

432 **Antonio Peinado Ródenas**  
**Carmen Avilés Salas**  
**Antonio Amezcua Recover**

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario de Albacete. Albacete. España.

**Correspondencia:**

Dr. A. Peinado Rodenas  
Pérez Galdós, 67 3.º 02004 Albacete. España.  
Correo electrónico: anpeiro@hotmail.com

Fecha de recepción: 10/1/2007.

Aceptado para su publicación: 21/3/2007.

---

## **Obstrucción intestinal durante la gestación**

### *Intestinal obstruction during pregnancy*

#### **RESUMEN**

Este manuscrito expone, por orden cronológico, 3 casos de obstrucción intestinal tratados en nuestro servicio. Todos tuvieron lugar en el último año. A pesar de que las manifestaciones clínicas fueron comparables en los 3 casos, su evolución fue muy diferente. El interés de publicar estos casos surge de la escasa incidencia y la gran morbimortalidad de esta afección; es fundamental el diagnóstico temprano de éste para mejorar la supervivencia.

#### **PALABRAS CLAVE**

Obstrucción intestinal. Gestación complicada. Morbimortalidad.

#### **ABSTRACT**

The present study describes three cases of intestinal obstruction in chronological order treated in our service in the last year. Although the reported symptoms were highly similar in all three patients, outcomes were very different. The interest of these cases lies in the low incidence of this complication during pregnancy and its high morbidity and mortality. Early diagnosis is essential to improve survival.

#### **KEY WORDS**

Intestinal obstruction. Complicated pregnancy. Morbidity.

#### **INTRODUCCIÓN**

La obstrucción intestinal durante el embarazo aparece en 1 de cada 2.500 a 3.500 casos partos. La causa más frecuente son las adherencias intestinales, que representan entre el 60 y el 70% de los casos. Normalmente, se da en primigestas y durante el tercer trimestre del embarazo o en el posparto. La causa fundamental de estas adhesiones es la cirugía abdominal previa. Su incidencia ha ido en aumento desde los años cuarenta, sobre todo por el aumento del número de intervenciones quirúrgicas realizadas. Los vólvulos son la segunda causa más frecuente, en un 25% de los casos. Otras causas (hernias, tumores) son infrecuentes<sup>1</sup>.

La sintomatología típica es dolor abdominal, náuseas y vómitos. Si la obstrucción es alta, el tiempo que transcurre entre cada episodio de dolor es corto (unos 4 o 5 min) y suele ser difuso, en el hemiabdomen superior y pobremente localizado. La obstrucción de colon se puede manifestar como dolor en el hemiabdomen inferior con un intervalo más largo entre episodios (unos 15 a 20 min)<sup>3</sup>. A la exploración física el abdomen se encuentra blando

y distendido. Fiebre, leucocitosis y anomalías electrolíticas son típicas de fases avanzadas del cuadro<sup>3</sup>.

La morbimortalidad materna y fetal de la obstrucción intestinal durante el embarazo es desconocida, debido a la escasez de casos publicados y la renuencia de muchos autores de publicar casos cuyos resultados son adversos. El estudio más amplio realizado hasta la fecha pertenece a Perdue et al<sup>1</sup>, que revisaron la literatura científica existente entre 1966 y 1991 sobre la obstrucción intestinal del embarazo en su medio y encontraron 66 casos: se registraron 4 muertes maternas y 17 casos de muerte fetal. En un 23% de los casos fue necesario realizar una resección intestinal.

La morbimortalidad de la obstrucción intestinal durante el embarazo depende fundamentalmente del tiempo que se tarda en alcanzar el diagnóstico<sup>2</sup>. El diagnóstico diferencial suele plantearse con otras afecciones digestivas, tales como la hiperémesis gravídica y la gastroenteritis aguda.

## CASO CÍNICOS

### Caso 1

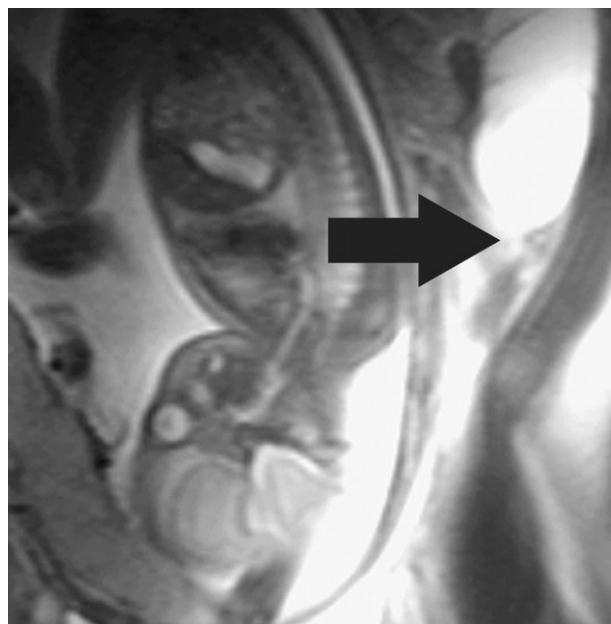
Primigesta en semana 36 + 3 que acudió al servicio de urgencias por dolor epigástrico de inicio súbito, de 6 h de evolución, acompañado por dos episodios de vómitos. Se encontraba y presentaba un tránsito intestinal normal. La paciente ingresó con gastroenteritis aguda en gestante en el tercer trimestre.

