

Obstrucción intestinal durante el puerperio. Reporte de un caso

Drs. Mary Carmen Prieto-Franchi, Noren Villalobos, Adolfo Brea Andrade, Carol López.

Servicio 4. Departamento Obstétrico del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo, Maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza". Maracaibo, Estado Zulia.

RESUMEN

Se reporta el caso de una paciente de 37 años de edad, VIII gesta, VII para, quien acude a la Maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza", en trabajo de parto, evoluciona a parto eutócico.

Durante el puerperio inmediato presenta síntomas y signos de obstrucción intestinal, se realiza laparotomía exploradora, con hallazgo de vólvulos de colon sigmoides y necrosis del mismo. Se realiza resección y colostomía. La paciente tuvo un posoperatorio satisfactorio. Es necesaria la evaluación constante del puerperio, para así detectar cualquier patología que pueda presentarse.

Palabras Clave: Obstrucción intestinal, Vólvulus intestinal, Puerperio.

SUMMARY

The case of a 37 year-old patient, VIII geste, is reported VII for who Dr. Armando Castillo Plaza goes to the Maternity", in childbirth work, evolving to childbirth eutócic.

During the immediate puerperio it presents symptoms and signs of intestinal obstruction, being valued by the surgery service, being carried out laparotomía exploradora, with discovery of necrosis of colon sigmoides and colostomía realization. The patient evolved satisfactorily. It is necessary the constant evaluation, stops this way to detect any pathology that can be presented.

Keywords: Intestinal obstruction, vólvulus, puerperio.

INTRODUCCIÓN.

El vólvulus intestinal (VI) es la rotación de un segmento colónico alrededor de su mesenterio, debido a la estrechez de éste en su base en contraste con un asa de colon redundante, además de la distensión con aire. Se manifiesta con los signos de un abdomen agudo obstructivo (AAO): dolor abdominal agudo, distensión, vómitos y ausencia de evacuaciones. La radiografía simple abdominal constituye un método auxiliar en el diagnóstico de esta patología, que no excluye a la embarazada o puérpera. Se conoce que Hipócrates trató la obstrucción intestinal (OI) y que Praxágoras realizó la primera operación por OI 350 años A.C (1). El primer reporte en la literatura de vólvulo y embarazo data del año 1.885, por Braum en Alemania, que ocurrió en colon sigmoide en un embarazo a término (2). La escasa incidencia de VI en pacientes

embarzadas impide acumular experiencia sobre el tema. El diagnóstico requiere un alto grado de sospecha clínica, puesto que la necrosis de asa agrava en forma drástica el pronóstico tanto materno como fetal (3).

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Gestante de 37 años de edad, nacida y residente de Maracaibo, quien acudió a la Emergencia del Departamento Obstétrico del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo, Maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza" (MACP), el 18 de octubre de 1999 a las 5 pm por presentar dolor abdominal tipo contracciones uterinas dolorosas desde la 11 am. Multípara: VIII gestas VII paras, embarazo no controlado y según fecha de última menstruación (FUM) correspondía a 39.5 semanas. Ingresó con los diagnósticos de: embarazo simple a término en trabajo de parto.

El examen físico de ingreso, reporta regulares condiciones generales, afebril, hidratada, signos vitales normales.

