

CASO CLÍNICO

Perforación cecal tras íleo paralítico poscesárea: caso clínico

**E. Rodríguez Ferradas*, I. Lasa Alvarado, P. Cobas Lozano, M. Lure Berregui
y M.J. Larraza Zandueta**

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián, Guipúzcoa, España

Recibido el 22 de febrero de 2012; aceptado el 1 de junio de 2012

Disponible en Internet el 8 de noviembre de 2012

PALABRAS CLAVE

Obstrucción
intestinal;
Cesárea;
Perforación cecal;
Íleo paralítico

Resumen La perforación cecal por íleo paralítico tras cesárea es un cuadro raro pero urgente que debemos conocer. Presentamos el caso de una perforación cecal tras íleo intestinal poscesárea. Primipara de 30 años a la que se realizó una cesárea por oligoamnios severo y presentación nalgas en la semana 37+2 y comenzó en el postoperatorio con un cuadro de clínica digestiva diagnosticado de íleo paralítico que mejoró con tratamiento conservador. Posteriormente empeoró, presentando fiebre, dolor abdominal y presencia de neumoperitoneo en las pruebas de imagen. Se intervino de urgencia confirmando la perforación cecal y procediendo a resear el ciego. La evolución posterior fue favorable.

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Bowel obstruction;
Cesarean section;
Cecal perforation;
Paralytic ileus

Cecal perforation after paralytic ileus following a cesarean section: case report

Abstract Cecal perforation following paralytic ileus after cesarean section is a rare but urgent complication. Familiarity with this complication is important. We report a case of cecal perforation following paralytic ileus after cesarean section. A 30-year-old primigravida who underwent cesarean section for breech presentation and severe oligohydramnios at 37+2 weeks' gestation developed gastrointestinal symptoms diagnosed as paralytic ileus early in the postoperative period. The symptoms improved with conservative treatment. The patient subsequently showed worsening of the symptoms, with fever, abdominal pain and the presence of pneumoperitoneum on imaging studies. Emergency surgery was performed, confirming cecal perforation. The cecum was resected, with favorable outcome.

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fefirodriguez@gmail.com (E. Rodríguez Ferradas).

Introducción

La cesárea es una intervención quirúrgica frecuente en nuestro medio y no exenta de complicaciones. En el año 2010 en España se realizaron 132.487 cesáreas, un 27,23% del total de partos, según datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE)¹.

Entre las complicaciones maternas que podemos encontrar tras una cesárea se encuentra la obstrucción intestinal, que se puede deber a causas mecánicas o funcionales. El síndrome de Ogilvie y el íleo paralítico son las causas funcionales más frecuentes, se pueden complicar con una perforación intestinal, siendo el ciego la zona más susceptible². Esto supone una urgencia quirúrgica ya que se describen tasas de mortalidad del 30-72%³.

Presentamos el caso de una mujer intervenida de cesárea complicada con perforación cecal tras íleo paralítico.

Caso clínico

Mujer de 30 años primigesta de 37+2 semanas, sin antecedentes de interés, que acude a nuestro hospital por oligoamnios severo. Se le practica cesárea por presentación nalgas sin incidencias.

El día posterior a la intervención comenzó tolerancia a líquidos tras lo que presentó clínica digestiva de vómitos. Se objetivó falta de peristaltismo intestinal y distensión abdominal a la exploración. La radiografía de abdomen presentó dilatación de intestino delgado y grueso con niveles hidroáreos siendo diagnosticada de íleo paralítico posquirúrgico. El manejo del cuadro fue conservador, con colocación de sonda nasogástrica y sueroterapia. La evolución clínica fue favorable, por lo que se introdujo tolerancia el cuarto día posquirúrgico.

El quinto día posquirúrgico comenzó con fiebre de 38° y dolor abdominal, a la exploración presentaba peristaltismo positivo y crepitación abdominal. Se realizó radiografía de abdomen objetivando neumoperitoneo (figs. 1 y 2), se confirmó la perforación intestinal con el TAC abdominal (fig. 3).

Se indicó intervención urgente vía laparotómica media infraumbilical, objetivándose un área de necrosis a nivel cecal con perforación, por lo que se realizó una resección intestinal a dicho nivel. En el postoperatorio la paciente presentó hipopotasemia grave y anemia. Tras instaurar tratamiento antibiótico de amplio espectro, manejo de las alteraciones analíticas y hierro intravenoso la evolución clínica fue favorable y recibió el alta 11 días tras la resección intestinal.

Discusión

La obstrucción intestinal es una complicación poco frecuente pero importante en el embarazo, ya que se asocia a elevada morbi-mortalidad materno-fetal. Perdue publicó en 1992 que la incidencia descrita de esta complicación variaba del 0,001 al 0,2%⁴.

