

T. Pérez Reyes
C. Reyes Iglesias
M.A. Barber Marro
L. Robles Rodríguez
J.V. Hijano Mir
L. Alonso Pacheco
I. Eguiluz Gutiérrez-Barquin
I. Cohen Corcia

Departamento de Obstetricia y Ginecología.
Hospital regional Carlos Haya. Málaga.

Correspondencia:
Dra. T. Pérez Reyes.
Compositor Lemhberg Ruiz, 3, 9.º D. 29007 Málaga.

Fecha de recepción: 27/3/01
Aceptado para su publicación: 21/1/02

Diagnóstico prenatal de volvulación intestinal en el feto con gastrosquisis

Prenatal diagnosis of intestinal volvulus in a fetus with gastroschisis

T. Pérez Reyes, C. Reyes Iglesias, M.A. Barber Marrero, L. Robles Rodríguez, J.V. Hijano Mir, L. Alonso Pacheco, I. Eguiluz Gutiérrez-Barquin, I. Cohen Corcia. *Diagnóstico prenatal de volvulación intestinal en el feto con gastrosquisis. Prog Obstet Ginecol 2002;45(2):69-71.*

RESUMEN

Presentamos un extraño caso de feto con gastrosquisis que presentó, intraútero, un cuadro de vólvulo intestinal, sospechado mediante estudio ecográfico y monitorización fetal, y que se confirmó por el servicio de cirugía pediátrica tras la extracción fetal. Presentamos, además, los estudios complementarios que nos llevaron al diagnóstico prenatal de este interesante caso acontecido en nuestro centro.

PALABRAS CLAVE

Defectos de pared abdominal fetal. Gastrosquisis. Vólvulo prenatal.

SUMMARY

We describe an unusual case of a fetus with gastroschisis who presented intestinal volvulus *in utero*. The abnormality was first suspected by ultrasonography and fetal monitoring and was subsequently confirmed by the pediatric surgery department after delivery. We present the complementary studies that established the diagnosis of this interesting case.

KEY WORDS

Abdominal wall defect. Gastroschisis. Prenatal volvulus.

0



Figura 1. Ecografía. Asas dilatadas.



Figura 2. Ecografía. Gastrosquisis.

INTRODUCCIÓN

La gastrosquisis es un defecto paraumbilical derecho de pequeño tamaño en todo el espesor de la pared abdominal. Su frecuencia es de 1/4.000 recién nacidos vivos. Generalmente es de aparición esporádica, no asocia anomalías cromosómicas y no suele asociar anomalías no gastrointestinales¹.

En algunas ocasiones, puede producirse volvulación de las asas. Esta situación es una urgencia médica, ya que la viabilidad de las asas dilatadas depende del tiempo en que permanezcan en isquemia. Se ha descrito la posibilidad de diagnóstico intraútero de esta complicación mediante ultrasonidos². Describimos a continuación un caso acontecido en nuestro centro.

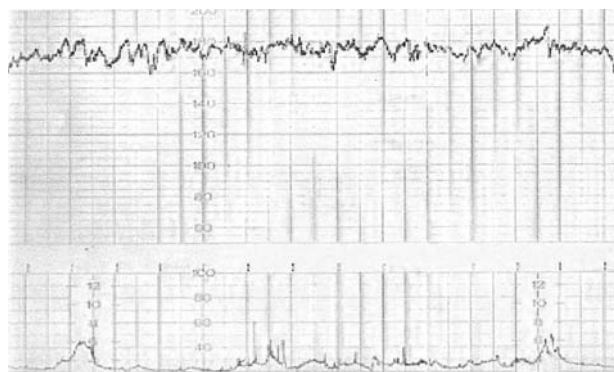


Figura 3. Test no-estresante. Taquicardia fetal no justificada.

CASO CLÍNICO

Paciente primigesta en semana de amenorrea 34, sin antecedentes personales ni familiares de interés. Con gestación controlada en centro de salud, y que supuestamente hasta ese momento había cursado sin incidencias. Acude a nuestro centro de forma urgente refiriendo sensación subjetiva de dinámica uterina. En el momento del ingreso se objetiva un hipovolumen clínico, lo que llevó a un estudio ecográfico, donde se apreció un feto vivo con biometría tres semanas menor, y un defecto pequeño de pared abdominal con salida de aparato digestivo, con la peculiaridad de que se observaba una imagen que impresionaba de dilatación de asas posiblemente debido a un cuadro de tipo mecánico (figs. 1 y 2). Al monitorizar a la paciente, se objetivó una taquicardia fetal en el registro no estresante, que no se podía justificar con la exploración (fig. 3). Ante tales hallazgos se sospechó la posibilidad de la existencia de un vólvulo intestinal en las asas desplazadas fuera de su lugar habitual. Se decidió la realización de una cesárea, extrayéndose un recién nacido varón de 2.230 g con una laparosquisis, que contenía todo el paquete intestinal, el lóbulo hepático izquierdo, un bazo accesorio, las trompas, los ovarios y la cúpula vesical. Asimismo, se objetivó una volvulación de las asas del intestino delgado que requirió tratamiento quirúrgico urgente.

La operación transcurrió sin incidencias. Se apreciaron como hallazgos la existencia de bandas de Ladd y una dilatación de las asas intestinales sin zonas necróticas. Se realizó cierre primario del defecto y onfaloplastia.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria.

DISCUSIÓN

Dentro de las anomalías de la pared abdominal, las gastrosquisis y el onfalocele son las dos más frecuentes. La gastrosquisis puede asociarse a otras enfermedades obstétricas como son la prematuridad y el CIR^{1,4}. Están descritas como complicaciones la isquemia y la estenosis intestinal, como consecuencia de la compresión de los vasos mesentéricos¹ y, más raramente, el vólvulo de asas de intestino delgado. El estado del intestino es el factor pronóstico más

importante, para determinar éste, el diagnóstico por ultrasonidos del grosor de la pared y de la dilatación de las asas intestinales son fundamentales, teniendo menor importancia el tamaño del defecto de la pared³. Hay autores que defienden la importancia del estudio mediante Doppler para valorar el grado de afección intestinal².

Es muy interesante la posibilidad de diagnóstico intraútero de la volvulación intestinal, puesto que esto podría mejorar el resultado perinatal al impedir la necrosis isquémica de las asas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Culligan JA, Nyberg DA. Defectos de la pared abdominal fetal. En: Ecografía obstétrica y fetal; 289-303.
2. Yoo SJ, Park KW, Cho SY, Sim JS, Hhan KS. Definitive diagnosis of intestinal volvulus in utero. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1999;13:200-3.
3. Grignon A, Dubois J, Oullet MC, Garel L, Oligny LL, Potier M. Echogenic dilated bowel loops before 21 weeks' gestation: a new entity. *AJR Am J Roentgenol.* 1997;168:833-7.
4. Terzibachian JJ, Shu JD, Levy G, Destuynder O, Agnani G. Prenatal diagnosis of a small intestinal volvulus. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1995;24:839-42.
5. Adra AM, Landy HJ, Nahmias J, Gómez O. The fetus with gastroschisis: impact of route of delivery and prenatal ultrasonography. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:540-6.