Recibido: 24-04-04

Aceptado para publicación: 31-08-04

Llama la atención palidez cutáneo-mucosa, fascie tóxica y halitosis. La exploración útero-abdominal reveló abdomen globoso a expensas de útero grávido con feto único, situación longitudinal, presentación cefálica, dorso fetal a la derecha, altura uterina (AU): 34 cm, circunferencia abdominal (CA): 96 cm, frecuencia cardíaca fetal (FCF): 138 latidos por minuto. El examen ginecológico reportó cuello blando, central con 80% de borramiento, 4 cm de dilatación, presentación en primer plano de Hodge, membranas íntegras. Se realizó conducción del trabajo de parto, el cual evolucionó sin complicaciones con el uso de oxitócicos (Syntocinon® 5 unidades en 500 cm³ de solución glucosada al 5% a razón de XVI gotas por minuto), realizándose amniorraxis una hora después del ingreso. A las 6:35 p.m. nace recién nacido vivo varón en buenas condiciones generales y se ubica a madre e hijo en la sala de puerperio. La paciente fue valorada a las 14 horas, en su puerperio inmediato, encontrándose en buenas condiciones generales, signos vitales normales, con distensión abdominal discreta, ruidos hidroaéreos presentes, útero umbilical tónico, por lo cual se realiza evacuación vesical con sonda. No se reportaron evacuaciones. Es valorada nuevamente a las 37 horas en regulares condiciones generales, aliento fecaloide, taquifigmia, abdomen distendido, timpánico, ruidos hidroaéreos ausentes, dolor a la palpación en la totalidad del abdomen, que se encuentra duro, sin permitir la localización del útero, refiere ausencia de evacuaciones y disminución del volumen urinario. En vista del cuadro clínico se indica dieta absoluta, sonda nasogástrica y vesical, Rx simple abdominal que revela niveles hidroaéreos y dilatación de asa intestinales compatibles con AAO. Es valorada en conjunto con el servicio de cirugía general, decidiéndose luego de exploración física y radiológica, realizar laparotomía exploradora con los diagnósticos de: AAO por vólvulo intestinal. Los hallazgos operatorios fueron: distensión del intestino grueso, vólvulo colon sigmoides que estaba totalmente necrótico con infiltración bacteriana, abundante secreción purulenta fétida en cavidad abdominal (300 cm³ aproximadamente), hígado, bazo, colon derecho e intestino delgado sin lesiones, útero subumbilical, tónico. Se realizó resección total del colon sigmoides y colostomía derecha según técnica de Hartman y toma de biopsia. El informe de biopsia describe: "segmento de intestino grueso de 38 cm x 13 cm, presentando a los 6 y 15 cm de sus bordes de resección, zona dilatada hasta 12 cm, serosa pardo-grisácea con áreas violáceas, lisas. Al corte de la pared, zona dilatada, mucosa parda con ausencia de pliegues en área contigua a la zona afectada. Hallazgos histopatológicos compatibles con lesión vascular isquémica intestinal: necrosis isquémica aguda, hemorragia transmural, trombosis vascular, peritonitis aguda.

La paciente evolucionó satisfactoriamente y egresó 5 días después en buenas condiciones generales, el posoperatorio transcurrió dentro de la normalidad y se realizó el cierre de la colostomía a los 60 días.

DISCUSIÓN

El vólvulo intestinal se manifiesta con signos de AAO, frecuentemente ocurre con el colon vacío, puede resolverse en forma espontánea o cronificarse. La presentación más frecuente es la obstrucción aguda que da lugar a estrangulación y gangrena cuando no se trata (4). Ocurre en las edades extremas de la vida y predomina en el sexo masculino con una proporción de 2:1 (5), el tipo de VI más común es el del colon sigmoides (6-8) con una incidencia aproximada del 80% (7,8). Dentro de los factores predisponentes para esta patología se encuentran las intervenciones quirúrgicas intestinales y ginecológicas previas, bridas y adherencias, hernias umbilicales-inguinales e incluso embarazo (3, 9-14) o puerperio, complicación conocida como síndrome de Ogilvie poscesárea (3-15). En nuestro caso, el cuadro abdominal obstructivo fue enmascarado por el trabajo de parto sin antecedentes previos de cirugía abdominal o ginecológica, así como de procesos inflamatorios pélvicos que permitieran sospechar la presencia de esta patología durante el curso del parto. Se manifiesta con dolor abdominal agudo, distensión, vómitos, ausencia de evacuaciones, signos que fueron observados en la evolución del caso. Su diagnóstico dependió además de la exploración física, Rx simple de abdomen, que evidenció dilatación de asas intestinales y niveles hidroaéreos (6,15) característicos del AAO. El vólvulo colónico es una importante entidad a considerar en aquellas pacientes gestantes o puerperas con dolor abdominal (16), sin embargo su baja incidencia en este tipo de pacientes, conlleva a no tenerla presente. Agüero (18) y Agüero y Domínguez Gallegos (19) presentaron en su estudio en la Maternidad Concepción Palacios una incidencia de 0,2%, con cuatro casos de resección intestinal por obstrucción, dos durante el embarazo, y dos en el puerperio, con una muerte materna. Arrieta (20) en el Hospital Quirúrgico y Maternidad de Maracaibo, reportó una incidencia de 2,4%, con 2 casos de obstrucción intestinal por bridas. Arcay y González (14) reportaron un asa sigmoides necrosada probablemente por bridas. A nivel internacional la incidencia es baja (21).

