



## Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

**Ginecol. obstet.** 2001; 47 (1) : 71 - 72

### **Obstrucción intestinal en gestantes. Comunicación de un caso**

[John S. Apaza](#), Lesly L. Montes

#### **RESUMEN**

Se presenta un caso de obstrucción intestinal con vólvulo del sigmoides en una mujer que cursaba una gestación de 14 semanas. Ésta es una complicación muy rara y muchas veces de difícil diagnóstico. El caso que comunicamos, fue debido a una hernia interna. Se discute algunos aspectos fisiopatológicos y de diagnóstico.

#### **SUMMARY**

A case of intestinal obstruction with sigmoid colon volvulus in a 14-weeks pregnant woman is presented. This is a rare complication of difficult diagnosis; and the case reported was due to an internal hernia. Some aspects of pathophysiology and diagnosis are discussed.

#### **INTRODUCCION**

La incidencia de obstrucción intestinal durante la gestación probablemente no difiere de la incidencia de la población general. Perdue y colaboradores<sup>1</sup> citan una incidencia que varía en uno en 66 500 a uno en 1 500 partos. El 60% a 70% se debe a adherencias de cirugía pélvica previa, incluyendo operaciones cesáreas, después de las cuales la adherencia del epiplón a la incisión uterina puede causar obstrucción. El vólvulo es otra causa común. El vólvulo, especialmente del ciego, ha sido observada tempranamente en el puerperio después de la operación cesárea<sup>2</sup>.

La tasa de mortalidad con obstrucción intestinal puede ser muy alta, principalmente debido a los errores en el diagnóstico, diagnóstico retardado, renuencia a operar durante la gestación e inadecuada preparación para la cirugía.

El presente trabajo informa de un caso de obstrucción intestinal de una mujer gestante que fue admitida en el mes de mayo de este año en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

#### **COMUNICACION DEL CASO**

Mujer de 24 años de edad, secundigesta primípara, ocupación su casa, natural de Arequipa. Inició su enfermedad hace cinco horas antes, presentando en forma brusca dolor abdominal en epigastrio tipo cólico sin irradiación, de moderada intensidad, acompañado de vómitos acuosos y luego biliosos. El dolor abdominal tuvo una evolución progresiva, aumentando en intensidad, siendo motivo de consulta. Régimen catamenial tres a cuatro días cada 30 días, irregular; la fecha de última menstruación (FUM) fue el 14 de febrero de 2000; con un hijo vivo de 8 años. Sin antecedente de cirugía previa. Al ingreso, funciones vitales normales, regular estado general, lúcida, abdomen simétrico, no globuloso, sin visceromegalias, doloroso a la palpación



en epigastrio, ruidos hidroaéreos presentes; cuerpo uterino como de 12 a 14 semanas, resto de examen sin particularidades. Los diagnósticos de ingreso fueron gestación de 14 semanas 6 días por FUM y probable hiperemesis gravídica, a descartar pancreatitis aguda. Tuvo hemoglobina y hemograma de ingreso normales, amilasa 26 U/dL, creatinina 1 mg/dL (1º), 1,44 mg/dL (2º). La ecografía obstétrica informa de un feto único vivo de 14 semanas. Ecografía abdominal: presencia de líquido libre en cavidad en espacio subfrénico, parietocólicos y fondo de saco de Douglas; distensión de asas intestinales, no se logra observar el páncreas; concluye descartar una hemorragia interna. La evolución de la paciente al segundo día de hospitalización fue desfavorable con deterioro del estado general, dolor abdominal tipo cólico intenso, persistencia de vómitos y distensión abdominal y ruidos hidroaéreos ligeramente aumentados. Se realiza una culdocentesis, extrayéndose contenido líquido sanguinolento, por lo que la paciente es laparotomizada, siendo los hallazgos contenido líquido serosanguinolento en cantidad de 3 litros, aproximadamente; asas intestinales dilatadas, necrosis del intestino delgado de 1,5 metros de longitud, hasta la válvula ileocecal, con compromiso de la misma, necrosis del sigmoides en una longitud de 40 cm aproximadamente, el mismo que se hallaba rotado 360° en sentido antihorario; ambos intestinos necrosados habían atravesado una solución de continuidad de 4 x 3 cm a nivel de la base del mesenterio del íleon (hernia interna). Las operaciones realizadas fueron resección intestinal con ileotransversoanastomosis, sigmoidectomía y operación de Hartman. Se le realiza curetaje uterino por aborto incompleto. Es dada de alta al día 12 postoperatorio.

