

Evisceración intestinal postraumática por toma de Papanicolaou

Yoeli Marisa Escandón Espinoza,* Marco Antonio González Acosta,** José Antonio Manjarrez Cuenca,*** Gilberto Oropeza Ortiz,**** Herman Vásquez Guerra,¹ Miguel Ángel Cruz Salinas²

RESUMEN

El enterocele vaginal es una enfermedad poco común de origen diverso que puede manifestarse de manera espontánea o postraumática; esta última es la más frecuente y está vinculada con el antecedente de histerectomía. Se mencionan varios factores predisponentes que se considera están relacionados principalmente con hipoestrogenismo y debilidad del piso pélvico. Los síntomas más referidos son: dolor abdominal y sangrado transvaginal asociado con sensación de cuerpo extraño en la vagina. El diagnóstico es clínico mediante la observación de asas intestinales, la vejiga u otros órganos contenidos en la cavidad abdominal. Representa una urgencia quirúrgica que amerita reducción del contenido intraabdominal, resección intestinal en caso de necrosis y probable anastomosis entérica, reparación del piso pélvico en un segundo tiempo quirúrgico según las condiciones de la cavidad abdominal, e incluso se contempla la colocación de material protésico en la cúpula vaginal. Las complicaciones posquirúrgicas dependen de los antecedentes patológicos de la paciente y del procedimiento realizado (resección con anastomosis entérica o derivación intestinal). Se comunica el caso de una paciente posmenopáusica con antecedente de histerectomía practicada 12 años antes, que tenía evisceración transvaginal del intestino delgado posterior a la toma de citología vaginal. Se revisa el tratamiento quirúrgico y las complicaciones surgidas considerando los factores de riesgo concomitantes que aumentan la morbilidad y la mortalidad.

Palabras clave: citología vaginal, evisceración vaginal, resección intestinal, anastomosis intestinal, urgencia quirúrgica.

ABSTRACT

Vaginal enterocele is a rare disease of diverse etiology, which may occur spontaneously or by trauma that is the most frequent and is associated to a history of hysterectomy. Several predisposing factors are considered to be related mainly to hypoestrogenism and weakness of the pelvic floor. Commonly reported symptoms are abdominal pain, vaginal bleeding associated to vaginal foreign body sensation. Diagnosis is clinical noting the presence of small bowel, bladder or other organs in the abdominal cavity. It represents a surgical emergency that warrants reduction of abdominal contents, intestinal resection in case of necrosis and probable enteric anastomosis, pelvic floor repair in a second surgical procedure depending on the conditions of the abdominal cavity; also, provides for the placement of prosthetic material in the vaginal vault. Postoperative complications depend on the patient's medical history and the procedure performed (resection with intestinal anastomosis or bypass enteric). We present the case of a postmenopausal female patient with a history of hysterectomy, patient presented a transvaginal small bowel evisceration after the Pap smear. We reviewed the surgical treatment and complications, considering associated risk factors that increase morbidity and mortality.

Key words: Pap smear, vaginal evisceration, intestinal resection, intestinal anastomosis, surgical emergency.

* Residente de tercer año de cirugía general.

** Profesor titular de cirugía general.

*** Profesor adjunto de cirugía general.

**** Médico adscrito al servicio de cirugía general.

¹ Residente de cuarto año de cirugía general.

² Residente de primer año de cirugía general.

Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda, ISSSTE.

Correspondencia: Dra. Yoeli Marisa Escandón E. Jefatura de Enseñanza, Hospital Dr. Gonzalo Castañeda. Lerdo y Manuel González 200, Unidad Tlatelolco, CP 06300, México, DF
Recibido: febrero, 2011. Aceptado: julio, 2011.

Este artículo debe citarse como: Escandón-Espinoza YM, González-Acosta MA, Manjarrez-Cuenca JA, Oropeza-Ortiz G y col. Evisceración intestinal postraumática por toma de Papanicolaou. Rev Esp Med Quir 2011;16(3):177-181.

www.nietoeditores.com.mx

La evisceración vaginal es una afección poco frecuente. Dada su rareza, existen pocos estudios sobre su incidencia, que reportan cifras de 0.14%.¹ El prolapso del piso pélvico puede afectar varias estructuras como el recto, la vejiga, el útero y los intestinos delgado y grueso.

