

CASO CLÍNICO

Oclusión intestinal por brida congénita en una gestante de 28 semanas. Informe de un caso

W. Laffita ^{a,*}, E. Rodiles ^a, W. Jiménez-Reyes ^b, I. Rodríguez-Terrero ^c y A. Collado ^c

^a Cirugía General, Hospital General Docente «Octavio de la Concepción y de la Pedraja», Baracoa, Cuba

^b Ginecología, Hospital General Docente «Octavio de la Concepción y de la Pedraja», Baracoa, Cuba

^c Medicina Intensiva, Hospital General Docente «Octavio de la Concepción y de la Pedraja», Baracoa, Cuba

Recibido el 1 de octubre de 2009; aceptado el 11 de diciembre de 2009

Disponible en Internet el 4 de marzo de 2010

PALABRAS CLAVE

Oclusión intestinal;
Cirugía;
Brida congénita;
Etiología

KEYWORDS

Intestinal occlusion;
Surgery;
Congenital bands;
Etiology

Resumen La oclusión intestinal es una complicación rara en el embarazo. Se informa de un caso de oclusión intestinal mecánica por brida congénita en una gestante de 28 semanas. Se realiza laparotomía con lisis de brida, con buena evolución postoperatoria. Se hace una breve revisión del tema.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Intestinal obstruction due to a congenital band in a 28-week pregnant woman. Report of a case

Abstract Intestinal obstruction is a rare complication in pregnancy. We report a case of mechanical intestinal obstruction due to a congenital band in a 28-week pregnant woman. Laparotomy was performed with lysis of the band and good postoperative outcome. We provide a brief review of the topic.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Son muchas las enfermedades que pueden complicar el curso normal de la gestación y las de tratamiento quirúrgico no son una excepción para autores como Allens¹. Son tres las enfermedades que se presentan con más frecuencia: la apendicitis aguda, la torsión de quistes o tumores

de los anejos uterinos y la colecistitis aguda. La oclusión intestinal es una complicación rara y, potencialmente, mortal cuando ocurre durante el embarazo. Fue Houston en 1830, citado por Fallon², el primero que informó de un caso de obstrucción intestinal en una gestante. Desde entonces, se han reportado decenas de casos hasta la actualidad con una variada etiología, siendo lasbridas o adherencias la primera causa de oclusión, secundarias a procesos inflamatorios intraperitoneales y a operaciones anteriores. El caso que se reporta trata de una oclusión intestinal por una banda o brida congénita en una gestante de 28 semanas.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: wilson@toa.gtm.sld.cu (W. Laffita).

Informe del caso

Paciente NDH de 18 años de edad, con antecedentes patológicos personales de buena salud anterior. Acude al cuerpo de guardia por dolor abdominal, tipo cólico, de tres días de evolución, que se acompaña de vómitos y no expulsión de heces ni gases.

Tras el examen físico se constató:

Mucosas: hipocoloreadas y húmedas.

Respiratorio: murmullo vesicular normal, no estertores.

Frecuencia respiratoria: 25 por minuto.

Aparato cardiovascular: frecuencia cardiaca: 125 por minuto.

Abdomen: distendido, de difícil palpación, doloroso en forma difusa, discreta reacción peritoneal, percusión dolorosa y ruidos hidroáreos aumentados en intensidad y frecuencia. AU acorde a edad gestacional.

Estudios de laboratorio clínico

Hemoglobina: 80 g.

Leucocitosis con desviación a la izquierda.

Rx de abdomen simple PA de pie, acostado y lateral: gran distensión de asas intestinales con predominio de las gruesas que muestran patrón oclusivo (fig. 1).

Se anuncia para operar de urgencia con el diagnóstico preoperatorio de oclusión intestinal mecánica.

Intervención quirúrgica

Se llega a cavidad por una incisión media supra e infraumbilical donde se encuentra gran dilatación del ciego y del colon ascendente y transverso, hallándose una brida del bazo y pared abdominal hasta el ángulo esplénico del colon, que lo comprimía en forma de anillo (fig. 2). Se secciona la brida (fig. 3) y se comprueba permeabilidad intestinal hasta el sigmae. Se revisa el resto de la cavidad y se cierra por planos.



Figura 1 Rx de abdomen simple PA de pie, donde se observa gran dilatación de las asas intestinales y niveles hidroáreos con stop en el ángulo esplénico del colon.

