

EVISCERACIÓN DEL INTESTINO DELGADO POR PERINÉ ANTERIOR

* José Alberto Torrico Camacho.
* * Juan Pablo Torrico Vilte.
* * Maryliz F. Torrico Vilte.

RESUMEN

En octubre de 2005, ingresa al servicio de emergencia de la C.N.S. una paciente de 80 años de edad, de sexo femenino con diagnóstico pre y post operatorio de evisceración de intestino delgado por vagina, post trauma, representando el 0,001 % de un total de 93.396 cirugías realizadas entre enero de 1982 a marzo de 2006 en la Caja Nacional de Salud hospital Obrero No 2 de la ciudad de Cochabamba.

Por la escasa presentación de esta patología a nivel mundial y en nuestro medio, se revisa el tema desde un punto de vista estadístico, diagnóstico y de tratamiento.

Finalmente la evisceración del periné anterior, debe diferenciarse clínicamente de la evisceración del periné posterior que es más rara todavía su presentación y su manejo también es diferente.

Palabras clave: *Evisceración - intestino delgado - vagina, periné anterior.*

ABSTRACT

In October 2005 a 80 - year- old female patient enters the emergency service with a pre and post surgical diagnostic of post trauma small intestine evisceration through vagina. This represents 0,001 % out of 93.396 operations carried out at the Hopital Obrero N°2 "Caja Nacional de Salud" of Cochabamba city within January 1982 and March 2006.

Due to the scarce worldwide and nationwide presentation of this pathology, the topic is reviewed from statistics, diagnostic and treatment points of view.

Finally, the evisceration of the frontal perineum should be differentiated from the posterior perineum evisceration which is more unusual and whose treatment is also different.

Key words: *Evisceration - small intestine - vagina, frontal perineum.*

* Caja Nacional de Salud Hospital Obrero No2 Cbba. Bolivia
* * Estudiantes Universidad del Valle Cbba. Bolivia

INTRODUCCION

La evisceración por periné anterior, es la salida del intestino delgado a través de la vagina y la evisceración por periné posterior es la salida intestino a través del ano. Esta última es causada por la ulceración de la mucosa y posterior perforación de la pared del recto; ambas patologías son de escasa presentación a nivel mundial.^{1,2}

El primer caso fue publicado en 1826 por Benjamín Brodie en la Gaceta Médica de Londres, en 1864 Hybermaux, describió la evisceración de asas de intestino delgado por ruptura vaginal en una mujer post menopáusicas. En 1907 Mc Gregor, describió también sobre esta patología y últimamente el Dr. Ramírez, realizó una revisión de la literatura mundial desde el año 1900 hasta el 2002, reportando 59 casos, de los cuales 37 casos (63%) eran por histerectomías vaginales y 22 casos (37 %) por histerectomías abdominales.

FACTORES DESENCADENANTES DE LA EVISCERACIÓN POR VAGINA³

I.- En mujeres jóvenes, ocurre excepcionalmente, por accidentes quirúrgicos, traumatismos, cuerpos extraños, por violaciones (por la desproporción de los genitales).

II.- En mujeres post menopausicas es mas frecuente, después de una histerectomía vaginal o abdominal 73 %; atrofia de la mucosa y de la cúpula vaginal; hipostrogenismo; mala técnica quirúrgica; infecciones o hematomas post operatorias; vaginoplastia previa; coito antes de la cicatrización de la cúpula vaginal; traumatismos y violaciones; antecedentes de Radioterapia; terapia prolongada con corticoides; debilidad del suelo pélvico; enfermedad de la colágena; maniobras de valsalva; prolapso uterino; hábito de fumar.

CUADRO CLÍNICO.- Antecedentes (quirúrgicos, esfuerzos, trauma, violaciones, cuerpos extraños, etc.), hemorragia vaginal de diverso grado, posteriormente salida de asas de intestino, acompañado o no de obstrucción intestinal y de compromiso vascular, dolor abdominal de diversa intensidad, náuseas, vómitos, y falta de eliminación de gases y heces.^{4,5,6}

EXAMEN FISICO.- El abdomen excavado, a la palpación profunda sensible en hemiabdomen inferior, movimientos peristálticos aumentados, disminuidos o ausentes (de acuerdo al grado de compromiso intestinal).