Los factores pronósticos asociados a mortalidad posoperatoria más relevantes en el VI son: edad mayor de 40 años, enfermedades asociadas, presión arterial media <70 mm Hg, presencia de secreción peritoneal purulenta o fecaloide, y evidencia de gangrena asociada a perforación (3,8,21,22). Clínicamente la paciente cumplió con los dos últimos criterios. Una vez confirmado el diagnóstico

clínico, el tratamiento del vólvulo es quirúrgico. En este caso el diagnóstico semiológico fue confirmado por el informe histopatológico.

REFERENCIAS

1. Carrion JA. Obstrucción Intestinal (Revisión Bibliográfica). *Educ med contin.* 1997;54(2): 1-4.
2. Agüero O, Domínguez A, De Gavaller B. Vólvulo intestinal y embarazo. *Bol Maternidad Concepción Palacios* 1.951; 2: 103-107.
3. Bannur Cumsille G, Díaz Quijada L, Sanhuez C. Vólvulos intestinal durante el embarazo: 2 casos clínicos. *Rev chil obstet ginecol.* 1993; 58(6): 444-449.
4. Golberg SM, Nivatvong S, Rothemberg D. Colon, recto y ano. En Schwartz SI, Shires ST, Spender F, editores. *Principios de Cirugía*. Quinta Edición. Colonia Atlampa, México: Editorial Interamericana McGraw-Hill, 1991, pag 1125-1126.
5. Sánchez Montes I, Pérez González A, Quintos Aranda C, Ibáñez Fuentes R. Vólvulos del sigmoides: diez años de experiencia. *Cir Gen.* 1995; 17(4):292-296.
6. Hayes Dorado JP, Hayes Michel A, Hayes Villarroel M. Tratamiento quirúrgico del vólvulo. *Rev Inst Med Sucre.* 1995; 41(105):44-49.
7. Vergara Baharmandes JI, Jensen Benitez C, Espindola Silva L, Caballero Pezoa G, Carrido Crovetto R, Cárdenas de la Meza R, et al. Vólvulo del intestino grueso: análisis de 24 casos. *Rev Hosp Clin Univ Chile.* 1996; 6(1):6-10.
8. RemesTroche JM, Pérez Martínez C, Rembis V, Takahashi T. Tratamiento quirúrgico del vólvulo colónico: experiencia de 10 años de estudio en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. *Rev Gastroenterolog Méx.* 1997; 62(4):276-280.
9. D'Acampora AJ, Garski Filho TF, Rothermel YC. Obstrucción intestinal: estudio de 80 casos. *ACM arq catarin med.* 1992; 21:89-94.
10. Brenner S, Campos GM, Brenner AS; Schultz ES, Coelho JC. Oclusão intestinal análise de 267 casos. *Rev col bras cir.* 1994; 21(1):1-5.
11. Kruehl N, Dalri CA, Sepentina RJ, Santiago AA. Análise retrospectiva do tratamento de pacientes com obstrução intestinal aguda. *ACM arq catarin med.* 1991; 20:129-134.
12. Porta Sánchez A. Vólvulo intestinal. En: *Comportamiento clínico quirúrgico de las obstrucciones intestinales en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Ávila Bolaños de Noviembre de 1992 a Julio de 1996.* Managua. 1997; 1(2):26-28.
13. Agramonte Caballero E. Obstrucción intestinal mecánica y embarazo en el Hospital Regional Honorio Delgado 1970 a 1994. *Arequipa, UNAS.* 1995; 1(7):77-80.
14. Arcay Sola A, González Acevedo M. Cirugía Abdominal de urgencia no ginecológica. *IV Congreso Venezolano de Cirugía 1.957; Vol II, pag 791-807.*
15. Sosa MO, Cardozo MA, Síndrome de Ogilvie poscesárea; una rara forma de complicación puerperal inmediata. *Bol Méd Postgrado.* 1996; 12(1):61-64.
16. Montes H, Wolf J. Cecal volvulus in pregnancy. *AM J Gastroenterol.* 1999; 94(9):2554-2555.
17. Busato Junior WF, Barcellos C, De Ros CT, Grazziotin TM, Texeira PH. Vólvulo de sigmoide e gestação. *J bras ginecol.* 1992; 102(1):31-33.
18. Agüero O. Intervenciones quirúrgicas en la Maternidad Concepción Palacios. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1951; 11 (1): 32-41.
19. Agüero O, Domínguez Gallegos A. Cirugía de urgencia en obstetricia 1.957. *IV Congreso Venezolano de Cirugía 1.957; Vol II, pag 809-815.*
20. Arrieta V. Cirugía abdominal de urgencia en obstetricia. *Bol Soc Venez de Cirugía* 1960; 14: 151-156.
21. Díaz Plasencia J, Sánchez C, Bardales M, Rebaza H, Calipuy W. Mortalidad operatoria en vólvulo de sigmoides. *Rev Gastroenterol Perú.* 1993; 13(1):37-44.
22. Suárez Ocando D, Embarazo y vólvulo intestinal: desenlace fatal: presentación de un caso. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1997; 57 (3): 193-195.