La lesión o debilidad de la musculatura perineal puede ser ocasionada por diversas causas:^{2,3}

- En el embarazo, el peso del útero y el efecto relajador de las hormonas pueden debilitar el suelo pélvico.
- El parto provoca lesiones músculo-aponeróticas y neurológicas perineales durante el periodo expulsivo. Además, los esfuerzos realizados actúan directamente en la musculatura del suelo pélvico.

- La falta de estrógenos en mujeres posmenopáusicas provoca pérdida de tono y flacidez de los músculos perineales.
- Las intervenciones quirúrgicas sobre el periné.
- La obesidad.
- El estreñimiento.
- La tos crónica del tabaquismo.
- Las profesiones de riesgo (deportistas, cantantes, músicos de instrumentos de viento).

La evisceración vaginal puede manifestarse de manera espontánea y sin factores desencadenantes, después de un traumatismo vaginal o tras eventos que aumenten la presión intraabdominal. En la presentación clínica que afectó a esta paciente generalmente se encuentra sangrado vaginal, dolor pélvico o sensación de cuerpo extraño en la vagina. El intestino delgado es el órgano que más frecuentemente se eviscera.

Los pacientes con evisceración generalmente tienen una o varias enfermedades concomitantes, y si a esos padecimientos se añaden otras condiciones de riesgo se incrementa la probabilidad de ocurrencia de dicha complicación, cuya patogenia está comúnmente determinada por la suma de varias de éstas.^{4,5}

La cirugía de alto riesgo (intervenciones urgentes por peritonitis y oclusión intestinal, operación de grandes obesos o carcinomas diseminados y grandes laparotomías xifopúbicas) suele ser muy frecuente en estos pacientes.^{1,6}

La evisceración vaginal representa una urgencia quirúrgica, y la reparación puede realizarse por vía abdominal, vaginal o por una combinación de ambas, previas medidas de protección de las asas delgadas en sufrimiento para evitar traumatismos sobreagregados.⁷

Los objetivos son la reducción intestinal, la final resección de asas desvitalizadas y la reparación del defecto vaginal. No existe consenso en cuanto a la oportunidad de la reparación de la disfunción del suelo pelviano, en el mismo acto o diferido. La decisión depende, en parte, de la viabilidad y calidad de los tejidos; algunos optan por la reparación primaria^{8,9} y otros autores, por la reparación diferida, argumentando, entre otros factores, un menor índice de infecciones.^{10,11}

El abordaje puede ser vaginal, abdominal o combinado; este último es considerado el más adecuado por la mayoría de los autores, sobre todo ante la sospecha de isquemia intestinal.¹²

La vía convencional es la más utilizada, aunque está ganando terreno, al igual que en la práctica quirúrgica en general, la laparoscopia, que brinda las ventajas ya conocidas de este procedimiento de mínima invasión.^{13,14}

Se comunica el caso de una paciente con diagnóstico de enterocele vaginal.

CASO CLÍNICO

Se atendió a una paciente de 62 años de edad, ama de casa, viuda, con escolaridad primaria y antecedentes obstétricos de cinco embarazos, de ellos cuatro terminaron en parto y uno en aborto, con menopausia a los 50 años. Refirió padecer diabetes mellitus tipo 2 desde hacía 12 años, que estaba bajo tratamiento médico con hipoglucemiantes orales y en descontrol, e hipertensión arterial sistémica también de 12 años de evolución, la cual era manejada con antihipertensivos. Tenía obesidad grado III, con un IMC de 37.5. Doce años antes se le hicieron histerectomía y ooforectomía bilateral por miomatosis uterina y transfusiones positivas por sangrado posquirúrgico. Dos años antes, la citología vaginal dio negativo a malignidad.

El padecimiento actual inició después de una toma de Papanicolaou en la unidad de medicina familiar. A las seis horas, la paciente acudió al servicio de urgencias debido a sangrado transvaginal con dolor, sensación de cuerpo extraño en la vagina y distensión abdominal.

