



P-357 - Evisceración vaginal en el contexto de una suboclusión intestinal

M. Conde Rodríguez, D. Sierra Barbosa, J. Otero de Pablos, E. Blesa Sierra, E. Sánchez López, F. Esteban Collado, L. Díez Valladares y A.J. Torres García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción: La evisceración vaginal es una situación infrecuente, que se presenta normalmente en pacientes de edad avanzada y varias enfermedades asociadas. Se puede presentar en diferentes contextos clínicos, aunque su debut en el contexto de un cuadro de suboclusión u obstrucción intestinal incompleta no ha sido reportada en la literatura.

Caso clínico: Mujer de 81 años de edad con antecedentes personales de linfoma del manto con respuesta al tratamiento aunque con persistencia de una masa torácica no filiada, por decisión de la paciente. Fue intervenida 3 años antes por Douglascele (cistocele, uterocele, enterocele y rectocele) según técnica de Gosselink, asociando histerectomía, con desprendimiento de la malla a los 2 años. Acude a urgencias por episodio suboclusivo con dolor en hipogastrio. Se explora colpocele reduciéndose de manera parcial y es dada de alta tras mejoría. Reingresa a las 24 horas por sensación de bulto, observándose a la exploración, asas de intestino delgado viables, prolapsadas a través de la cara posterior de la vagina epitelizada. Se decide reducción transvaginal, realizando sutura primaria continua con monofilamento reabsorbible.

Discusión: La evisceración vaginal es una emergencia quirúrgica y potencialmente mortal; pero afortunadamente, muy infrecuente. Su pronto diagnóstico y tratamiento quirúrgico inmediato, son fundamentales para el éxito terapéutico. El principal factor etiológico de la evisceración vaginal es la cirugía ginecológica previa, sobre todo la histerectomía vaginal, seguida del abordaje por vía abdominal, bien sea por laparotomía o laparoscopia. Parece también contribuir, el estado de hipoestrogenismo de la posmenopausia debido a la atrofia de las estructuras ginecológicas y sus consecuencias en la mucosa vaginal, el incremento de la presión intraabdominal y la disfunción del suelo de la pelvis, o prolapso de los órganos pélvicos, como nuestro caso. Otros factores desencadenantes han sido descritos en mujeres premenopáusicas, como traumatismos durante el coito, violaciones, lesiones iatrogénicas e introducción de cuerpos extraños. El fórnix posterior de la vagina es el lugar más frecuente de herniación, y la evisceración se produce a través del saco de Douglas. El tratamiento quirúrgico incluye medidas de protección de las asas de delgado en sufrimiento, para evitar traumas sobreagregados. La reducción del contenido abdominal eviscerado es lo prioritario, seguido de la evaluación de la viabilidad intestinal, y extirpar el tejido vaginal desvitalizado. Por último, la decisión del momento de la reparación del defecto, dependerá de la viabilidad y calidad de los tejidos a reparar, pudiendo ser diferido a un segundo tiempo quirúrgico. El abordaje puede ser vaginal, abdominal o laparoscópico, así como la combinación de ambas,

dependiendo del tipo y viabilidad de la víscera herniada. No existe superioridad de los diferentes abordajes en la reparación el prolapso de la cúpula vaginal. La colposacropexia abdominal presenta menos dispareunia y recurrencias de prolapso apical, con tiempos operatorios más largos y costos más elevados. Ante una paciente de edad avanzada, sexualmente inactiva, se le puede ofrecer un procedimiento obliterante, con muy baja tasa de recurrencia del prolapso y una alta tasa de satisfacción. Éste es el procedimiento propuesto a nuestra paciente.