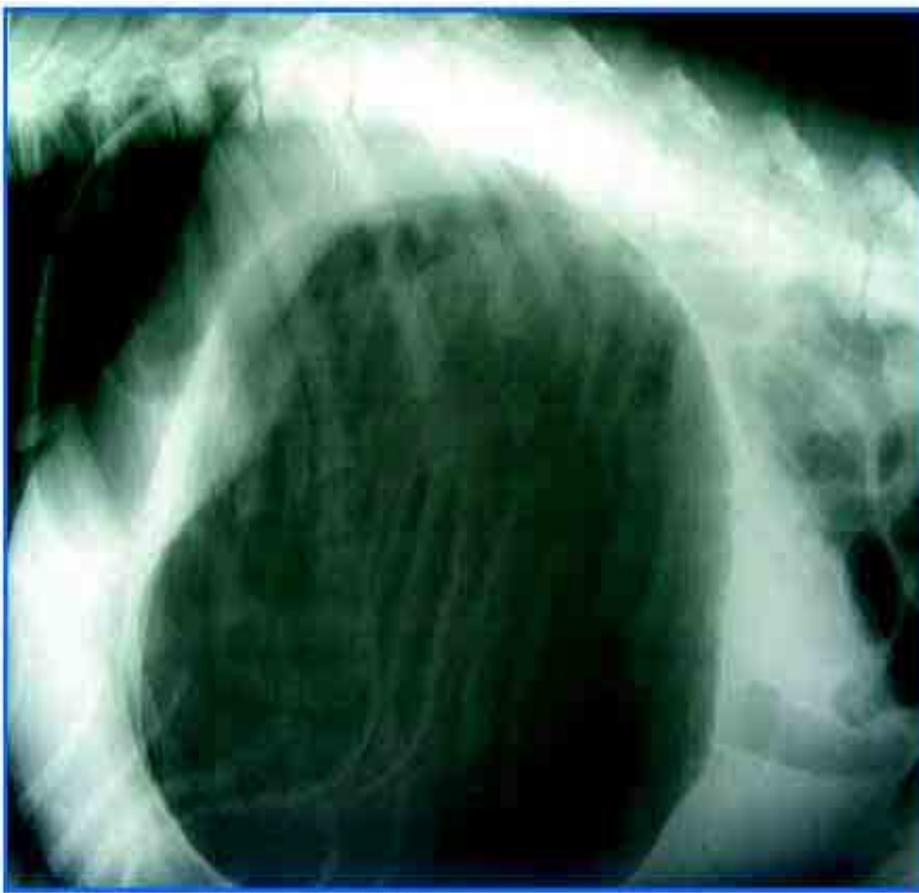


Imagen radiológica de dilatación gástrica



- **Datos de laboratorio:**

- Hemograma: (poca información excepto cuando la hemorragia IVD produzca trombocitopenia).

- Hipopotasemia.

- Ácido láctico en cantidad superior a 6ml/l. indica necrosis gástrica y necesidad de gastrectomía parcial, con mayor riesgo de muerte, (hipoventilación: ↓ impacto estomacal sobre el diafragma, distensibilidad, capacidad respiratoria).

- Alcalosis respiratoria: ↑ retención de protones en el lumen gástrico.

- **Diagnóstico diferencial:**

- Torsión esplénica primaria. ( La dilatación estomacal es mucho mas leve, aunque va asociada a un agudo dolor abdominal)

- Herniación diafragmática

- El diagnóstico asertivo en muchas ocasiones se hace en la cirugía en función de:

- Posición del omento mayor :
  - Cubre la parte ventral del estómago – torsión hacia la derecha.
  - No cubre esta parte – torsión hacia la izquierda, o no hay torsión.
- Localización del píloro (indica el grado de torsión):
  - Píloro en la parte izquierda del cuerpo, dorsal al cardias – torsión hacia la derecha.
  - Píloro en la parte derecha dorsal al cardias - torsión izquierda.
  - Píloro en la parte derecha ventral al cardias – no hay torsión.

# Tratamiento médico

- Trata de estabilizar al paciente mediante tratamiento del shock (objetivo principal) y descomprimir estómago.
  - Tratamiento del shock:
    - Fluidoterapia (solución isotónica electrolítica balanceada).
    - Antibióticos de amplio espectro (ampicilida+ enrofloxacina o una cefalosporina).
    - Glucocorticoides (succinato sódico de prednisolona).
    - Oxigenoterapia (mascarilla).
  - Descompresión del estómago: (muchos procedimientos).
    - Sonda gástrica ( no será posible en caso de vólvulo).
    - Gastrocentesis (pared abdominal izq. a nivel dorsal, de 2-4 agujas).
    - Gastrotomía (sonda Foley en área paracostal derecha).

# TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Realizarlo con la mayor brevedad posible una vez el paciente ha sido estabilizado y el estómago ha sido descomprimido.
- Dependerá de la evolución del paciente y de su respuesta el tratamiento preoperatorio.
- Lo dividiremos en tres fases:
  - manejo preoperatorio y anestesia
  - técnicas quirúrgicas
  - prevención de la recidiva

# *Manejo preoperatorio*

- El paciente debe recibir:
  - Fluidoterapia
  - Antibioterapia
  - Oxigenoterapia → depresión respiratoria
  - Si el ECG presenta arritmias → lidocaína
  - Corregir anormalidades electrolíticas y ácido/base
  - NO óxido nitroso → ↑distensión abdominal

# *Anestesia*

- No utilizaremos productos que causen náuseas o hipotensión.
- Premedicación: Oximorfina y diazepam IV
- Inducción anestésica:
  - Etomidato o propofol
  - Arritmias: lidocaína y tiobarbitúricos
- Para el mantenimiento usaremos anestésicos inhalatorios:
  - Isoflurano
  - Sevoflurano
  - No halotano → + arritmogénico

# *Técnicas quirúrgicas*



- 2/Viabilidad del estómago y del bazo y resección de los tejidos lesionados.

### 2.1-Para la evaluación del estómago nos fijaremos en:

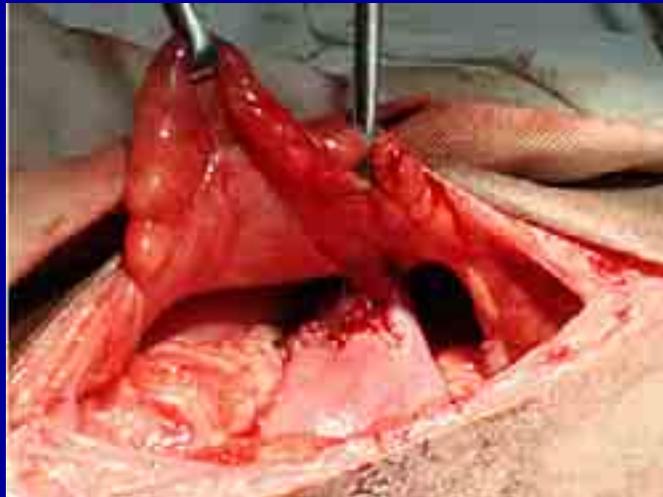
- Color de la serosa (nunca de la mucosa):

- Gastrectomía parcial {
- Azul oscuro-negro: oclusión venosa → incisiones para ver riego arterial
  - Grisácea-verdosa: lesión arteriovenosa → zonas isquémicas
  - Rojo-negruczas: compromiso más severo → lesiones reversibles
  - Si dudamos de la viabilidad de una zona la reevaluamos 10-15 min. después de corregir la malposición.
  - Area necrótica muy extendida o afectando al cardias → eutanasia
- Espesor de la pared mediante palpación:
    - Pared delgada + serosa anormal → gastrectomía parcial
  - Extensión de la necrosis → gastritis y úlceras gástricas postoperatorias

### 2.2-Bazo necrótico o infartado → esplenectomía total o parcial

Para finalizar suturamos la incisión y colocamos un tubo de descompresión para el postoperatorio mediante faringostomía o gastrostomía.

- 3/Prevención de la recidiva, para lo que empleamos dos grupos de técnicas:
  - Prevenir retención gástrica → no efectivas por si solas:
    - Píloromiotomía
    - Píloroplastia
  - Prevenir la dislocación gástrica = técnicas de fijación:
    - Gastropexia
    - Gastropexia circuncostal
    - Tubo de gastrostomía → descompresión gástrica



# POSTOPERATORIO

- Tenemos que vigilar atentamente al animal y ver si presenta:
  - Arritmias (ventriculares) → ECG + lidocaína
  - Mantener balances ácido/base y electrolítico
  - Antibióticos durante 7-10 días
  - Vigilar hipoproteïnemia y anemia
  - Pautas de administración de fluidos y alimento:
    - Inmediatamente después: ni agua ni comida
    - A 24h: fluidos VO pequeñas cantidades
    - A 48h: alimentos blandos cada 6h. y líquido entre comidas
    - A 7 días: nivel normal
    - Advertir propietario que coma pequeñas cantidades/2-3 veces/día, no ingestión excesiva de líquidos después de comer ni ejercicio pospandrial.
  - Retirar tubos de faringostomía (48h) o gastrostomía (7 días)

# COMPLICACIONES

- Arritmias
- Vaciamiento gástrico retardado
- Peritonitis → sepsis

## PRONÓSTICO

- Cirugía a tiempo → favorable, aún así:
  - Tasa mortalidad de dilatación simple = 0,9%
  - Tasa mortalidad de dilatación-torsión = 45%
- Demora en la cirugía y necrosis o perforación presentes nos da un pronóstico malo. ↓  
lactato plasmático



**Muchas**

**Gracias**