

CASOS CLINICOS

Vólvulo intestinal intrauterino asociado a torsión de quiste ovárico como causa de sufrimiento fetal y abdomen agudo neonatal. Caso Clínico

Drs. Torres V., Guelfand M.

Hospital Dr. Exequiel González Cortés, Unidad de Cirugía General, Santiago, Chile

Introducción

El vólvulo intestinal intrauterino es una condición potencialmente letal para el feto. Su asociación con amputación quística ovárica secundaria a torsión es muy infrecuente. Se presenta caso clínico.

Caso Clínico

Recién nacida de término. Parto cesárea de urgencia debido a sufrimiento fetal agudo. Se evalúa por cirujano infantil a las dos horas del nacimiento por distensión abdominal, sensibilidad difusa abdominal y deposiciones líquidas con sangre, asociado a shock inicial.

Se solicita radiografía toracoabdominal en forma inmediata, evidenciando imagen en doble burbuja, sin aire a distal. (Imagen 1y 2).



Imagen 1: Paciente RN, cursando con distensión abdominal y deposiciones con sangre.



Imagen 2: Radiografía toracoabdominal que muestra doble burbuja sin aire a distal.

Se realiza laparotomía exploradora evidenciando vólvulo de intestino delgado con necrosis intestinal, resecao parte distal de yeyuno, íleon y tercio proximal de colon transverso (Imagen 3y 4).



Imagen 3: Vólvulo intestinal asociado a necrosis.



Imagen 4: Segmento intestinal resecado en la cirugía.

Se realiza anastomosis termino-terminal yeyunocolónica (Imagen 5). Además se evidencia quiste ovárico izquierdo necrótico y amputado, flotando en la cavidad abdominal (Imagen 6).



Imagen 5: Anastomosis terminoterminal yeyunocolónica.



Imagen 6: Quiste ovárico autoamputado con segmento de fimbria tubárica en su parte superior.

Evolución clínica satisfactoria post quirúrgica iniciando alimentación enteral progresiva desde el 5° día. Al mes de edad requirió nueva intervención quirúrgica por obstrucción intestinal por bridas, sin compromiso de asas y con evolución favorable.

Revisión tema

Las alteraciones de la rotación y fijación del intestino durante la embriogénesis se pueden manifestar clínicamente como una excesiva movilidad intestinal, compresión o acodaduras intestinales y predisposición a vólvulo e intususcepción (1).

La clínica del vólvulo en el 50% se presenta durante la primera semana del nacimiento y el 60% durante el primer mes. El vómito bilioso es su principal síntoma. Otros son deposiciones con sangre, distensión abdominal y compromiso sistémico (2-3).

El vólvulo puede ocurrir *in útero*, produciendo grados variables de necrosis por isquemia intestinal y da como resultado, únicos o múltiples segmentos cortos o largos de atresias yeyunales y/o del íleo (1-4). Sin embargo, vólvulo sin malrotación, es muy infrecuente y generalmente acarrea una alta mortalidad, debido a un diagnóstico tardío, postnatalmente, en pacientes generalmente sanos, a término y producto de embarazos normales (4-5). La etiología del vólvulo sin malrotación es desconocida. El reconocer el vólvulo antes del infarto intestinal es fundamental para reducir la morbimortalidad.

Los quistes ováricos constituyen la mayor parte de las masas intraabdominales en recién nacidas, como resultado de la exposición gonadal tanto a las gonadotropinas maternas como fetales durante el embarazo, provocando un trastorno en el crecimiento folicular primario. Con el nacimiento madura el eje hipotálamo- hipófisis- gónada generando un feedback negativo, disminuyendo la estimulación hormonal y deteniendo el crecimiento de estos quistes (6).

Con el uso de la ecografía es posible determinar la presencia de folículos ováricos hasta en un 34% de recién

nacidas. Se denominan patológicos cuando alcanzan un tamaño mayor a 2 cm de diámetro. La complicación más frecuente es la torsión, cuyo riesgo aumenta a mayor tamaño del quiste. Otras complicaciones descritas en la literatura es la incarceration asociada a una hernia inguinal congénita, obstrucción intestinal, perforación intestinal y la autoamputación, siendo ésta de muy escasa frecuencia y generalmente se debe a torsión o hemorragia intraquistica, llevando a la pérdida ovárica (7).

Existen criterios ecográficos que se aplican tanto prenatal como postnatalmente descritos por Nausbaum *et al* (8) y que caracterizan a los quistes simples y los complicados, existiendo consenso en el tratamiento quirúrgico, ya sea, abierto o laparoscópico, de los complicados y manejo expectante en los simples cuyo tamaño sea menor a 4 cm de diámetro. Hay reportes de descompresión prenatal percutánea en quistes simples mayores de 5 cm, que presentan un alto riesgo de torsión, pero con resultados pobres debido a lesiones iatrogénicas y elevada recurrencia.

La ocurrencia de ambas patologías en forma simultánea en un paciente neonatal, en contexto de sufrimiento fetal agudo, es muy infrecuente y existen muy pocos casos descritos en la literatura (9-10), lo cual hace sumamente interesante presentar este caso clínico.

Referencias

1. Millar AJW, Rode H, Cywes S. Malrotation and Volvulus in infancy and childhood. *Seminars in Pediatric Surgery*, Vol 12, N° 4, 2003, pp 239-236.
2. Hajivassiliou CA. Intestinal obstruction in Neonatal/Pediatric Surgery. *Seminars in Pediatric Surgery*, Vol 12, N°4, 2003, pp 241-253.
3. Strouse P. Disorders of intestinal rotation and fixation ("malrotation"). *Pediatr Radiol* (2004) 34: 837-851.
4. Jéquier S, Hanquinet S, Bugmann P, Pfizenmaier M. Antenatal small-bowel volvulus without malrotation: ultrasound demonstration and discussion of pathogenesis. *Pediatr Radiol* (2003) 33: 263-265.
5. Molvarec A, Bábinszki A, Kovács K. Intrauterine intestinal obstruction due to fetal midgut volvulus. A report of two cases. *Fetal diagnosis and therapy* 2007; 22: 38-40.
6. Chiaramonte C., Piscopo A, Cataliotti F. Ovarian cyst in newborns. *Pediatric Surg Int* (2001) 17: 171-174.
7. H.J. Corbett , G.A. Lamont. Bilateral Ovarian Autoamputation in an Infant *Journal of Pediatric Surgery*, Vol 37, No 9 (September), 2002: pp 1359-1360.
8. Galinier P, Carfagna L, Juricic M et al. Fetal ovarian cyst management and ovarian prognosis : a report of 82 cases. *Journal of Pediatric Surgery* (2008) 43: 2004-2009
9. Ferko S. Simultaneous occurrence of ileus (volvulus) and torsion of an ovarian cyst in pregnancy. *Gynaecologia*. 1955 Sep; 140(3):145-54.
10. Tai HT. Volvulus in a newborn infant due to intrauterine torsion of an ovarian cyst. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1972 Jul 8; 116(28):1172-4.