No presentaba antecedentes médicos de interés. La gestación se consiguió mediante técnica de reproducción asistida (FIV), con punción folicular.

La clínica cedió con tratamiento analgésico y medidas dietéticas. Los análisis sanguíneos (hemograma, bioquímica general y función hepatorenal) no mostraron alteraciones.

A las 48 h del ingreso, el dolor abdominal reapareció, en forma de dolor epigástrico que irradiaba progresivamente a ambos hipocondrios; aparecieron vómitos alimenticios primero y biliosos después.

A la exploración, el abdomen era blando y depresible, con dolor a la palpación profunda en el epigastrio y el mesogastrio, y sin signos de irritación peritoneal. La puñopercusión renal y el signo de



**Figura 1.** Resonancia magnética en gestante de tercer trimestre con obstrucción intestinal en el yeyuno (flecha). Corte coronal.

Murphy eran negativos. Los análisis se mantuvieron dentro de la normalidad y la paciente se encontraba afebril.

Unas 24 h después, en la monitorización materno-fetal apareció dinámica uterina y un patrón de deceleraciones variables esporádicas, por lo que se decidió finalizar la gestación mediante inducción del parto.

Tras 3 h en dilatación, se indicó cesárea por registro cardiotocográfico (RCTG) fetal patológico (aparición sostenida de DIPS II). El recién nacido presentó una puntuación en la prueba de Apgar de 2 al primer minuto, y requirió intubación inmediata. El pH en la vena umbilical fue de 6,7.

Durante el acto quirúrgico se apreció una importante distensión de las asas intestinales maternas, con cambios de coloración; se observó como causa un cuadro de obstrucción intestinal secundario a brida. Se realizó liberación de ésta.

El puerperio inmediato cursó con acidosis metabólica y oliguria. La paciente precisó durante varios días el uso de sonda nasogástrica y alimentación parenteral. La exploración abdominal mostró un abdomen blando y depresible, sin focos de dolor intenso y distensión leve. La paciente recuperó

434 progresivamente la función renal y mostró una diuresis normal en el momento del alta, 2 semanas después del ingreso.

El recién nacido cursó con deterioro progresivo de la función neurológica. A los 6 días del ingreso presentó parada respiratoria y no se consiguió reanimar al paciente.

## Caso 2

Gestante en la semana 24 + 1 de gestación, que acudió por dolor de intensidad progresiva en el epigastrio, que irradiaba al resto del abdomen. La paciente ingresó por dolor abdominal. Entre los antecedentes personales destacaba una apendicectomía.

En la exploración inicial se apreció un abdomen blando y depresible, distendido, timpánico, doloroso de forma difusa, más intensamente en epigastrio, con defensa abdominal en esa zona; ausencia de peristaltismo; Blumberg dudoso, y puñopercusión renal bilateral negativa.

En las siguientes horas, la paciente refirió varios episodios de vómitos e intolerancia a sólidos y líquidos. En la ecografía abdominal se observaron hígado y riñones normales, y vesícula alitiásica.

A pesar del tratamiento médico-dietético instaurado, el abdomen persistió distendido y timpanizado. El estado general empeoró. Se decidió realizar una cirugía a las 11 h del ingreso, ante la sospecha de obstrucción intestinal.

Se realiza una laparotomía media supraumbilical; se observó una adherencia del ángulo hepático del colon a la cara inferior del hígado, que producía oclusión del colon ascendente, con importante dilatación de ciego, con zonas isquémicas. Se liberaron las adherencias y se realizó una coloplastia.

El postoperatorio transcurrió con normalidad y la paciente no presentó más episodios de vómitos. Sin embargo, durante el postoperatorio inmediato se registró una actividad uterina en aumento, que cedió con tratamiento tocolítico. Se pautó corticoterapia para maduración pulmonar fetal. La paciente evolucionó favorablemente y refirió dolor abdominal tras la ingesta, a las 96 h de la intervención. A la exploración el abdomen aparecía distendido, timpanizado, con escaso peristaltismo y doloroso a la palpación en el hemiabdomen derecho. el signo de Blumberg fue positivo.