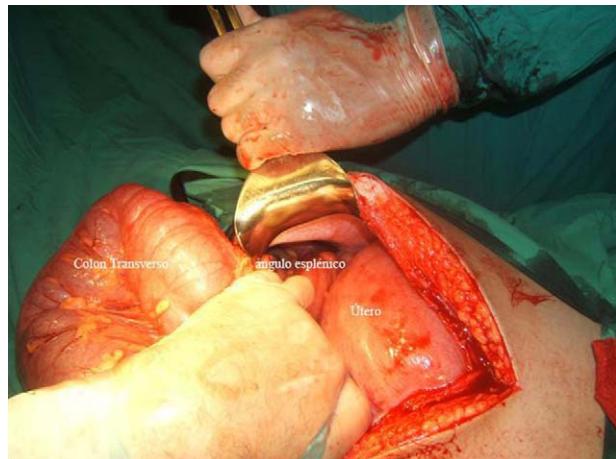


Figura 2 Brida que comprime el ángulo esplénico del colon.

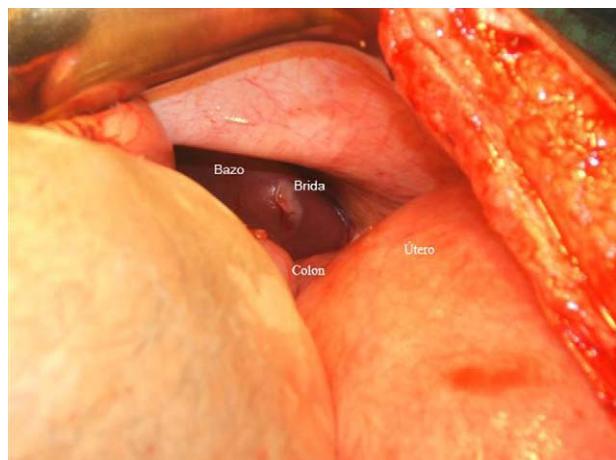


Figura 3 Brida seccionada a nivel del bazo.

Evolución postoperatoria

Se reporta como grave y se traslada a la sala de cuidados intensivos, donde en las primeras 24h se produce un cuadro de dificultad respiratoria aguda que se interpreta como un edema agudo de pulmón, diagnosticándose, además, una comunicación interauricular que responde con la terapéutica habitual, sin mayores consecuencias para la madre y el feto. A los 7 días es dada de alta por cirugía y trasladada a un hogar materno para mejor vigilancia de su embarazo.

Discusión del caso

La oclusión intestinal es una complicación grave durante el embarazo y es el resultado, generalmente, de la presión del útero aumentado de tamaño sobre las adherencias intestinales resultantes de operaciones anteriores³. Su frecuencia es variable, según se revisa la literatura una de cada 1.500 – 16.000 embarazadas⁴⁻⁸.

Dentro de las causas de obstrucción intestinal mecánica que complican la gestación aparecen, en orden de frecuencia, lasbridas y adherencias secundarias a intervenciones quirúrgicas previas (60 – 70%)^{4,9,10} y las cirugías pélvicas o procesos inflamatorios intraabdominales, seguidas de los

vólvulos de intestino grueso (sigmoides y ciego)^{4,11–14} y de los del intestino delgado, que representan solo el 9% de los casos^{4,15–17}. Otras causas incluyen la invaginación intestinal, hernias complicadas, cáncer y procesos inflamatorios del intestino^{4,18,19}.

En este caso, la paciente tenía una brida única, sin antecedentes de cirugía previa o procesos inflamatorios anteriores, lo que nos hace plantear el diagnóstico de una brida congénita que se acompaña, además, de una malformación del aparato cardiovascular, frecuente en los casos de malformaciones o trastornos de fijación del intestino. En la literatura revisada no encontramos reportes de casos similares.

La obstrucción mecánica del intestino puede ocurrir en cualquier trimestre del embarazo, pero es más frecuente cuando ocurren los cambios rápidos de tamaño del útero, cuando el útero se convierte en un órgano intraabdominal, cuando desciende la presentación fetal y cuando el útero se contrae en el momento del parto^{4,19}.

El cuadro clínico habitualmente no varía en comparación con las pacientes no gestantes⁴, presentándose dolor abdominal tipo cólico, vómitos y constipación. No obstante, estos síntomas pueden confundirse con los presentados normalmente en las embarazadas, sobre todo la hiperémesis en el primer trimestre⁸, lo que puede retrasar el diagnóstico y conducir a complicaciones. Los signos abdominales clásicos del cuadro oclusivo son más difíciles de encontrar según avanza el embarazo. La distensión abdominal se enmascara en una gestante a término por el gran tamaño del útero. La contracción y reacción peritoneal, no aparecen hasta que ocurre la necrosis del segmento intestinal afecto, por lo que es un signo de gravedad.

