

Vólvulo de ciego gangrenado en el puerperio inmediato

J.L. Trujillo, E. Laynez, M.N Suárez, J.I. Martín, J.J. Afonso* y A.I. Padilla

Departamento de Obstetricia y Ginecología y *Cirugía. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna (Tenerife). España.

SUMMARY

Intestinal volvulus is the second cause of acute obstructive syndrome during pregnancy, and the presence of abdominal pain, distension, and constipation should alert us. If there is the slightest suspicion an upright x-ray must be taken. A conservative approach may be the management for pregnant women, and in the puerperium. We present a case of acute gangrenous volvulus of the caecum in the early puerperium, following failure of conservative treatment required urgent surgical treatment with hemicolectomy.

INTRODUCCIÓN

Los vólvulos intestinales se originan mayoritariamente en el intestino delgado, el ciego y el colon sigmoide, por ser los segmentos más móviles, y son excepcionales en el colon transverso y en el ángulo esplénico. Distintas anomalías congénitas predisponen a la volvulación, entre ellas destacan la existencia de un mesosigma o un mesociego especialmente largo y móvil, así como un mesenterio congénitamente corto que tracciona del intestino delgado. También existen enfermedades adquiridas que pueden favorecer el cuadro, las más frecuentes son las bridas o adherencias postoperatorias que estenosan al intestino en su base de anclaje o que actúan como vértice de apoyo para la volvulación. El giro del intestino suele ocasionar un síndrome de obstrucción en asa cerrada. Clínicamente, puede adoptar una forma subaguda o recurrente, en otras ocasiones constituye un proceso agudo por la estrecha compresión del pedículo vascular.



Fig. 1. Radiografía simple de abdomen en posición ortostática en la que se demuestra la ocupación abdominal por gran distensión intestinal del asa gruesa compatible con vólvulo.

lar. El intestino torsionado se distiende rápida e intensamente, se edematiza y se torna violáceo por la estasis venosa, y si no es tratado con rapidez se gangrena y perfora ocasionando una peritonitis grave. No solamente se produce la liberación del contenido intestinal hacia el peritoneo libre, sino que, además, por la

Aceptado para su publicación el 2 de mayo de 2001.



Fig. 2. Radiografía simple de abdomen ortostática en la que persiste la imagen patológica compatible con vólvulo.

compresión venosa, se desarrolla un intenso exudado que incluso puede ser notablemente hemático. El diagnóstico se establece, sobre todo, por criterios clínicos y radiológicos¹. El examen clínico debe incluir la búsqueda de cicatrices, meteorismo, movimientos peristálticos intestinales o una masa perceptible. En la radiografía simple abdominal en ortostatismo se apreciará la distensión intestinal en la región de la obstrucción y valores hidroaéreos².

En relación con el embarazo, el vólvulo intestinal se ha descrito ocasionalmente durante la gestación y en el puerperio inmediato³⁻⁶. En estos casos se puede argumentar como factor coadyuvante la laxitud y la elongación de los mesos intestinales que ocurre durante el embarazo, y la brusca descompresión de la cavidad abdominal que sucede tras el parto.

CASO CLÍNICO

Mujer de 28 años de edad, secundigesta con antecedente de un parto vaginal asistido mediante ventosa

hace 7 años. El recién nacido fue un varón de 3.625 g que vive sano. No refiere antecedentes medicoquirúrgicos de interés. Gestación actual controlada y de curso fisiológico.

Ingresa en la unidad de paritorio a la edad gestacional de 36,5 semanas, con el juicio diagnóstico de amniorrexia espontánea hace 30 min. Presenta un cuello borrado y dilatación cervical de 1 cm y se constata la rotura de la bolsa por amnioscopia, fluyendo líquido amniótico claro. Como protocolo de ingreso se practicó un enema rectal evacuador. La dilatación transcurre espontáneamente, controlándose mediante monitorización interna. Once horas después de su ingreso se asiste al nacimiento mediante parto normal de una niña de 2.880 g y test de Apgar 8/9. El alumbramiento espontáneo sigue la modalidad Shultze, 15 min tras la expulsión fetal.

Durante el puerperio, 72 h después del nacimiento, la paciente sufre un cuadro agudo de dolor abdominal con distensión y gran timpanismo que es valorado por el servicio de cirugía. Se realiza radiografía simple de abdomen (fig. 1), estableciéndose desde ese momento el diagnóstico de sospecha de vólvulo de sigma. Se intenta en principio desvolvular con sonda rectal y ante el fracaso de tal actitud se procede a introducir una sonda bajo control colonoscópico, con lo cual se consigue una mejoría clínica del cuadro. Ante tal circunstancia, se opta por seguir la evolución del proceso vigilando estrechamente a la paciente con analíticas sanguíneas y radiografías abdominales seriadas. A las 48 h se acentúa el deterioro clínico de dolor. Se practica una nueva placa abdominal en la que se evidencia la misma imagen anterior (fig. 2). Ante la no efectividad del tratamiento conservador y el empeoramiento clínico, se decide someter a la paciente a una laparotomía urgente.