A la exploración física se observó a la paciente alerta, quejumbrosa, semihidratada, con frecuencia cardiaca de 95 por minuto y presión arterial de 140/90, abdomen distendido y globoso por abundante pániculo adiposo, peristalsis disminuida, dolor a la palpación media y profunda sin datos de irritación peritoneal y timpanismo. En la exploración perineal se hallaron asas intestinales de aspecto necrótico, no reductibles y sin movimiento (Figura 1).

Se le colocó un catéter central subclavio y se inició hidratación y tratamiento inmediato con antibióticos para efectuar laparotomía exploradora. En ella se apreció: vejiga a tensión, deslizamiento de asas intestinales de 20 cm en dos arcadas en el canal vaginal necrosadas, sin líquido de reacción peritoneal ni fibrina en la cavidad. Se procedió a liberar las asas en forma bimanual en dirección vagina-cavidad abdominal (Figura 2).



Figura 1. Exploración perineal en la que se observan asas intestinales de aspecto necrótico. Nótese que es irreducible y que obstruye el meato urinario.

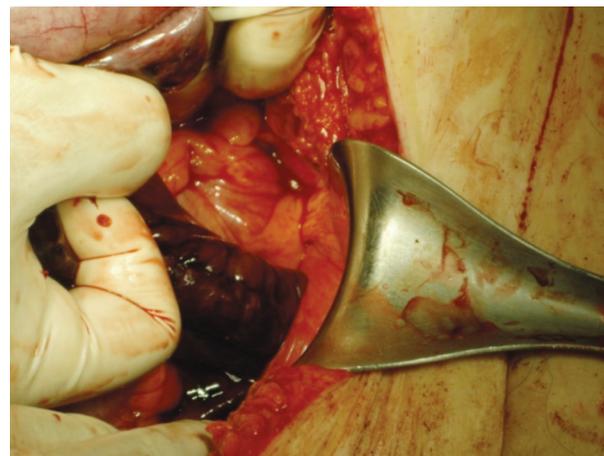


Figura 2. Asa intestinal que se fracciona hacia la cavidad. Nótese el daño vascular.

Se identificó un defecto de la cúpula vaginal de 4 cm, aproximadamente, y afectación vascular del íleon terminal de 90 cm (Figura 3), por lo cual se hizo una resección a 15 cm de la válvula ileocecal y anastomosis término-terminal convencional íleo-íleal en dos planos: el interno posterior con punto continuo y anterior con Connel Mayo, y el segundo plano con puntos de Lembert (Figura 4). Se liberaron múltiples adherencias de

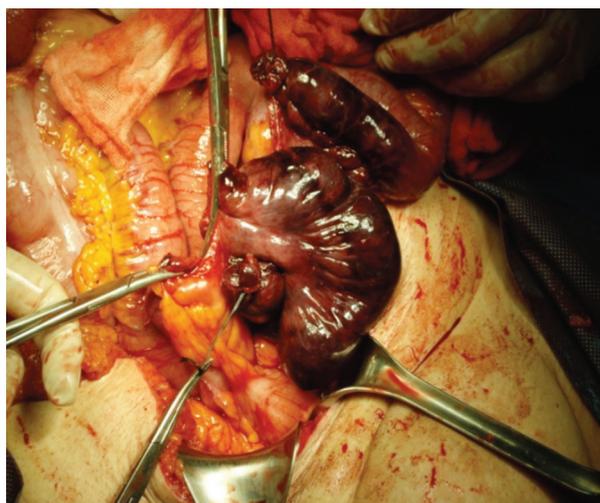


Figura 3. Sección del segmento que se encontraba encarcelado en el defecto de piso.



Figura 4. Anastomosis término-terminal en dos planos del íleo distal.

epiplón-pared, epiplón-colon y epiplón-bazo; se cerró la cúpula vaginal, se lavó la cavidad y se colocaron drenajes tipo penrose. Entre los incidentes que ocurrieron hubo una esplenectomía por laceración grado III.

