

Cartas al Editor

Perforación intestinal en el puerperio inmediato: una complicación excepcional de la cirugía bariátrica

Palabras clave: Obstrucción intestinal. Cirugía bariátrica. Embarazo. Complicaciones.

Key words: Intestinal obstruction. Bariatric surgery. Pregnancy. Complications.

Sr. Editor:

A pesar de que la obstrucción intestinal es una complicación tardía bien conocida de las técnicas de cirugía bariátrica (1,2) y también puede presentarse durante la gestación (3,4), la coincidencia de ambas circunstancias, así como su debut como abdomen agudo con neumoperitoneo por perforación intestinal en el puerperio es excepcional, lo que nos anima a comunicar el siguiente caso clínico.

Caso clínico

Se trata de una paciente de 30 años, gestante de 36 semanas, con antecedente quirúrgico de bypass biliopancreático laparotómico (Scopinaro) realizado nueve años antes (IMC pre-quirúrgico 48, IMC pre-gestacional 33), con varios ingresos durante el 3^{er} trimestre por dolor abdominal tipo cólico, etiquetándose como cólicos nefríticos (con hidronefrosis pielo-renal leve derecha objetivada ecográficamente). Ante la reaparición de la clínica, la paciente vuelve nuevamente a urgencias por dolor abdominal de características similares, a nivel hipogástrico, acompañado de vómitos, sin fiebre y de pocas horas de evolución. En la explo-

ración física se evidencia dolor abdominal difuso sin peritonismo, fundamentalmente en hemiabdomen inferior. La analítica sanguínea evidencia leucocitosis intensa (28.500 leucocitos/ml, 89,2 % neutrófilos), PCR 18,4 mg/dl, procalcitonina 3,2 ng/ml e índice de Quick de 58 %. A pesar de que la monitorización fetal no describe signos de sufrimiento, se decide inducción del parto ante la sospecha clínica de pielonefritis aguda (dados los antecedentes recientes de la paciente). El parto transcurre sin incidencias, naciendo una niña sana de 2.800 g por vía vaginal. Al día siguiente, coincidiendo con la retirada del catéter epidural y la supresión de la perfusión continua analgésica endovenosa, la paciente presenta dolor abdominal hiperagudo con defensa y marcados signos de irritación peritoneal. Se practica TAC abdómino-pélvico (Fig. 1) que objetiva neumoperitoneo con líquido libre, así como engrosamiento y distensión difusa de asas intestinales. La paciente fue sometida a intervención quirúrgica de urgencia que evidenció pelviperitonitis purulenta consecutiva a perforación intestinal por estallido de la anastomosis yeyuno-ileal del pie de asa del montaje del Scopinaro, secundaria a tracción por adherencia firme de dicha

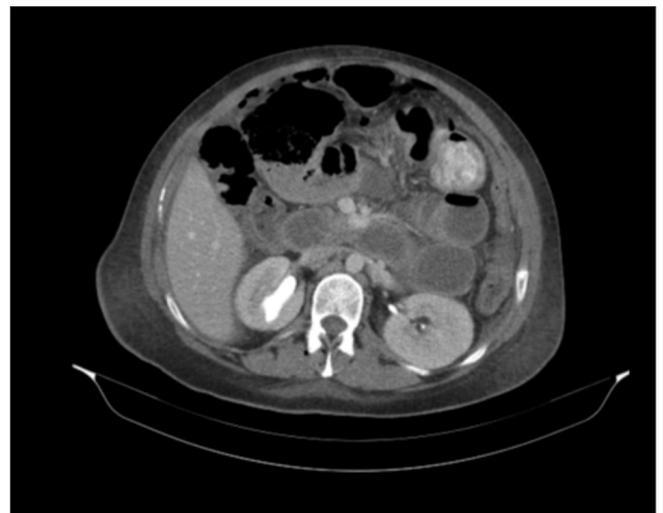


Fig. 1. TAC abdómino-pélvico: neumoperitoneo, líquido libre, engrosamiento y distensión de asas de intestino delgado.

anastomosis sobre la pared de asa ileal común. Se realizó cierre primario de la perforación y lavado abdominal. La evolución postoperatoria fue satisfactoria transcurriendo sin complicaciones.

Discusión

La presentación de un abdomen agudo quirúrgico durante el tercer trimestre y el puerperio suele ser de difícil diagnóstico, debido a que la propia paciente interpreta el dolor abdominal como algo esperable y el clínico tiende a relativizarlo, dado que el discomfort abdominal es habitual, las causas quirúrgicas de este son escasas (fundamentalmente apendicitis aguda, si bien también hernias inguino-crurales y vólvulos colónicos) (5,6), sin olvidar la contraindicación relativa del empleo de radiología convencional durante la gestación, circunstancias que dificultan el diagnóstico de un cuadro obstructivo intestinal, el cual, en nuestro caso, cursó como cuadro suboclusivo adherencial (por brida postquirúrgica del pie de asa al asa común), pasando desapercibido y oculto bajo el diagnóstico de cólico nefrítico de repetición, que incluso llegó a complicarse con perforación y peritonitis, las cuales también quedaron inicialmente enmascaradas por la analgesia administrada antes y durante el parto.

Como conclusión final, si bien el dolor abdominal de tipo cólico en una gestante (excluyendo las contracciones uterinas), tiene como causa más frecuente el cólico nefrítico (5,6), la obstrucción intestinal ha de tenerse igualmente presente en el diagnóstico

diferencial, especialmente en pacientes con antecedentes quirúrgicos abdominales.

José M. Navarro, Mario Molto, Eduardo Alcobilla
y Miguel A. Morcillo

*Servicio de Cirugía General y Digestiva.
Hospital Vega Baja. Alicante, Comunidad Valenciana*

Bibliografía

1. Sánchez Manuel FJ, Rodríguez Serrano S, de la Plaza Galindo M, Palomo Luquero A, Seco Gil JL. Advances in bariatric surgery: From the open approach to the biliopancreatic bypass with laparoscopic gastric preservation. Twelve years of experience. *Cir Esp* 2012;90:576-81.
2. Scopinaro N. Thirty-five years of biliopancreatic diversion: Notes on gastrointestinal physiology to complete the published information useful for a better understanding and clinical use of the operation. *Obes Surg* 2012;22:427-32.
3. Biswas S, Gray KD, Cotton BA. Intestinal obstruction in pregnancy: A case of small bowel volvulus and review of the literature. *Am Surg* 2006;72:1218-21.
4. Pisanu A, Deplano D, Angioni S, Ambu R, Uccheddu A. Rectal perforation from endometriosis in pregnancy: Case report and literature review. *World J Gastroenterol* 2010;16:648-51.
5. Waseem M, Cunningham-Deshong H, Gernsheimer J. Abdominal pain in a postpartum patient. *J Emerg Med* 2011;41:261-4.
6. Unal A, Sayharman SE, Ozel L, Unal E, Aka N, Titiz I, et al. Acute abdomen in pregnancy requiring surgical management: a 20-case series. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011;159:87-90.