

Vólvulo de sigmoides: una complicación rara en el embarazo

Sigmoid volvulus: a rare complication in pregnancy

Carlos A. Cano, Marcos O. Rivas, Rita Bustos, Nancy Gutiérrez, María Emilia Yarade

Servicio de Emergencias.
Hospital Pablo Soria.
San Salvador de Jujuy,
Argentina.

Correspondencia:
Carlos A. Cano
E-mail: canojuj@gmail.
com

Durante el embarazo, la obstrucción intestinal por vólvulo de sigmoides es extremadamente rara. En nuestra experiencia, el cuadro oclusivo se ubica en el tercer lugar luego de la apendicitis aguda y la patología biliar.

La incidencia de obstrucción intestinal, en este tipo de pacientes, varía extensamente entre 1 en 1500 y 1 en 66.431 casos. El 44% de dichas oclusiones se relacionan con el colon sigmoides⁷.

Según S. A. Lord y cols., el vólvulo de sigmoides, como causa de oclusión intestinal durante la gestación, es extremadamente raro, habiendo sido relatados solo 73 casos en la literatura.

Una paciente de 33 años, con 34 semanas de gestación, refiere cuadro clínico de 48 horas de evolución que comienza con dolor abdominal de tipo cólico, sin localización precisa, distensión generalizada, escasos vómitos biliosos y constipación de 5 días con ausencia de eliminación de gases 2 días antes de la consulta.

El examen ginecoobstétrico al ingreso determina latidos cardiorfetales LCF positivos 150/min, movimientos activos fetales MAF positivos, y al tacto vaginal: cuello posterior sin dilatación, con edad gestacional de 34 semanas y presentación cefálica.

Los controles serológicos periódicos revelan prueba HIV negativa, toxoplasmosis negativa, VDRL negativa, mientras que la prueba para Chagas por

hemoaglutinación es positiva 1/64, al igual que la prueba de inmunofluorescencia.

Al examen físico general aparecen la facies descompuesta, mucosas secas, sonda nasogástrica con escaso débito bilioso. La frecuencia cardíaca es de 120/min y la tensión arterial 130/90 mmHg.

El abdomen distendido, con una doble asimetría evidente a la inspección, despierta dolor a la palpación superficial, que se acentúa con la palpación profunda (Fig. 1).

Los ruidos hidroaéreos (RHA) son escasos y no propulsivos, y al tacto rectal se encuentra un esfínter normotónico con ampolla rectal vacía.

Los trastornos hematológicos evidentes son leucocitos 13.000, con 2% en cayados, hematocrito 45% y urea y creatinina elevadas (40 mg/dL y 1,5 mg/dL, respectivamente).

En la radiografía de abdomen se observa un gran nivel hidroaéreo que se sitúa en posición oblicua, ocupando casi la totalidad de la cavidad abdominal, conocido como signo de Hints (Fig. 2).

La rectosigmoidoscopia no logra completarse por la imposibilidad de progresar con el fibroscopio.

Con un nacido vivo, a través de una cesárea, y con Apgar 9 se completa el alumbramiento placentario y se procede a la histerorrafia según técnica.

Se expone el asa volvulada de colon sigmoides con evidentes signos de necrosis en su meso y con una torsión en sentido horario de 360°. Ante esta situación

■ FIGURA 1



Abdomen distendido con doble asimetría

Recibido el
22 de septiembre de
2015

Aceptado el
17 de diciembre de 2015

se procede a la resección sigmoidea según técnica de Hartmann.

Se externa a la paciente a los 5 días con colostomía funcionante y buena evolución posoperatoria.

El estudio anatomopatológico revela estrechez en recto con alteración de plexo mientérico.

Aproximadamente 1 de cada 500 a 1000 mujeres con embarazo requiere una cirugía no obstétrica abdominal durante la gestación⁴.

En nuestra experiencia, coincidente con la literatura, se describen las causas más frecuentes de abdomen agudo quirúrgico durante el embarazo en la tabla 1.

La obstrucción intestinal como causa de complicación del embarazo es poco frecuente. En el 55% de estas pacientes, el origen corresponde a bridas o adherencias; por lo tanto, las causas hay que remitirlas a cirugías previas del apéndice o a enfermedad inflamatoria pelviana o a ambas⁴.

Para algunos autores, durante el embarazo el sigmoide se volvula con mayor facilidad, y algunas estadísticas así parecen demostrarlo, aunque hay quienes sostienen que la mayor amplitud de la pelvis en la gestación facilitarían la desvolvulación espontánea².

Algunos factores regionales explican la mayor frecuencia de aparición, como el norte de la Argentina, donde el megacolon es considerado un mal endémico³.

La prevalencia de la serología positiva para Chagas, en mujeres gestantes, se mantuvo constante en los últimos tres años (Tabla 2).

Braun, en 1885, relata el primer caso de vólvulo sigmoideo y embarazo en una paciente que fallece posteriormente⁸.

El cuadro oclusivo se presume, cuando una mujer embarazada presenta una tríada clínica de dolor cólico abdominal, distensión y estreñimiento de varios días⁷.

Un alto índice de sospecha es necesario para el diagnóstico de obstrucción colónica en la mujer gestante, sobre todo en mujeres con antecedentes de cirugía abdominal o pélvica. Los signos de dolor abdominal, vómitos y distensión son equivalentes a la oclusión intestinal de la población en general.