En 2009 Laskin et al. llevaron a cabo una revisión de los 21 casos de perforación cecal tras cesárea publicados hasta el momento. Encontraron que las causas más frecuentes eran el íleo paralítico (33%) y el síndrome de Ogilvie (24%),

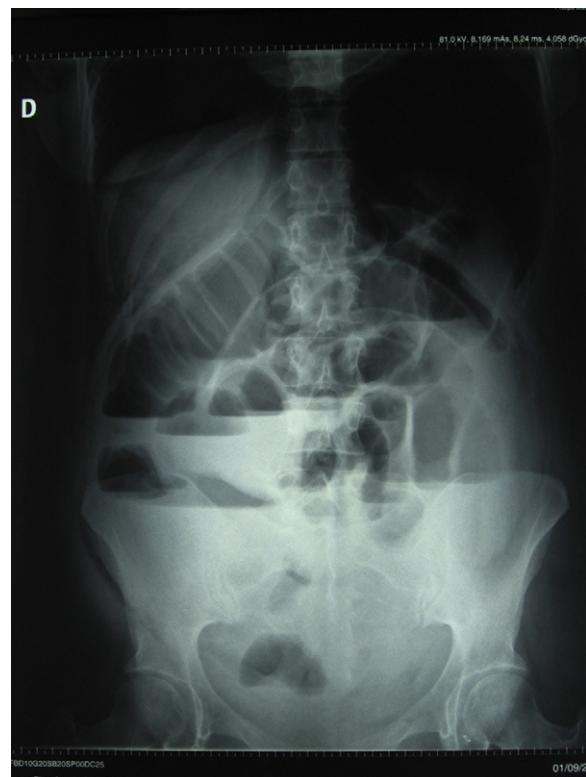


Figura 1 Radiografía de abdomen AP en bipedestación en la que se observan la distensión del intestino delgado y grueso y los niveles hidroáreos.

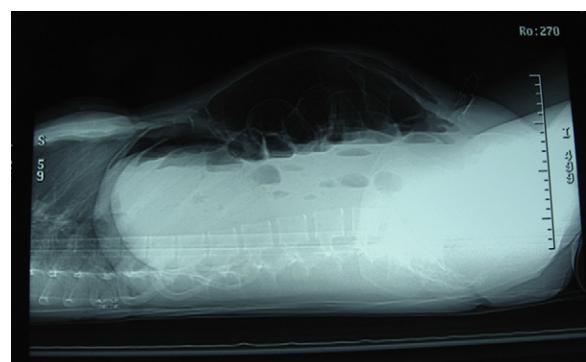


Figura 2 Radiografía de abdomen en decúbito en la que se observa la distensión de asas de intestino, los niveles hidroáreos y el neumoperitoneo.

seguidos del volvulo (9,5%). Un dato interesante es que en un 33% de los casos se desconocía la causa del cuadro³.

El cuadro clásico del íleo paralítico se presenta como distensión abdominal, vómitos y ausencia de peristaltismo intestinal a la exploración. Normalmente no aparece dolor cólico, sino una leve molestia abdominal. En el caso concreto del íleo postoperatorio se produce una parálisis intestinal transitoria que se prolonga más de 24-48 h tras la cirugía. La isquemia intestinal debida a la distensión puede perpetuar el cuadro y es importante tener en cuenta la posibilidad de una obstrucción mecánica intestinal y descartarla.

El TAC es el método de imagen más recomendable en el diagnóstico de la obstrucción intestinal postoperatoria,



Figura 3 TAC abdominal en el que se observan las asas de intestino dilatadas y la presencia de neumoperitoneo.

ya que tiene gran capacidad para diferenciar el íleo adinámico de la obstrucción intestinal parcial y de la obstrucción completa.

A la hora de comenzar el tratamiento es esencial detectar el proceso causal para actuar sobre él. El íleo se trata de forma conservadora con sonda nasogástrica de aspiración, reposición hidroelectrolítica e incluso nutrición parenteral si se prolonga el cuadro. Debido a que el 70% del gas intestinal es el deglutido, y que su composición es principalmente

nitrógeno, que es pobremente absorbido en la luz intestinal, la aspiración de este gas es importante para revertir la distensión abdominal. La neostigmina puede ser efectiva en casos de íleo colónico que no haya respondido a tratamiento conservador⁵. Si se produce un empeoramiento del cuadro debemos pensar en una perforación intestinal y realizar una intervención quirúrgica para su resolución.

Conclusiones

El íleo paralítico es una complicación poco frecuente tras cesárea. Ante su aparición tenemos que instaurar un tratamiento precoz para evitar una perforación intestinal, que es un cuadro con consecuencias maternas graves frecuentes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Disponible en: www.ine.es/ [consultado 20 Nov 2012].
2. DePalma RT. Nonobstructive cecal dilatation and perforation after caesarean section. *Obstet Gynecol*. 1978;52 1 Suppl:61-3.
3. Laskin M, Tessler K, Kives S. Cecal perforation due to paralytic ileus following primary caesarean section. *J Obstet Gynaecol Can*. 2009;31:167-71.
4. Perdue PW, Johnson Jr HW, Stafford PW. Intestinal obstruction complicating pregnancy. *Am J Surg*. 1992;164:384-8.
5. Parrilla P, García-Valdecasas JC, Tagarona EM. *Abdomen agudo*. En: Farreras Rozman, editor. *Medicina Interna*. Editorial Elsevier España; 2004. p. 173-82.