## DISCUSION

La obstrucción intestinal en gestantes es una complicación muy rara y muchas veces de difícil diagnóstico. En nuestro hospital, no existe una comunicación en los últimos años de un caso similar. Sin embargo, la literatura informa una incidencia de 1 en 2500 a 3500 gestaciones. Las adherencias debido a cirugía pélvica previa es el factor predisponente más común en 60% a 70% de los casos<sup>1</sup>. El vólvulo es otra causa común, en 44% de los casos<sup>7</sup>. Las hernias, como causa de obstrucción intestinal, no son más del 6%<sup>1</sup>. Más raro aún, en nuestro caso por tratarse de una hernia interna, una variante anatómica carente de saco por un defecto congénito a nivel del mesenterio del intestino delgado<sup>5,6</sup>. El diagnóstico y tratamiento deberían ser hechos lo más pronto posible, para evitar los catastróficos resultados para la madre y el feto. Dentro del diagnóstico diferencial están los problemas obstétricos y quirúrgicos, tales como la apendicitis o pancreatitis. En nuestro caso, este último diagnóstico hizo que retardara el tratamiento quirúrgico. La obstrucción intestinal en nuestra paciente ocurrió iniciando el segundo trimestre de la gestación, lo cual estaría de acuerdo a lo referido por Davis y Bohon<sup>3</sup>, porque en este tiempo el útero se hace un órgano intraabdominal. El crecimiento uterino originaría una anomalía en la movilidad del colon sigmoides, como que fuera redundante, y la presión del útero puede causar una torsión en el colon donde es fijado a la pared pélvica<sup>7</sup>. Pensamos que en nuestra paciente el defecto congénito a nivel del mesenterio haya sido el factor predisponente principal para la herniación y volvulación intestinal.

Los síntomas y signos típicos de obstrucción -como vómitos, dolor abdominal, distensión abdominal, alteración de los ruidos hidroaéreos- estuvieron presentes en nuestra paciente, así como es referido en la literatura<sup>4</sup>. La ecografía abdominal orientó el diagnóstico, el cual fue confirmado con la culdocentesis, al extraer líquido serohemático abundante. Con relación al tratamiento, es fundamentalmente quirúrgico. Finalmente, la muerte fetal y el aborto fue un hecho al parecer inevitable, por el mal estado general de la paciente, el cuadro patológico complicado, la hipotensión intraoperatoria sufrida y el mismo acto quirúrgico; los que han podido crear un flujo sanguíneo uterino deficiente. Otro factor que se suma es el aumento de la presión intraabdominal. Ambos pueden ser considerados como de extremo riesgo para el feto<sup>8,9</sup>.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Perdue et al. Intestinal obstruction complicating pregnancy. *Am J Surg* 1992; 164: 384.
2. Pratt AT, et al. Cecal volvulus in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1981; 57(suppl): 37.
3. Davis MR, Bohon CJ. Intestinal obstruction in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 1983; 26: 832.
4. Hankins G, et al. *Operative obstetrics*. Appleton & Lange. 1995.
5. Michan JR. *Patología Quirúrgica*. 4ª Edición. Librería Bs As: El Ateneo" Editorial; 1988.
6. Sabiston DC. *Tratado de Patología Quirúrgica*. 14º Edición. México: Nueva Editorial Interamericana S.A. 1991.
7. Bellantyne GH. Review of sigmoid volvulus. *Dis Colon Rectum* 1982; 25: 823-30.
8. Hofmeyr GJ, Sonnendecker EW. Sigmoid volvulus in advanced pregnancy. *S Afr Med J* 1985; 67: 63-4.
9. Graubard Z, et al. Caecal volvulus in pregnancy. *S Afr Med J* 1988; 73: 188.