TRATAMIENTO.- Siempre es quirúrgico, previa estabilización y antibiótico terapia del paciente.

Vía de abordaje, previa antisepsia de la pared abdominal y colocación de campos.

- Laparotomía Mediana Infraumbilical.
- Vía vaginal.
- Mixta (Laparotomía mas vía vaginal).
- Laparoscópica.
- Laparoscopia combinada con la vía vaginal.

TECNICA QUIRÚRGICA.-

- I.- Con asa viable.
 - Lavado exhaustivo de los intestinos en la vagina, con solución fisiológica o ringer Lactato, antes de reintroducir las asas intestinales al abdomen.
 - Rafia de la Cúpula.
 - Reordenamiento de asas intestinales.
 - Drenaje de la cavidad peritoneal.
 - Colpocleisis (en pacientes sin actividad sexual).
 - Refuerzo de la cúpula vaginal con los ligamentos útero sacros, cardinales, con malla de polipropileno o con P.T.F.E. malla de politetraflouretileno.
 - Cierre de la pared abdominal por planos.
- II.- Con asa no viable.
 - Resección del intestino comprometido, mas anastomosis T.T., T.L. o L.L.
 - Rafia de la cúpula vaginal, en caso de peritonitis no se debe reforzar con malla de polipropileno o con P.T.F.E.
 - Reordenamiento de las asas intestinales.
 - Drenaje de la cavidad peritoneal.
 - Cierre de la pared abdominal por planos.

CASO CLÍNICO

S.M.M., de 80 años de edad que ingresa el 31 de octubre de 2005 al servicio de emergencia de la Caja Nacional de Salud de Cbba., refiriendo que 9 hrs. antes se cayó en el baño, presentando pérdida de líquido sero-hemático escaso por vagina, seguido de la salida de asas intestinales, dolor abdominal tipo retortijón en hemiabdomen inferior, acompañado de náuseas vómitos en dos oportunidades de contenido alimentario.

Antecedentes Quirúrgicos.- Colecistectomía en 1.982, hernioplastía 1.994, histerectomía el 2000 y suspensión de vejiga en dos oportunidades (2002 -2.003).

Antecedentes Gineco Obstétricos.- G = 8 P = 6
C = 0 A = 2

Al examen físico.- En regular estado general, quejumbrosa, somnolienta, deshidratada y orientada.

P.A = 100 / 60 P = 90 X' F.R. = 20 X'

T° 36,5 C°.

Boca.- Mucosas y lengua pálidas y secas.

Corazón.- Ritmo regular en dos tiempos hipo fonéticos, soplo holosistólico.

Pulmones.- Murmullo respiratorio conservado con escasos estertores en ambas bases.

Abdomen.- Excavado con abundante tejido celular subcutáneo, blando depresible, muy sensible en hemi-abdomen inferior, movimientos peristálticos aumentados de frecuencia.

Genitales.- En vagina se aprecia asas de intestino delgado dilatadas, contaminadas, con signos de isquemia y dolorosas a la manipulación.

Tacto Vaginal.- Imposible de realizar, por la presencia de asas intestinales.

I.Dx.- Evisceración de intestino delgado por vagina y Deshidratación.

Química Sanguínea.- Hb.= 13,3 gr. %, Hto.= 40 %, Leucocitos 20.800 mmc, segmentados 92 %, Eosinófilos 1, Linfocitos 2, Monocitos 5, Tiempo de pro trombina 14", I.N.R. 1,34, Glucemia 142 mgr/ dl, B.U.N. =36 mgr/dl y creatinina 1.0 mgr/dl.

Se interviene quirúrgicamente el mismo día con el diagnóstico pre operatorio de evisceración de intestino delgado por vagina.