El manejo posquirúrgico se basó en un doble esquema de antibióticos y ayuno por seis días; la vía oral evolucionó de manera tórpida y con datos de oclusión intestinal. En el día 14 del posquirúrgico se agregaron indicios de respuesta sistémica; se decidió reintervenir y se encontró dehiscencia de 30% de la anastomosis. Se hizo resección de 5 cm en la lesión, hemicolectomía

derecha e ileostomía tipo Brooke, lavado de cavidad y colocación de drenajes, y se administró tratamiento conjunto con la unidad de cuidados intensivos para manejar la sepsis abdominal. Después de 17 días de hospitalización en la UCI, se le dio de alta con los diagnósticos de posoperada de laparotomía secundaria a enterocele vaginal, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica corregida, desequilibrio hidroelectrolítico y ácido-base en resolución. La diabetes y la hipertensión fueron controladas por el servicio de cirugía general. Poco después, la paciente contrajo una infección de la herida quirúrgica por *Pseudomonas aeruginosa*; se observó evisceración y fistula enterovesical, la cual se trató con nutrición parenteral y antibióticos de amplio espectro sin que produjeran mejoría clínica. La paciente sufrió choque séptico y murió a los 65 días de hospitalizada.

DISCUSIÓN

La evisceración vaginal posterior a la toma de citología es rara; no se ha descrito al momento ningún caso provocado por este mecanismo. Croak y Ramírez^{1,14} reportaron –desde el año 1900 en todo el mundo– 72 casos comprobados por causas no traumáticas, todos con el antecedente de histerectomía por vía vaginal o abdominal con dehiscencia de la cúpula de la vagina en un periodo de 11 semanas a un año del posoperatorio. En esta paciente, el padecimiento fue consecuencia de la toma de citología 12 años después de la histerectomía.

Hay factores desencadenantes que pueden provocar esta complicación espontánea; en la mujer premenopáusicas es la relación sexual y en la posmenopáusicas el aumento de la presión intraabdominal con el antecedente de histerectomía por cáncer y quimioterapia, tos crónica y tabaquismo. En el caso comunicado, se identificaron factores desencadenantes, como traumatismo en la cúpula vaginal posterior a la toma de citología vaginal y debilidad del piso pélvico.

El diagnóstico de evisceración intestinal es clínico y evidente, con evolución aguda; se observan asas intestinales a través del introito vaginal que provocan síntomas agregados como sangrado transvaginal, dolor pélvico y abdominal y sensación de cuerpo extraño en la vagina. En el caso que aquí se describe, el curso clínico era tardío por necrosis de las asas intestinales evisceradas

vía vaginal, descontrol metabólico y obesidad, lo que hace considerar que la paciente estaba en alto riesgo de sufrir complicaciones.

El tratamiento es quirúrgico y urgente por vía abdominal, vaginal o ambas, con la reparación intestinal y de la cúpula vaginal con o sin la colocación de malla según Kim.¹⁵ Los autores de este estudio realizaron la reparación por vía abdomino-vaginal sin malla con resección del segmento de íleon necrosado y anastomosis primaria, como lo indica la bibliografía mundial en pacientes que ameritan resección.

Los estudios acerca de esta afección no refieren las complicaciones posteriores a la intervención ni los factores predisponentes, como obesidad, desnutrición, descontrol metabólico y necrosis intestinal que pueden evolucionar a dehiscencia de la anastomosis, fistula enterocutánea, fistula enterovesical, sepsis abdominal, desequilibrio hidroelectrolítico y metabólico, choque séptico, insuficiencia orgánica múltiple y muerte.

Las operaciones abdominales que requieren resección intestinal, y primordialmente las que restablecen la continuidad del tubo digestivo con anastomosis, tienen alto riesgo de complicaciones. En intervenciones quirúrgicas de urgencia en pacientes añosos, diabéticos, con una enfermedad maligna, entre otros factores, los riesgos de complicaciones son aun mayores.

La dehiscencia de una anastomosis intestinal es la complicación quirúrgica más temida de la cirugía digestiva y se asocia con un aumento significativo de la morbilidad, la mortalidad y el tiempo de hospitalización.^{12,13}

CONCLUSIONES

La evisceración transvaginal es una complicación rara asociada con múltiples factores que ocasionan debilitamiento de la cúpula vaginal; estos factores son principalmente de tipo estrogénico en pacientes posmenopáusicas.