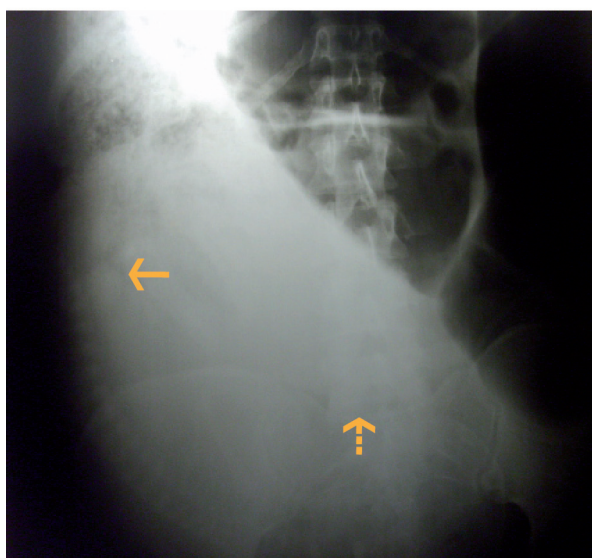
El estudio de elección es la radiología de abdomen de pie y acostado o en decúbito lateral, recordando que un 10 a un 20% de las pacientes embarazadas y con obstrucción intestinal tienen estudios radiográficos sin particularidades, más aún si la oclusión es alta⁴.

Los exámenes de laboratorio deben valorar el equilibrio hidroelectrolítico y la función renal por la pérdida exógena y secretoria, pues la deshidratación puede plantear una amenaza importante para la viabilidad del feto en desarrollo⁶.

El objetivo principal del tratamiento es reducir la morbilidad y la mortalidad materno-infantil.

No es infrecuente que el embarazo haga que el médico resista emprender una acción enérgica por los posibles efectos dañinos de los procedimientos ra-

FIGURA 2



Radiología de abdomen: signo de Hintz. Vértebras fetales (línea continua). Cabeza fetal (línea discontinua)

TABLA 1

Cirugías por abdomen agudo quirúrgico en pacientes embarazadas. Período 2005 a 2009		
Cirugías por abd. agud. quirúrg. en embarazadas	"n"	%
Apendicectomía	24	57,1
Colecistectomía	17	40,5
Operación Hartmann	1	2,4
Total	42	

TABLA 2

Prevalencia de enfermedad de Chagas en pacientes embarazadas. Años 2012 a 2014 (Departamento de Maternidad e infancia)			
CHAGAS	2012	2013	2014
Positivo	2,7	2,8	2,5
Negativo	81,1	83,8	84,2
No realizado	3,7	3,9	5,2

diológicos, los efectos potenciales de la anestesia o los derivados de la propia intervención quirúrgica, concepción que lleva a la dilación diagnóstica y terapéutica⁶.

Cuando no hay evidencias de peritonitis o isquemia intestinal, en el 1^{er} trimestre el tratamiento consiste en la descompresión colónica, destorsión y descompresión rectal. Esto puede repetirse en casos recurrentes hasta el segundo trimestre, cuando se realiza la colectomía sigmoidea^{1,8}.

De ser posible, la cirugía debe ser aplazada hasta el segundo semestre, ya que se asocia a una tasa inferior de aborto o parto prematuro.

En el 3^{er} trimestre, el tratamiento es conservador hasta la madurez fetal; luego se efectúa colectomía sigmoidea¹.

Ante la presencia de colon no viable o la des-torsión fracasada del vólvulo, la colectomía de Hartman es la indicación precisa, independiente de la edad gestacional del feto⁸.

En definitiva, la base de la terapia es la cirugía oportuna, que deberá hacerse a través de una incisión media supraumbilical e infraumbilical; si no puede obte-

nerse la exposición del colon comprometido, se realizará una cesárea⁵.

Los factores pronósticos vinculados a mortalidad posoperatoria más relevantes son la edad (mayor de 40 años), las enfermedades asociadas, una presión arterial media mayor de 70 mmHg, la presencia de peritonitis purulenta o fecal y evidencia de gangrena asociada a perforación⁷.

En conclusión, en zonas donde la enfermedad de Chagas es considerada un mal endémico, esta debe sospecharse ante toda oclusión intestinal colónica en la mujer gestante, sobre todo con serología (+) en los controles prenatales.

Referencias bibliográficas

1. Alshawi JS. Recurrent Sigmoid Volvulus in Pregnancy: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum*. 2005; 48(9):1811-3.
2. Amarillo H. Complicaciones del megacolon. En: *Megacolon del adulto*. Tesis de doctorado. Facultad de Medicina, UNT; 1982. pp. 161-70.
3. Cano C. Aspectos etiológicos y topográficos de la oclusión intestinal en el geronte a través de la casuística. *Medicrinia* 1995. *Revista del Colegio Médico de Jujuy*; N° 4: 23-5.
4. García H, Staltari J. Abdomen agudo en la edad fértil de la mujer. En: *Abdomen agudo quirúrgico*. Diagnóstico y tratamiento. *Rev Argent Cirug* 2012; Número Extraordinario:139-48.
5. Kulusari A, Kurdoglu M, Adali E, Yildizhan R, Sahin HG, Kotan C. Sigmoid volvulus in Pregnancy and Puerperium: a case series. *Cases Journal*. 2009;2:9275.
6. Perdue PW, Johnson HW Jr, Stafford PW. Intestinal obstruction complicating pregnancy. *Am J Surg*. 1992; 164(4):384-8.
7. Prieto-Franchi MC, Villalobos N, Brea Andrade A, López C. Obstrucción intestinal durante el puerperio. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2004; 3(64):1-5.
8. Lal SK1, Morgenstern R, Vinjirayer EP, Matin A. Sigmoid Volvulus an update. *Gastrointest Endoscopy Clin N Am*. 2006; 16:175-87.