**Figura 2.** Radiografía simple de abdomen que muestra dilatación de asas intestinales en una paciente con obstrucción intestinal.

En las siguientes horas hubo un progresivo empeoramiento clínico. Los análisis sanguíneos demostraron leucocitosis de 16.000 (con 92% de neutrófilos). La radiografía simple de abdomen mostró un importante neumoperitoneo. Se decidió reintervenir por sospecha de perforación de víscera hueca.

Se realizó una relaparotomía y se observó perforación del ciego. Se efectuó una hemicolectomía derecha con anastomosis ileocólica.

En las primeras horas de este postoperatorio la paciente presentó dinámica uterina establecida, por lo que se pautó un nuevo ciclo de tocólisis por vía intravenosa.

Cinco días después de la reintervención la paciente presentó dinámica uterina intensa y modificación cervical hasta dilatación completa; se produjo un parto eutócico en presentación podálica, con una edad gestacional de 25 + 6 semanas. El recién nacido

do era una niña de 850 g, con una puntuación en la prueba de Apgar de 7/8, que se remitió a la unidad de cuidados intensivos neonatal.

La evolución fue favorable y el puerperio evolucionó sin complicaciones, por lo que se dio el alta médica a los 18 días de la reintervención y 23 del ingreso inicial.

El recién nacido requirió intubación al nacimiento y ventilación asistida hasta el 37.º día posparto, y presentó múltiples complicaciones respiratorias e infecciosas. Sin embargo, su evolución era favorable en el momento de su traslado a otro hospital –por motivos no médicos–, el día 43 de vida, no requirió medidas de ventilación asistida y había iniciado la alimentación oral.

### Caso 3

Gestante en la semana 27 + 6 que ingresó por vómitos, que no cedían con tratamiento médico. La paciente ingresó con diagnóstico provisional de emesis gravídica. Entre sus antecedentes personales destacaba una apendicectomía.

En la ecografía abdominal, realizada al ingreso, destacó la presencia de asas intestinales dilatadas e inmóviles alrededor del útero.

La paciente presentó dolor abdominal difuso, que evolucionó favorablemente, junto con varios episodios de vómitos biliosos. Refirió incapacidad para expulsar gases, y habían transcurrido más de 48 h de la última defecación. A la exploración el abdomen era blando y depresible, no doloroso a la palpación profunda y con ausencia de timpanismo.

El signo de Murphy fue negativo y el peristaltismo a la auscultación, positivo.

Se instauró tratamiento médico-dietético, a pesar del cual la paciente presentó nuevos episodios de vómitos y una progresiva distensión abdominal. Se solicitó una radiografía simple de abdomen que mostró asas de intestino delgado levemente dilatadas, sin apreciarse niveles hidroaéreos.

Las siguientes horas la paciente presentó una evidente mejoría en su estado general.

A la exploración, la paciente presentó un abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en el epigastrio y el mesogastrio, sin signos de peritonismo. Los análisis sanguíneos mostraron una leucocitosis leve.

El cuarto día de ingreso hospitalario, la paciente presentó dolor intermitente en el epigastrio, náuseas y 3 nuevos episodios de vómitos, el último de ellos fecaloideo. Refirió otra vez incapacidad para evacuar gases. El abdomen permanecía blando y depresible, pero claramente distendido y doloroso a la palpación profunda. Se realizó una nueva radiografía, en la que se observó algún nivel hidroaéreo, sin neumoperitoneo.

Dado que han transcurrido 5 días con la paciente en dieta absoluta, se instauró nutrición parenteral.

En las siguientes horas, mostró una progresiva distensión abdominal, dolor en el epigastrio y el mesogastrio y timpanismo. Se solicitó una nueva radiografía simple de abdomen que mostró un aumento en los niveles hidroaéreos en el intestino delgado. Se propuso una actitud quirúrgica por un cuadro oclusivo intestinal con evolución desfavorable al tratamiento médico.

Se realizó una laparotomía supraumbilical; se observó una oclusión del intestino delgado por brida localizada a 35-40 cm de la válvula ileocecal. Se realizó la resección de la brida y la liberación del epiplón adherido a la pared peritoneal.

El postoperatorio transcurrió con normalidad. Al tercer día, se apreció dinámica uterina, que cedió con tocólisis por vía intravenosa. Se realizó maduración pulmonar fetal con corticoides.

La paciente evolucionó favorablemente. Reingresó en la semana 40 de gestación por parto en curso. Se produjo un parto eutócico; nació un varón de 3.220 g, con una puntuación en la prueba de Apgar de 9/10. El puerperio transcurrió con normalidad.

### DISCUSIÓN

La obstrucción intestinal representa una complicación grave del embarazo en término de morbi-mortalidad, que parece depender de la demora en el diagnóstico de estas pacientes<sup>4</sup>. Es, por tanto, fundamental sospechar esta afección lo más precozmente posible.

