

VÓLVULO DE SIGMOIDES COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO EN EL PUERPERIO INMEDIATO

Fernando Noriega, Wolf von Waagner

RESUMEN

Se presenta un caso de vólvulo de sigmoides en el puerperio inmediato, en una paciente de 32 años, quien tuvo un parto eutócico y fue intervenida quirúrgicamente. Se hace una revisión de los conocimientos actuales sobre esta complicación materna.

Palabras clave: Vólvulo de sigmoides, abdomen agudo, puerperio inmediato.

Ginecol Obstet (Perú) 2000; 46 (4): 354-355.

SUMMARY

A case of sigmoid colon volvulus in the immediate puerperium is presented in a 32 year-old patient, who had a normal labour and underwent surgical therapy. The literature on this maternal complication is reviewed.

Key words: Sigmoid colon volvulus, immediate postpartum.

Ginecol Obstet (Perú) 2000; 46 (4): 354-355.

INTRODUCCIÓN

La obstrucción intestinal en embarazadas y puérperas es una causa de abdomen agudo quirúrgico, con una frecuencia estimada en 1 a 3/10,000 embarazos¹. Meyerson y colaboradores refieren haber encontrado una incidencia de obstrucción intestinal en la gestación de 1/17 000, estudio realizado en un período de 20 años en dos hospitales de Detroit⁶.

La causa más frecuente de obstrucción intestinal es aquella producida por bridas y adherencias². Sin

embargo, el vólvulo intestinal ocupa el segundo lugar, con 25% de los casos¹, siendo el vólvulo de sigmoides la causa más común dentro de las obstrucciones por vólvulo en la gestación. En el estudio de Davis¹ realizado en 512 vólvulos de sigmoides, siete de ellos se presentaron en gestantes, las cuales fueron intervenidas quirúrgicamente, presentando aborto espontáneo dos casos, luego de la intervención.

CASO CLÍNICO

Paciente de 32 años, natural y procedente de Lima, estado civil conviviente, raza mestiza, ama de casa.

Ingresa por emergencia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales el día 8 de abril de 2000 a las 23:00 h, por sus propios medios, refiriendo contracciones uterinas, sensación de alza térmica no cuantificada y presencia de deposiciones líquidas (10 cámaras), con moco, pujo y sin sangre.

La paciente ingresa con los siguientes diagnósticos:

1. Multigesta de 42 semanas por FUR.
2. Pródromos de trabajo de parto.
3. Enfermedad diarreica aguda.
4. Deshidratación moderada.
5. Síndrome febril.
6. Riesgo obstétrico alto: No control prenatal. Embarazo prolongado.

Se le administra solución salina y antibioticoterapia. Presenta trabajo de parto espontáneo, con una duración de cinco horas 10 minutos. El parto eu-

Departamento de Obstetricia y Ginecología y Cirugía del Hospital Sergio E. Bernales.

Dr. Fernando Noriega Ruckauf

Dirección: Batallón Tarma 671 Chacarilla. Surco.



tóxico se produce el 9 de abril de 2000 a las 07:05 h, con los siguientes hallazgos: recién nacido vivo, varón de 2560 g de peso, Apgar: 8/9, talla 46 cm, perímetro cefálico 32 cm, perímetro torácico 33 cm.

Durante el puerperio inmediato, la paciente presentó deposiciones líquidas (20 cámaras) y dificultad respiratoria, siendo las funciones vitales las siguientes: frecuencia cardiaca 130 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 38 por minuto, presión arterial 90/70 mmHg, temperatura 37,8°C. Asimismo, refirió dolor abdominal intenso, con signos de irritación peritoneal. El estado general empeoró, así como la dificultad respiratoria. Al examen clínico no se auscultaba pasaje en el hemitórax izquierdo (cara anterior) y un silencio abdominal, por lo que se indicó una radiografía de tórax y abdomen (placa N° 75619), observándose marcada elevación del hemidiafragma izquierdo, así como asa del intestino grueso marcadamente dilatada y la presencia de niveles hidroaéreos. Por tanto, se indicó su traslado a la UCI para su estabilización y posterior programación para laparotomía exploratoria.

El hallazgo operatorio fue vólvulo de sigmoides en 180 grados. El tratamiento realizado fue la devolvulación y pexia.

DISCUSIÓN

Dentro de los antecedentes propios del dolícomegacolon andino se encuentran, como principales, la edad mayor de 50 años, el sexo masculino, natural de zonas por sobre los 3000 msnm y hábitos dietéticos basados en fibra vegetal.

Se ha visto vólvulos del ciego y del intestino delgado tempranamente en el puerperio⁸. Además existen tres momentos en los cuales se produce la obstrucción: a la mitad del embarazo, cuando la

cabeza fetal desciende, y en el puerperio inmediato, cuando existe un cambio brusco en el tamaño del útero⁴. En el caso clínico descrito se presenta una cronología clínica que nos induce a pensar que el vólvulo de sigmoides se produjo durante el puerperio inmediato. Asimismo, los hallazgos intraoperatorios indican una volvulación con un tiempo menor al atribuido; sin embargo, se presentaron alteraciones suficientes para producir una gran cantidad de endotoxinas capaces de llevar a la paciente al choque séptico.

La rápida intervención quirúrgica permitió controlar el daño y la eliminación de endotoxinas remanentes del vólvulo, por lo que la evolución de la paciente fue favorable.

En conclusión, es importante considerar siempre la posibilidad de obstrucción intestinal en el embarazo y tener presente el vólvulo intestinal en el diagnóstico diferencial, así como una cirugía temprana, con la finalidad de evitar las complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Allen JR, Helling TS, Langentel M. Intraabdominal surgery during pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 1990; 45: 537.
2. Barron WM. The pregnant surgical patient: Medical evaluation and management. *Ann Intern Med* 1984; 101: 683.
3. Frisancho D. Dolícomegacolon andino. Tesis Doctoral en Medicina. UPOCH. 1976.
4. Frisancho D, Frisancho O. Vólvulos intestinales en la altura. Lima: Editorial Los Andes. 1987.
5. Lopez JM, Escen UI, Chandrashekar MV, Roger MI, Olajide E. Volvulus of the right colon in pregnancy. *Int J Clin Pract* 1998; 52 (4): 270-1.
6. Montes H, Wolf J. Cecal volvulus in pregnancy. *Am J Gastroenterol* 1999; 94 (9): 2554-6.
7. Perdue PW, Johnson HW Jr, Stafford PW. Intestinal obstruction complicating pregnancy. *Am J Surg* 1992; 164: 384.
8. Ruzicka P, Peskova M, Svab J, Fried M. An unusual cause of intestinal obstruction in the puerperal period. *Sb Lek* 1997; 45: 537.
9. Sorenson WM, et al. Management of general surgical emergencies in pregnancy. *Am Surg* 1990; 56: 245.
10. Ventura-Braswell AM, Sain AJ, Higby K. Delayed diagnosis of bowel infarction secondary to maternal midgut volvulus at term. *Obstet Gynecol* 1998; 91 (5 Pt 2): 808-10.