

## Vólvulo de sigmoides en el puerperio



### Sigmoid volvulus in the puerperium

La incidencia de obstrucción intestinal asociada a embarazo varía de uno por 1.500 a uno por 66.431 partos<sup>1</sup>. El vólvulo de sigmoides representa el 12% de los casos de obstrucción intestinal, y en el puerperio es una complicación asociada con una mortalidad significativa<sup>2</sup>. El problema fundamental es el retraso en la presentación de los signos/síntomas, lo que lleva a la resección de la porción afectada y colostomía<sup>3,4</sup>. La isquemia, necrosis, perforación, peritonitis y sepsis son las principales complicaciones si la cirugía no se realiza temprano en la evolución de la enfermedad. Se presenta el caso de una paciente en la cual se realizó el diagnóstico de vólvulo de sigmoides en el puerperio.

Se trata de una paciente de 25 años de edad, con 2 gestas, 2 paras, quien acude el cuarto día de puerperio de un parto vaginal sin complicaciones por presentar dolor y distensión abdominal, vómitos biliosos y estreñimiento de 3 días de evolución. La paciente negaba antecedentes personales médico-quirúrgicos y antecedentes familiares de megacolon. En el examen físico estaba deshidratada, taquicárdica y taquipneica. El abdomen estaba distendido, doloroso con sonido timpánico a la percusión y con ausencia de ruidos hidroaéreos. El útero estaba intrapélvico y el cuello uterino estaba cerrado. En el tacto rectal no se encontraron heces en la ampolla.

La radiografía de tórax y abdomen mostró la presencia de neumoperitoneo y marcada distensión de sigmoides con forma de «U» invertida. La ecografía abdominal reveló líquido libre en el abdomen. El laboratorio reveló aumento de la cuenta blanca (15.000/mm<sup>3</sup>), neutrofilia (89%), hiperpotasemia (6,0 mmol/L), hipoglucemia (70 mg/dL), acidosis metabólica (pH 7,3) e hipoxia (pO<sub>2</sub> 80%).

No se intentó la descompresión por colonoscopia debido al tiempo de evolución del cuadro. Se realizó laparotomía con diagnóstico de perforación intestinal y peritonitis, encontrándose vólvulo de sigmoides (2 giros sobre el eje

del mesocolon sigmoides) con obstrucción en asa cerrada, acompañado de distensión e isquemia colónica, observándose dilatado, friable y gangrenoso (fig. 1). Se identificaron perforaciones con escasa cantidad de material fecal en la cavidad. Se practicó resección de sigmoides y parte del colon descendente, practicándose colostomía proximal con cierre de la ampolla rectal con sutura mecánica. La paciente fue tratada con antibióticos de amplio espectro y trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos. Posteriormente fue dada de alta a los 11 días del posoperatorio. El cierre de la colostomía y la anastomosis colorrectal se realizó 3 meses después de la cirugía.

El vólvulo intestinal ocurre cuando el intestino rota sobre su eje mesentérico produciendo oclusión de la luz intestinal y del pedículo vascular. La obstrucción intestinal puede ser causada por adherencias congénitas o posoperatorias, vólvulo, intususcepción, hernias, divertículos de Meckel y apendicitis<sup>2</sup>. El vólvulo sigmoides es la causa más común de obstrucción intestinal que complica el embarazo, representando el 44% de los casos<sup>5</sup>. El embarazo es un factor predisponente del causado por desplazamiento, compresión u obstrucción parcial del sigmoides redundante o anormalmente alargado. Esto puede explicar la elevada incidencia durante el tercer trimestre del embarazo; sin embargo, existen informes como el presente, en el que se ha descrito esta complicación en el puerperio<sup>6</sup>.

El diagnóstico de abdomen agudo causado por vólvulo es difícil y tardío debido a que los síntomas son similares a los asociados al embarazo y puerperio. Se debe sospechar cuando se presenta la tríada clínica de dolor, distensión y estreñimiento absoluto. El tiempo promedio de aparición de los síntomas es de 48 h<sup>2</sup>. La pérdida de tono de la pared abdominal y la dificultad para identificar signos abdominales pueden enmascarar los signos de peritonitis<sup>3</sup>.

