

"VÓLVULO DE COLON SIGMOIDES DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DE GESTACIÓN PRESENTACIÓN DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA"

Torpey Islas J,* Jiménez-Alfonso LE**, López-Guerrero HG***, Valencia-Fernández BF

Introducción

El vólvulo colónico se define como una torsión de una parte del colon que causa una obstrucción del intestino grueso por estrangulamiento que puede provocar isquemia y posteriormente necrosis. Representa el 3-5% de las obstrucciones intestinales agudas. Durante el embarazo, el vólvulo de sigmoides (VS) es la causa más común de obstrucción intestinal, representando hasta el 44% de los casos. Se estima una incidencia entre a 1:1,500 a 1:66,431 casos de nacimiento.

Es importante puntualizar que la evolución de la obstrucción por VS conduce invariablemente a isquemia, necrosis y perforación del colon, y su aparición en cualquier trimestre de la gestación debe considerarse de extrema gravedad, y que se asocia con altas tasas de morbi-mortalidad materno-fetal. El diagnóstico oportuno y el manejo quirúrgico multidisciplinario inmediato, reduce los resultados adversos perinatales

Material y métodos

Reportar un caso clínico de una paciente con embarazo 33.5 semanas, complicado con vólvulo de colon sigmoides secundario a bridas mesentéricas y revisión de artículos indexados relacionados

Caso clínico

Femenino de 20 años, primigesta de 33.5 semanas, ingresó con dolor abdominal EVA 8-9/10, de 1 día de evolución, estreñimiento de 4 días. Con abdomen globoso, peristalsis ausente, fondo uterino de 30cm, feto único con FCF 136 lpm, tacto vaginal cérvix cerrado, tacto rectal sin impactación fecal. Estudios bioquímicos normales, sin alteración hidroelectrolítica; radiografía simple de abdomen con dilatación de asas intestinales. (Fig. 1).

Se inició manejo conservador con sonda nasogástrica y enema; doble esquema antimicrobiano, protector gástrico y madurez pulmonar con betametasona. A las 24hrs con empeoramiento, dolor abdominal EVA 10/10, perímetro abdominal de 111 cm, timpanismo generalizado. Se decidió manejo conjunto con cirugía general mediante laparotomía y cesárea Kerr.



Hallazgos:
Femino
APGAR 7/9,
Capurro 35 sem
peso 1690g

A nivel intestinal se identifica vólvulo de sigmoides con doble torsión y distensión mayor a 10cm, secundario a bridas mesentéricas (Fig. 2 y 3)
Diagnóstico post quirúrgico:
Post operada de cesárea Kerr + laparotomía exploradora + sigmoidectomía con colorrectoanastomosis (Fig. 4)

ngresó a terapia intensiva, en sus primeras 24 horas post cirugía se presentaron signos de irritación peritoneal por lo que se realiza segunda laparotomía, encontrando lesión esplénica grado II. Reingresó a cuidados intensivos, con nutrición parenteral, hemodinámicamente estable, afebril y dolor abdominal EVA 5-6/10. Se mantuvo 1 semana con evolución paulatina a la mejoría, sin uso aminas, drenaje penrose con gasto mínimo serohemático, canalizando gases, inicialmente con dificultad para evacuar, sin embargo al presentar evacuaciones líquidas, se inició vía oral, y se egresó de UCIA. En hospitalización completó el periodo de recuperación con adecuada evolución clínica y se egresó a su domicilio.

Discusión

El embarazo aumenta la aparición de VS a través del desplazamiento, la compresión y la obstrucción parcial de un colon sigmoide por el útero. La duración media del cuadro clínico es 48 horas; el retraso en el diagnóstico conlleva a resultados materno-fetales devastadores: la mortalidad materna es del 5% con intestino viable, y hasta 50% en caso de perforación. La mortalidad fetal es aproximadamente 30% y resulta de una reducción del flujo sanguíneo placentario por hipovolemia severa.

La elección del tratamiento depende de la duración del cuadro obstructivo, estado del colon sigmoides y la edad gestacional. Se requiere un enfoque multidisciplinario que involucre al cirujano general, obstetra y neonatólogo. El manejo inicial incluye reanimación agresiva con líquidos, descompresión nasogástrica, corrección de líquidos y electrolitos; uso de tocolíticos si es necesario y esteroides para inducción de madurez pulmonar fetal en caso <34 semanas. En ausencia de signos peritoneales, isquemia o necrosis se puede indicar destorsión del vólvulo mediante una sigmoidoscopia flexible evitando un nacimiento pretérmino. En el tercer trimestre, se recomienda laparotomía, si no se puede obtener una exposición intestinal adecuada, se debe realizar una cesárea y posteriormente evaluar la viabilidad intestinal así como buscar otras áreas de obstrucción.

En casos de intestino isquémico o necrótico se reseca con una colostomía de derivación, con los estomas ubicados lejos de un área electiva de una posible cesárea. En la mayoría de los casos, el cirujano prefiere reseca todo el intestino necrótico, exteriorizar el colon proximal como una colostomía terminal y cerrar el recto distal (procedimiento de Hartmann). Otros prefieren realizar una anastomosis primaria con o sin lavado colónico intraoperatorio, siendo un abordaje seguro en casos con un diagnóstico y manejo oportunos.



Figura 1, signo de asas en grano de café



Figura 2. Útero con histerorrafia y vólvulo de sigmoides



Figura 3. Bridas a mesenterio



Figura 4. Pieza quirúrgica

Conclusiones

El VS que complica el embarazo es un desarrollo poco común y potencialmente devastador que debe reconocerse como una emergencia quirúrgica. El diagnóstico requiere un alto índice de sospecha clínica, y su retraso más de 48 horas produce necrosis colónica y aumenta la morbi-mortalidad materno-fetal. El manejo del VS y la vía de la resolución del embarazo dependerá de la madurez pulmonar fetal, estado clínico y hemodinámico de la paciente, así como la viabilidad del sigmoides. El oportuno y adecuado tratamiento quirúrgico reduce los resultados perinatales adversos.

REFERENCIAS

- Al Maksoud AM. Int J Surg Case Rep. 2015;17:61-64.
- Ndong A. Int J Surg Case Rep. 2020;75:297-301.
- Serafeimidis C. Clin Case Rep. 2016;4(8):759-761.
- Stephens AJ. Case Rep Obstet Gynecol. 2021 3;2021:6632495.
- Atamanalp SS. Eurasian J Med. 2015;47(1):75-76.