Como hallazgos de la intervención se aprecia un vólvulo de ciego que presenta su eje de rotación cerca del ángulo hepático, líquido peritoneal y necrosis de la pared cecal. Se practica una hemicolectomía derecha con anastomosis ileocólica. El resultado de la anatomía patológica es de «segmento intestinal con signos isquémico-inflamatorios, compatible con vólvulo». El postoperatorio transcurre favorablemente, motivo por el cual la paciente es dada de alta una semana después de la intervención.

DISCUSIÓN

La presencia de una constipación tenaz asociada a dolores abdominales vagos es un fenómeno corriente durante la gestación, junto a esto hay que tener en cuenta que el volumen más o menos aumentado del

útero modifica los puntos de referencia habituales en la exploración abdominal. Por ello, se explica que el diagnóstico de un síndrome oclusivo intestinal resulte particularmente conflictivo durante el embarazo y el puerperio inmediato^{7,8}

El diagnóstico debe establecerse ante la presencia de ciertos elementos como dolores abdominales persistentes de etiología desconocida, distensión abdominal, vómitos e interrupción en la emisión de los gases y ruidos intestinales de «lucha»; además, un antecedente quirúrgico abdominopelviano representa un argumento suplementario⁹.

La mayoría de las oclusiones (60%), incluso durante la gestación, se deben a las bridas postoperatorias secundarias a una apendicectomía o a cirugía pelviana ginecológica, circunstancia ésta que no ocurrió en el caso que exponemos. La segunda causa de oclusión intestinal es el vólvulo en el intestino delgado, el ciego o el sigma, siendo responsable durante el embarazo de aproximadamente el 25% de estos cuadros obstructivos². Respecto a la localización del vólvulo intestinal, el 75% se encuentra en el colon (el 76% en el sigma y 22% en el ciego) y el 25% en el intestino delgado²; por tanto, la localización en el ciego de la paciente que presentamos se puede considerar la menos frecuente de esta enfermedad.

El caso que presentamos tiene la particularidad de haberse iniciado en el puerperio, circunstancia extraordinaria, contándose en la bibliografía muy pocos casos publicados al respecto. La aparición de un vólvulo intestinal agudo en el puerperio puede considerarse como una situación extraordinariamente rara y su gravedad está relacionada con el retraso diagnóstico y, por consiguiente, terapéutico⁶. De hecho, en el caso que presentamos, la actitud conservadora pudo influir en la necesidad de tener que practicar una hemicolectomía como solución final. Ante la menor duda, deben realizarse una o dos proyecciones radiológicas de abdomen sin preparación, de frente y en ortostatismo. La presencia de valores hidroaéreos y dilatación intestinal de aspecto variable permite sospechar el diagnóstico. Una vez establecido el diagnóstico de vólvulo intestinal en el puerperio, podemos considerar razonable la práctica de una laparotomía

exploradora sin demora, siempre que se constate un deterioro clínico y/o analítico del cuadro, como mejor medida para prevenir la necrosis intestinal y la necesidad de realizar una cirugía más agresiva para solucionar el cuadro.

RESUMEN

El vólvulo intestinal supone la segunda causa de un síndrome oclusivo agudo durante el embarazo, la presencia de dolor abdominal, distensión y constipación debe llamar nuestra atención. Ante la menor duda se debe realizar una proyección radiológica de ortostatismo. La actitud conservadora debe ser muy sopeada en la mujer embarazada o puerpérea. Presentamos un caso de vólvulo agudo gangrenoso de ciego en el puerperio inmediato que, tras fracaso de tratamiento conservador, requirió tratamiento quirúrgico urgente y hemicolectomía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alós R, Buch E, Cerdán J, Cervantes A. Vólvulos de colon. En: Lledó S, editor. Cirugía colorrectal (guías clínicas de la asociación española de cirujanos). Madrid: Editorial Arán, 2000; 378-384.
2. Sy M, Van Gansbeke D, Dussaussois L, Donckier V. Intestinal volvulus. J Belge Radiol 1997; 80: 315-319.
3. Sherer DM, Abulafia O. Postcesarean small bowel volvulus. Case report and review of the literature. Gynecol Obstet Invest 2001; 51: 69-72.
4. Joshi MA, Balsarkar D, Avasare N et al. Gangrenous sigmoid volvulus in a pregnant woman. Trop Gastroenterol 1999; 20: 141-142.
5. Montes H, Wolf J. Cecal volvulus in pregnancy. Am J Gastroenterol 1999; 94: 2554-2556.
6. Lopez Carral JM, Esen UI, Chandrashekar MV, Rogers IM, Olajide F. Volvulus of the right colon in pregnancy. Int J Clin Pract 1998; 52: 270-271.
7. Perdue PW, Johnson HV, Stafford PW. Intestinal obstruction complicating pregnancy. Am J Surg 1992; 164: 384-388.
8. Connolly MM, Unti JA, Nora PF. Bowel obstruction in pregnancy. Surgery in the pregnant patient. Surg Clin North Am 1995; 75: 101-103.
9. Nathan L. Acute abdominal pain in pregnancy. Obstet Gynecol 1994; 20: 161-163.