



P-618 - MALROTACIÓN INTESTINAL CONGÉNITA Y TROMBOSIS VENOSA MESENTÉRICA EN PACIENTE GESTANTE

A. Nogués Pevidal, E. Gutiérrez Iscar, J. Pintor Tortolero, M. León Arellano, J.P. Pérez Robledo, R. Nasimi, M.P. Martínez y J. Díaz Domínguez

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Objetivos: La malrotación congénita del intestino delgado está asociada con alto riesgo de vólvulo y es una causa rara de isquemia intestinal que en la paciente gestante puede ser la presentación inicial. El embarazo es un estado de hipercoagulabilidad con un riesgo aumentado de trombosis venosa profunda y émbolos pulmonares, el riesgo de trombosis mesentérica es más alto cuando existen otros factores predisponentes como el vólvulo intestinal. La resección masiva de ID en gestantes aumenta la mortalidad tanto materna como fetal y puede ocasionar un síndrome de intestino corto.

Caso clínico: Paciente de 24 años, gestante de 9 semanas que ha estado en tratamiento con anticonceptivos hormonales orales durante 5 años, acude a Urgencias por dolor abdominal asociado a náuseas y vómitos de 5 horas de evolución. Estable hemodinámicamente, el análisis de sangre presenta leucocitos de 23900. Se realiza ecografía transvaginal, útero con embrión en su interior con MCF positivos, anejos normales, único hallazgo de interés líquido libre intraabdominal. Ingresa para estudio y tras 12 horas de evolución presenta empeoramiento del estado general y analítico por lo que avisan a Cirugía General con sospecha de apendicitis aguda. Se realiza ecografía abdominal visualizando apéndice inflamado, moderada cantidad de líquido libre intraabdominal y distensión generalizada de asas de ID. Se decide intervención quirúrgica encontrándose necrosis del intestino delgado desde ángulo Treitz hasta 3 cm de la válvula ileocecal por torsión completa sobre eje mesentérico por brida congénita. Abundante líquido peritoneal turbio. Se desvolvula meso e intestino y se secciona brida persistiendo gangrena en última asa ileal que se reseca, se deja un dispositivo de terapia de presión negativa para revisión de cavidad. En el posoperatorio inmediato permanece inestable hemodinámicamente en shock séptico y FMO requiriendo soporte con drogas vasoactivas. En el primer día posoperatorio se produce un aborto espontáneo. Al cuarto día posoperatorio se realiza TAC donde se observa el signo del remolino que arrastra la 4ª porción duodenal (Treitz a la derecha) por malrotación duodenal y trombosis venosa mesentérica superior. Se realizan tres cambios de dispositivo requiriendo resecciones de intestino segmentarias hasta un total de 110 cm y yeyunostomía. Los estudios de trombofilia son negativos y la paciente permanece anticoagulada a dosis terapéuticas por la trombosis venosa mesentérica. La paciente es dada de alta en el 45º día posoperatorio con nutrición parenteral por síndrome de intestino corto. En la actualidad pendiente de realizar una reconstrucción del tránsito intestinal.

Discusión: La isquemia mesentérica en el embarazo es poco frecuente y puede tener consecuencias devastadoras por lo que debe tenerse en cuenta en paciente gestante con dolor abdominal difuso, alteración analítica y empeoramiento precoz del estado general como es el caso presentado. Los factores de riesgo asociados incluyen operaciones previas, malrotaciones congénitas y estados de hipercoagulabilidad

asociados. La mortalidad fetal es más probable al inicio del embarazo. Una intervención quirúrgica temprana puede disminuir la mortalidad fetal y materna, y evitar la resección intestinal masiva reduciendo la probabilidad de morbilidad a largo plazo.