Aunque la mayor parte de los factores de riesgo de evisceración transvaginal se debe al aumento de la presión intraabdominal, deben considerarse otras situaciones, como el traumatismo de la cúpula vaginal después de la toma de Papanicolaou en pacientes histerectomizadas.

La revisión de estas pacientes es responsabilidad conjunta del personal de diversas especialidades para proporcionarles tratamiento integral.

El manejo quirúrgico debe ser inmediato, antes de que ocurra necrosis intestinal o complicaciones graves, como dehiscencia de la anastomosis, sepsis e insuficiencia orgánica múltiple, que ocasionen la muerte.

Se considera que la paciente de este caso tenía todos los factores de riesgo y las complicaciones que provoca esta enfermedad conocidas en la bibliografía, por lo que su evolución fue insidiosa y mortal.

Hay que insistir que la toma de citología vaginal, aun cuando es un procedimiento de rutina, debe realizarse por personal calificado y sin soslayar los antecedentes ginecoobstétricos, así como las posibles complicaciones que pueden surgir durante el procedimiento.

REFERENCIAS

1. Croak AJ, Gebhart JB, Klingele CJ, Lee RA, et al. Characteristics of patients with vaginal rupture and evisceration. *Obstet Gynecol* 2004;103(3):572-576.
2. Peña-Outeiriño JM, Rodríguez-Pérez AJ, Villodres-Duarte A, Marmol-Navarro S, et al. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. *Actas Urol Esp* 2007;31(7):719-731.
3. Ramón-Musibay E, Borges-Sandino R. Evisceración transvaginal. *Ginecología y salud reproductiva* 2010. Vol. 36-04-10. Hospital Militar Central Dr. Carlos J Finlay.
4. Francia-Ramos L, del Carpo-Abad R, García-Sierra JC. Evisceración vaginal. Presentación de un nuevo caso y breve revisión de la literatura médica. *Arch Cir Gen Dig* 2005. Disponible en: <http://cirugest.com/revista/2005/17/2005-06-02.htm>
5. Somkuti SG, Vieta PA, Daugherty SF, Hartley LW, Blackman EB. Transvaginal evisceration after hysterectomy in premenopausal women: a presentation of three cases. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171(2):567-568.
6. Amaya-Lozano JL, Correa-Antúnez MI, Leal-Macho A, Espin-Jaime M, et al. Evisceración vaginal. Aportación de dos casos y revisión de la bibliografía. *Cir Esp* 2000;68:496-497.
7. Gutiérrez-Machado M, Juárez-González JA, Rodríguez-Treto R. Evisceración transvaginal poshisterectomía. A propósito de un caso poco frecuente. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2009;35(1).
8. Ginsberg DA, Rouner ES, Raz S. Vaginal evisceración. *Urology* 1998;51:128-129.
9. Kowalski L, Seski JC, Timmins P, Kanbour A, et al. Vaginal evisceration: presentation and management in postmenopausal women. *J Am Coll Surg* 1996;183(3):225-229.
10. Friedel W, Kaiser IH. Vaginal evisceration. *Obstet Gynecol* 1975;45:315-319.
11. Virtanen H, Ekholm E, Kiilhoma P. Evisceration after enterocele repair: a rare complication of vaginal surgery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1996;7:344-347.
12. Longo WE, Virgo KS, Vernava AM, Wade TP, et al. Risk factors for morbidity and mortality after colectomy for colon cancer. *Dis Colon Rectum* 2000;43:83-91.
13. Alves A, Panis Y, Manton G, Slim K. Postoperative mortality and morbidity in French patients undergoing colorectal surgery. *Arch Surg* 2005;140:278-283.
14. Ramírez PT, Klemer DP. Vaginal evisceration after hysterectomy: a literature review. *Obstet Gynecol Surv* 2002;57(7):462-467.
15. Kim SM, Choi HS, Byun JS, Kim HR. Transvaginal evisceration after radical abdominal hysterectomy. *Gynecol Oncol* 2002;85(3):543-544.