Para ello, los antecedentes quirúrgicos tenerse muy en cuenta, dado que casi tres cuartas partes de los casos se producen por bridas intestinales posquirúrgicas<sup>4</sup> (en nuestra serie, dos de las pacientes habían sido apendicectomizadas).

Aunque 3 casos no pueden considerarse significativos a la hora de obtener conclusiones, es destacable que su evolución dependió en gran medida de la precocidad en el diagnóstico. En el primero de los casos, la obstrucción fue un hallazgo casual, mientras que en los dos siguientes se tuvo en cuenta esta afección en el diagnóstico diferencial, sospechándolo desde el principio en el último de ellos.

Sin embargo, eso no significa que estos casos deban tratarse precozmente de forma quirúrgica. Muchos autores destacan que la estabilización previa de estas pacientes mejora sensiblemente los resultados en términos de morbilidad y mortalidad posquirúrgica<sup>4</sup>.

Así, la actitud que parece indicada en estas pacientes sería la instauración inicial de dieta absoluta, reposición hidroelectrolítica y uso precoz de sonda nasogástrica. Entre tanto se deberían realizar radiografías simples seriadas de abdomen, en un intervalo de 4 a 6 h, en busca de niveles hidroaéreos e imágenes de dilatación intestinal progresiva<sup>5</sup>. Los estudios realizados cifran en un 75% de los casos, aquellos donde se aprecia imágenes patológicas típicas<sup>5</sup>.

Si se sospecha este cuadro y las imágenes obtenidas no muestran hallazgos típicos, puede ser necesario el uso de medios de contraste oral. En estos casos hay que sopesar el riesgo de exposición del feto al agente ionizante, frente a la morbilidad y mortalidad inherente a este cuadro si se demora el diagnóstico<sup>1</sup>.

Las pruebas de laboratorio no tienen utilidad, salvo para conocer la función renal y el equilibrio electrolítico de las pacientes. Es importante controlar el balance hídrico<sup>2</sup>.

Cuando la intervención quirúrgica se hace necesaria, se recomienda una laparotomía media<sup>2</sup>. Debe

examinarse todo el intestino, en busca de las zonas de obstrucción, puesto que es habitual que haya más de una zona. Debe comprobarse bien la viabilidad del intestino, resecaando las áreas necróticas y realizando anastomosis si es necesario.

Otro aspecto que se debe tener en cuenta en estas pacientes es su posible relación con una mayor incidencia de parto pretérmino. En dos de los casos presentados, en los que el cuadro se manifestó en el segundo trimestre del embarazo, existió amenaza de parto pretérmino; uno de ellos concluyó en parto antes de la semana 26, mientras que el otro finalizó a término. En ambos casos, se administraron corticoides para maduración pulmonar fetal y tocólisis por vía intravenosa. Por ello, en estas pacientes parece indicado un seguimiento estrecho de la dinámica uterina, permitiendo así una maduración precoz, si ésta fuese necesaria, con el fin de disminuir en lo posible la morbilidad fetal.

Resulta evidente que la obstrucción intestinal no es una complicación significativa de la gestante en términos numéricos. Aun así, hay que considerar que su frecuencia va en aumento, como ya se ha mencionado. En nuestra experiencia personal, estos 3 casos descritos se produjeron en un período aproximado de un año (de noviembre de 2004 a diciembre de 2005), lo cual significa en términos generales una incidencia de 1 cada 1.000 partos en nuestro medio.

Sin embargo, sí es una complicación importante en términos de morbilidad y mortalidad, tanto materna como fetal. Por ello hay que considerar su diagnóstico en toda paciente con clínica compatible.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Perdue PW, Johnson HW Jr, Stafford PW. Intestinal obstruction complicating pregnancy. *Am J Surg.* 1992;164:384-8.
2. Stone K. Acute abdominal emergencies associated with pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* 2002;45:553-61.
3. Tamijmarane A, Chandra S, Smile SR. Clinical aspects of adhesive intestinal obstruction. *Trop Gastroenterol.* 2000;21:141-3.
4. Kalu E, Sherrif E, Alsibai MA, Haidar M. Gestational intestinal obstruction: a case report and review of literature. *Arch Gynecol Obstet.* 2006;12:1-3.
5. Sharp HT. The acute abdomen during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* 2002;45:405-13.
6. Al-Fozan H, Tulandi T. Safety and risks of laparoscopy in pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2002;14:375-9.
7. Leyendecker J, Gorengaut V, Brown J. MR Imaging of maternal diseases of the abdomen and pelvis during pregnancy and the immediate postpartum period. *Radio Graphics.* 2004;24:1301-16.