La radiografía simple de abdomen muestra patrones radiológicos de obstrucción en más de un 80% de los casos. El hallazgo radiológico clave es la obstrucción en doble asa o «signo de grano de café», con una porción dilatada de colon asociada con obstrucción de intestino delgado y retención de heces en el colon proximal. El enema con bario a contraste simple es útil cuando el diagnóstico es dudoso<sup>4</sup>. La ecografía puede ayudar en el diagnóstico diferencial y

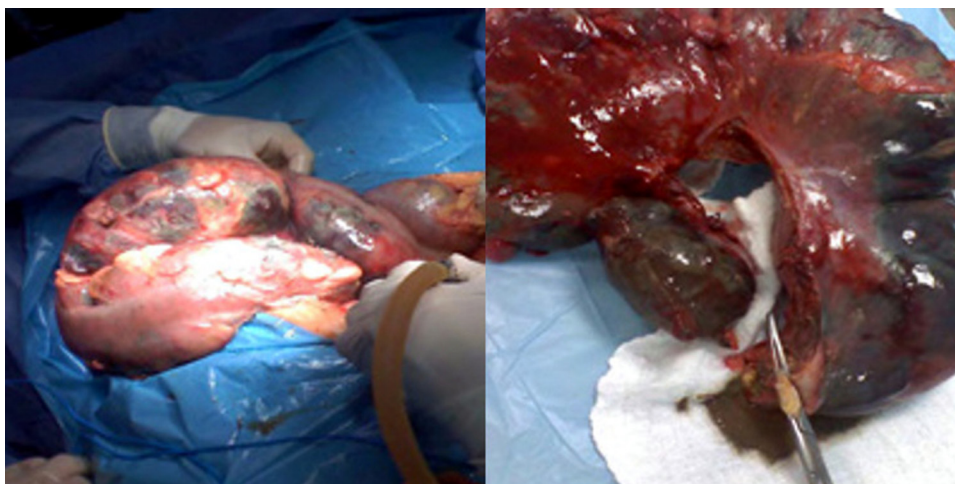


Figura 1 Características macroscópicas de vólvulo del sigmoides en el puerperio durante la cirugía.

confirmar la presencia de líquido libre en la cavidad abdominal<sup>7</sup>. La tomografía computarizada permite establecer isquemia de la porción afectada y puede identificar otras causas de dolor abdominal. La angiografía mesentérica con contraste intravenoso y la resonancia magnética aportan la evidencia definitiva en el diagnóstico de isquemia mesentérica<sup>1</sup>.

El manejo del vólvulo de sigmoides puede ser clasificado en médico y quirúrgico. La detorsión mecánica mediante colonoscopia en pacientes clínicamente estables (ausencia de peritonitis, isquemia o perforación) permite establecer la viabilidad del tejido, la localización exacta, realizar la detorsión mecánica del vólvulo y la descompresión del colon dilatado<sup>4</sup>. La laparotomía de urgencia está indicada si se sospecha isquemia o perforación intestinal<sup>8</sup>. La sigmoidectomía con anastomosis primaria es el método quirúrgico de elección, con unas tasas de mortalidad y recurrencia de 8 y 1%, respectivamente. Sin embargo, puede ser difícil de realizar en tejidos edematosos. También se ha propuesto la exteriorización del colon proximal con colostomía terminal y cierre del recto distal (procedimiento de Hartmann). La mesosigmoidoplastia no se debe practicar debido a que está asociada a altas tasas de recurrencia y mortalidad<sup>9</sup>.

## Bibliografía

1. Kulusari A, Kurdoglu M, Adali E, Yildizhan R, Sahin HG, Kotan C. Sigmoid volvulus in pregnancy and puerperium: A case series. *Cases J.* 2009;2:9275.
2. Kalu E, Sherriff E, Alsibai MA, Haidar M. Gestational intestinal obstruction: A case report and review of literature. *Arch Gynecol Obstet.* 2006;274:60–2.
3. Sascha Dua R, Rothnie ND, Gray EA. Sigmoid volvulus in the puerperium. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007;97:195.
4. Alshawi JS. Recurrent sigmoid volvulus in pregnancy: Report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum.* 2005;48:1811–3.
5. Nuhu A, Jah A. Acute sigmoid volvulus in a West African population. *Ann Afr Med.* 2010;9:86–90.
6. Lal SK, Morgenstern R, Vinjirayer EP, Matin A. Sigmoid volvulus an update. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 2006;16:175–87.
7. Ventura-Braswell AM, Satin AJ, Higby K. Delayed diagnosis of bowel infarction secondary to maternal midgut volvulus at term. *Obstet Gynecol.* 1998;91 5 Pt 2:808–10.
8. Upadhyay A, Stanten S, Kazantsev G, Horoupian R, Stanten A. Laparoscopic management of a nonobstetric emergency in the third trimester of pregnancy. *Surg Endosc.* 2007;21:1344–8.
9. Mirza MS, Mulla M, Hall RI. Large bowel obstruction in pregnancy: A rare entity, an unusual cause. *Arch Gynecol Obstet.* 2009;279:177–8.

José Prieto Montaña<sup>a</sup>, Eduardo Reyna-Villasmil<sup>b,\*</sup>,  
Ismael Suárez-Torres<sup>b</sup>  
y María Labarca-Acosta<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cirugía General, Hospital Central Dr. Urquinaona, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela

<sup>b</sup> Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Central Dr. Urquinaona, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [sippenbauch@gmail.com](mailto:sippenbauch@gmail.com)  
(E. Reyna-Villasmil).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.11.008>