En cuanto a los exámenes complementarios para el diagnóstico, el estudio radiológico es de fundamental importancia. No encontraremos imágenes típicas de patrón oclusivo, salvo en los embarazos de pocas semanas y en el puerperio, ya que el útero grávido desplaza las asas intestinales hacia fuera y hacia arriba, distorsionando las imágenes en los filmes radiológicos. Por consiguiente, hay que tenerlo en cuenta a la hora de interpretarlos. La ecografía carece de importancia por la gran cantidad de gases intestinales, pero sí nos orienta sobre la vitalidad del feto.

La mortalidad materna varía del 6–26% y la fetal puede llegar hasta un 35%^{4,8,19} en los casos de diagnóstico tardío, con presencia de perforación intestinal con peritonitis.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Allen J, Helling T, Langenfeld M. Intraabdominal surgery during pregnancy. *Am J Surg.* 1989;158:567–9.
- Fallon W, Newman, Fallon G. Tratamiento quirúrgico de los trastornos inflamatorios intraabdominales durante el embarazo. *Surg Clin North Am.* 1995;1:13–27.
- Laffita LW. Abdomen agudo Quirúrgico en el embarazo. *Revista Información Científica.* 2007;53.
- Augustin G, Majerovic M. Non-obstetrical acute abdomen during pregnancy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2007;131:4–12.
- Ballantyne GH, Brouder MD, Beart RWJ. Volvulus of the colon: incidence and mortality. *Am Surg.* 1985;202:83–92.
- Baykal C, Al A, Ozer S, Hizli D, Gökcin H. Ileal resection for gangrenous ileal volvulus in a term pregnancy: a case report. *Arch Gynecol Obstet.* 2006;273:304–6.
- Perdue PW, Johnson HW, Stafford PW. Intestinal obstruction complicating pregnancy. *Am J Surg.* 1992;164:384–8.
- Charlie CK, Manju M. Approach to the Acute Abdomen in Pregnancy. *Obstet Gynecol Clin N Am.* 2007;34:389–402.
- Chang YT, Huang YS, Chan HM, Huang CJ, Hsieh JS, Huang TJ. Intestinal obstruction during pregnancy. *Kaohsiung J Med Sci.* 2006;22:20–3.
- Kuwahata T, Iwamoto I, Fujino T, Douchi T. Mechanical ileus in a pregnant woman at term pregnancy accompanied by labor pains. *J Obstet Gynaecol Res.* 2007;33:549–51.
- Pratt AT, Donaaldson RC, Evertson LR, Yon Jr JL. Cecal volvulus in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1981;57:375–405.
- Iwamoto I, Miwa K, Fujino T, Douchi T. Perforated colon volvulus coiling around the uterus in a pregnant woman with a history of severe constipation. *J Obstet Gynaecol Res.* 2007;33:731–3.
- Alshawi JS. Recurrent sigmoid volvulus in pregnancy: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum.* 2005;48:1811–3.
- Essilfie P, Hussain M, Stokes IM. Small bowel infarction secondary to volvulus volvulus during pregnancy: a case report. *J Reprod Med.* 2007;52:553–4.
- Ou KY, Lee YM, Shen CR, Chen HS, Tsai EM. Volvulus en el embarazo: un dilema de diagnóstico. *Kaohsiung el J Med Sci.* 2007;23:147–50.
- Yahchouchy E, Zaarour P, Prove S, Elie Y, Patric Z, Fingerhut A, et al. Recurrent idiopathic small bowel volvulus during pregnancy. *ANZ J Surg.* 2001;71:193–4.
- Redlich A, Rickes S, Costa SD, Wolff S. Small bowel obstruction in pregnancy. *Arch Gynecol Obstet.* 2007;275:381–3.
- Connolly M, Unti J, Nora P. Bowel obstruction in pregnancy. *Surg Clin North Am.* 1995;75:101–13.
- Narjis Y, Jgounni R, Louzi A, Abassi H, Elmansouri MN, Soumani A, et al. Volvulus du sigmoïde, une complication rare de la grossesse. *Gynecologie Obstétrique & Fertilité.* 2008;36:776–8.