



P-552 - EVISCERACIÓN TRANSVAGINAL POSHISTERECTOMÍA Y CISTECTOMÍA RADICAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

García Romero, Eva; Domínguez Serrano, María Inmaculada; del Campo Martín, María; Jaimes Leon, Elka Alejandra; Usabiaga Gervas, Álvaro; Gutiérrez Hidalgo, Beatriz; Galante Romo, María Isabel; Torres García, Antonio José

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción: Denominamos evisceración a la salida de contenido intraabdominal a través de un orificio no natural, quedando dicho contenido expuesto o únicamente cubierto por la piel. Con respecto a la evisceración transvaginal, se han descrito una serie de factores de riesgo: mala técnica ginecológica quirúrgica, infección posoperatoria, hematoma, coito antes de la curación completa, edad, radioterapia, tratamiento corticoideo, traumatismo o violación y maniobras de Valsalva. Aunque los factores de mayor riesgo son cirugía vaginal previa, mujeres postmenopáusicas, multiparidad y antecedente de enterocele.

Caso clínico: Motivo de consulta: tumoración transvaginal. Enfermedad actual: paciente de 82 años que consulta por sensación de bulto a nivel vaginal asociado a dolor abdominal, náuseas y vómitos. Antecedentes: histerectomía y doble anexectomía por miomas, cistectomía radical + exéresis de pared vaginal anterior + derivación urinaria tipo Bricker por carcinoma urotelial hace 6 meses. Exploración física: se objetiva salida de unos 40 cm de asas de intestino delgado por introito vaginal, congestivas e hiperémicas. Abdomen blando, depresible, no doloroso. Manejo: previa administración profiláctica de 2 g de ceftriaxona, se decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza laparotomía media, se liberan adherencias de asas intestinales en pelvis y se identifica dehiscencia de sutura en cúpula vaginal. Reducción de asas intestinales a cavidad abdominal. Se revisan asas intestinales presentando buen aspecto, sin objetivar perforación ni signos de sufrimiento. Cierre de defecto vaginal con sutura continua de absorción lenta. Colocación de malla BioA fijada en pelvis. Evolución posoperatoria: Favorable, siendo dada de alta al 4º día posoperatorio.



Discusión: La evisceración transvaginal fue descrita por primera vez por Hyernaux en 1864; desde entonces se han notificado menos de 100 casos. El 75% de las pacientes tenían antecedentes de cirugía ginecológica previa, como reparación de prolapso vaginal o histerectomía. La evisceración vaginal sin antecedentes de cirugía ginecológica es extremadamente inusual. Los factores de riesgo

en mujeres posmenopáusicas incluyen infección posoperatoria, formación de hematomas, tabaquismo, tratamiento con esteroides a largo plazo, diabetes mellitus, desnutrición, radioterapia, estreñimiento crónico, prolapso de cúpula vaginal y cáncer de cuello uterino. En mujeres premenopáusicas, los factores de riesgo comprenden lesión obstétrica, infecciones del manguito vaginal, traumatismo vaginal y prácticas sexuales inusuales. Se ha informado de evisceración transvaginal desde los 5 días hasta los 30 años después de la cirugía. La clínica suele incluir dolor abdominal o pélvico de inicio súbito, con o sin sangrado vaginal y protrusión de una masa a través de la vagina. El íleon terminal es el que se prolapsa más comúnmente; esto se debe a su mesenterio largo y su movilidad y ubicación. El diagnóstico generalmente se realiza por visualización directa durante el examen pélvico. Los exámenes de imagen no son necesarios. La cirugía habitualmente se realiza mediante laparotomía media. El abordaje abierto y reparación con malla reabsorbible es una opción adecuada en casos irreductibles que afectan a varios centímetros intestinales. Los abordajes transvaginal, vaginal-abdominal combinado y laparoscópico-vaginal se han utilizado con éxito. La prevención está enfocada en evitar alteraciones vaginales, como intervenciones repetidas, acortamiento vaginal, alteraciones del suelo pélvico, hipoestrogenismo y aumento de la presión intraabdominal.