



HOSPITAL ESPAÑOL

# VÓLVULO DE CIEGO: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO EN EL PUERPERIO. REPORTE DE CASO

Carrillo-Sánchez A-P<sup>1</sup>, Rivas-Dow A<sup>2</sup>, Siu-Moguel G,<sup>3</sup> Bernárdez-Zapata F<sup>4</sup>, Pedraza-Pioquinto AJ<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Residente de tercer año de Ginecología y Obstetricia, Hospital Español

<sup>2</sup> Residente de segundo año de Ginecología y Obstetricia, Hospital Español

<sup>3</sup> Médico adscrito del servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Español

<sup>4</sup> Jefe del servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Español

<sup>5</sup> Médico residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia, Hospital Español

## Antecedentes

El vólvulo de ciego es una condición clínica y causa de abdomen agudo muy poco frecuente. Constituye el 1-2% de los casos de obstrucción de colon. Se trata de un giro axial del ciego, íleon terminal y colon ascendente sobre sus pedículos mesentéricos. Es la segunda causa de obstrucción de colon después del vólvulo de sigmoides. Existe poca literatura publicada durante el embarazo, sin embargo, permanece excepcional durante el puerperio. Tiene una incidencia aproximada de 1 en 2500 a 3500 embarazos. (1,2). El mecanismo fisiopatológico principal es hipermotilidad cecal asociado a un factor precipitante como un tumor de colon, tumoración abdominal, miomatosis uterina o el embarazo. El útero grávido eleva el ciego móvil fuera de la pelvis, lo que lleva a la plicatura cecal, de modo que el ciego distendido y el colon ascendente pueden girar alrededor del pedículo mesentérico. Durante el puerperio, el mecanismo sugerido es la rápida variación del tamaño uterino durante su involución. Se presenta clínicamente de forma inicial con síntomas

signos inespecíficos como dolor abdominal generalizado, náuseas, vómitos, distensión abdominal, timpanismo generalizado, los cuales generalmente se confunden de forma inicial con íleo postquirúrgico, que evoluciona de forma gradual a un abdomen agudo por estrangulamiento, generalmente condicionando un diagnóstico tardío. El manejo inicial es quirúrgico. (2) Existen herramientas de gabinete de utilidad en el abordaje inicial, sin embargo tienen poca sensibilidad y condicionan un retraso en el manejo inmediato. Su diagnóstico tardío condiciona morbilidad elevada, con tasas de mortalidad materna y fetal variables reportadas entre 13 y 20%. (3) El procedimiento conservador consiste en la detorsión y la fijación cecal, sin embargo, el tratamiento preferido es la hemicolectomía derecha con anastomosis primaria o ileostomía. El pronóstico materno y fetal está condicionado principalmente por una detección y manejo oportunos (2,4).

## Objetivo

Sensibilizar a los médicos ante una etiología poco frecuente de abdomen agudo en el embarazo y puerperio, en la cual establecer un abordaje sistematizado puede condicionar un diagnóstico oportuno, disminuyendo la elevada morbi-mortalidad materna y fetal.

## Descripción del caso

Paciente femenina de 39 años, con antecedente de cicatriz uterina previa por cesárea en 2015. Ingresó al área de Tococirugía para resolución obstétrica vía abdominal programada con diagnósticos de: Embarazo de 38 1/7 semanas + Cicatriz uterina previa + Producto en presentación pélvica + Pródromos de trabajo de parto. Laboratorios prequirúrgicos dentro de parámetros normales.

## Bibliografía

1. Cecal volvulus: An acute complication of pregnancy. Narjis Y, Rabhani K, Largab S, et al. J Emerg Trauma Shock. 2010; 3(4): 426-427.
2. Cecal volvulus: A rare post-partum complication. Ferjaoui M, Arfaoui R, Haddad A, et al. Int. J. Surg. Case Rep. 2021; 87: 1-4.
3. Cecal volvulus in pregnancy: report of a case and review of the safety and utility of medical diagnostic imaging in the assessment of the acute abdomen during pregnancy. Hogan B, Brown C, Brown J. Am Soc Emergency Radiol. 2008; 15: 127-131.
4. Caecal Volvulus in Pregnancy: Is Delay in Diagnosis Avoidable? Singla S, Singh Y, Goyal A, Sharma U, et al. Asian J. Surg. 2005; 28(1): 52-54.

El procedimiento quirúrgico cursó sin accidentes ni incidentes, obteniendo un producto único vivo femenino de 2900 gr. Cursa puerperio inmediato sin complicaciones. Sin embargo, durante su segundo día postquirúrgico inicia con dolor abdominal generalizado, de intensidad variable 4-6/10 EVA, sin atenuantes ni irradiaciones. A la exploración física, signos vitales dentro de parámetros normales, cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen con peristalsis hipoactiva, dolor a la palpación media y profunda generalizada de predominio en mesogastrio y flanco izquierdo, Blumberg positivo, fondo uterino a 3 cm sobre cicatriz umbilical. Loquios escasos. Se realiza ultrasonido abdominal reportando líquido libre en correderas parietocólicas y espacio subhepático. Se toma gasometría arterial reportando: pH 7.42 pO<sub>2</sub> 90.2 pCO<sub>2</sub> 25.6 HCO<sub>3</sub> 16.5 EB 5, Lac 2.4, Hb 10. Tras

exacerbación del dolor a intensidad 9/10 EVA y datos de bajo gasto con diaforesis, palpitaciones y náuseas, signos vitales TA: 90/60 mmHg, FC: 99 lpm, FR 22 rpm, SaO<sub>2</sub> 90%, se canaliza doble vía periférica, se tipan y cruzan paquetes globulares y 1 plasma fresco congelado e ingresa a quirófano para una Laparotomía Exploradora. Se interconsulta al servicio de Cirugía General. El abordaje abdominal se realiza con incisión media supra e infraumbilical, se ingresa a cavidad abdominal observando líquido libre en cavidad y un vólvulo de ciego.



Se transfunde un paquete globular y un plasma fresco congelado. Se realiza Hemicolectomía derecha con anastomosis latero-lateral + colocación de drenaje biovac de corredera parietocólica derecha + Colocación de catéter venoso central yugular derecho, el cual cursó sin accidentes ni incidentes con una cuantificación de sangrado total de 800 cc. Ingresó a la Unidad de Terapia Intensiva para monitorización. Se traslada a piso de hospitalización dos días posterior a evento quirúrgico cursando evolución favorable. Es egresada sin eventualidades.

## Conclusiones

El vólvulo de ciego durante el periodo postparto es una complicación y causa de abdomen agudo muy poco frecuente con altas tasas de morbimortalidad. Un alto índice de sospecha, un abordaje sistematizado y urgente en un paciente con abdomen agudo, seguido de una laparotomía dentro del tiempo de oro, 24 horas después del inicio, pueden prevenir la gangrena y la perforación resultante del Intestino.