Dirección correspondencia: Dra. Mary Carmen Prieto Franchi. MCO: 3124 Av. 15 Las Delicias. C.C. Delicias Norte, II Etapa. Local 40. Maracaibo, Edo. Zulia, Venezuela. Teléfono: 0414-630-03-60. e-mail: mariprietofranchi@hotmail.com

FUNDASOG DE VENEZUELA



Junta Directiva de FUNDASOG DE VENEZUELA (2004-2006)

Presidenta:	Dra. Judith Toro Merlo
Secretario	Dr. Otto Rodríguez Armas
Tesorero	Dr. Domenico Guariglia
Vocales	Dra. Ofelia Uzcátegui
	Dr. Rogelio Pérez D'Gregorio

Brazo educativo e informativo de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela

Informa a los Miembros Afiliados de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, que las próximas pruebas de conocimiento de la especialidad para optar a la categoría de Miembro Titular, se realizarán en el marco de los eventos de la Sociedad:

- **XVIII Jornada Nacional de Obstetricia y Ginecología**, a celebrarse del 11 al 13 de noviembre de 2004, en el Hotel Pipo, Maracay.
- **XXI Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología**, que se llevará a cabo del 2 al 3 de marzo de 2005, en el Hotel Hilton Caracas.

Características del examen:

1. Prueba escrita.
2. Un total de 100 preguntas de selección simple, 50 de Obstetricia y 50 de Ginecología.
3. Puntuación mínima para aprobación: 15/20 puntos.

Información:

Sede de la SOGV y FUNDASOG de Venezuela Maternidad Concepción Palacios, Avenida San Martín, Caracas.
Teléfono: +58-212-451.59.55 Fax: +58-212-451.08.95