Diagnóstico post operatorio es el mismo con ileon isquemiado y colpocele IV°.

Hallazgos.- Por vagina: Presencia del Ileon de mas o menos 40 cm de longitud, contaminado, dilatado, con signos de sufrimiento y con escasa fibrina. (Figura 1 y 2).

En cavidad peritoneal se aprecia en cúpula Vaginal un orificio de mas o menos tres cm de diámetro por donde sale el Ileon.

Tratamiento Quirúrgico.- Paciente bajo anestesia general, en posición ginecológica, previa antisepsia con povidona

yodada de pared abdominal, periné, extremidades inferiores y colocación de campos, se procede al lavado exhaustivo con solución fisiológica del intestino eviscerado a nivel de la vagina, posteriormente se realiza laparotomía mediana infraumbilical, en fondo de saco se identifica orificio de mas o menos tres cm. de diámetro al lado izquierdo de la cúpula vaginal a través del cual protruye el ileon y es difícil de reintroducirlo, para la cual se amplía el orificio de la cúpula y se reintroduce el intestino sin problemas.

Cierre del orificio de la cúpula vaginal con prolene (0) en dos planos.

Se revisa el Ileon dentro la cavidad peritoneal, con buena recuperación y sin signos de isquemia (Figura 3), posteriormente se lava la cavidad peritoneal con solución fisiológica, se reordenan las asas intestinales, se deja drenaje en el fondo de saco y se exterioriza por contra-abertura y la pared abdominal se cerró por planos.

Posteriormente se traslada a la paciente a terapia intensiva, para su manejo de la deshidratación, desequilibrio hidro electrolítico, acidosis metabólica y alcalosis respiratoria (Diagnosticada por clínica y Laboratorio) además de la antibiótico terapia y anticoagulación, al 5° día se transfirió a la paciente estable (con un absceso de pared que se drenó y continuó con curaciones seriadas), al servicio de cirugía, al octavo día se da de alta con indicaciones y con transferencia a urología con el diagnóstico de colpocele IV°.

Se realizó un seguimiento de cinco meses, paciente asintomática continua con su colpocele que será programado para tratamiento.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La evisceración del intestino delgado por vagina post histerectomía en pacientes post menopáusicas, es de una presentación muy excepcional a nivel mundial y en nuestro medio. El caso que presentamos representa el 0,001 % de 93.396 cirugías realizadas entre enero de 1.982 a marzo de 2006.

En cuanto a la etiología, Kowalski plantea que la evisceración por vagina en pacientes post. Menopáusicas es debido a la atrofia de la mucosa vaginal, por el hipoestrogenismo, tejidos crónicos desvascularizados, debilidad del suelo pélvico, enfermedades de la colágena, irradiación, trauma, esfuerzo, aumento de la presión intra-abdominal, todo esto es para tomar en cuenta, como el caso que presentamos, se debía a un trauma y quizás también tenía los otros componentes.

Las series que revisamos muestran que la evisceración del ileon es más frecuente (90 %), como el caso que presentamos, seguido por un menor porcentaje por el epiplón, apéndices epiploicos, trompas y colon sigmoides.

En cuanto al tratamiento todos los autores mencionan que es quirúrgico, previa estabilización, antibiótico terapia y el manejo post operatorio por U.T.I. si el caso lo aconseja.

Para el cierre de la cúpula vaginal no estamos de acuerdo con algunos autores que aconsejan la rafia con hilo absorbible como el cat gut cromado, porque se han mencionado recidivas de la evisceración, nosotros al igual que los otros autores usamos hilos no absorbibles como el prolene.⁷

Finalmente la evisceración del periné anterior, debe diferenciarse clínicamente de la evisceración del periné posterior, que es más rara todavía su presentación y su manejo también es diferente.



Figura 1. Evisceración de ileon de mas o menos 40 cm. de longitud por vagina.



Figura 2. Evisceración de ileon por vagina con isquemia y placas de fibrina.

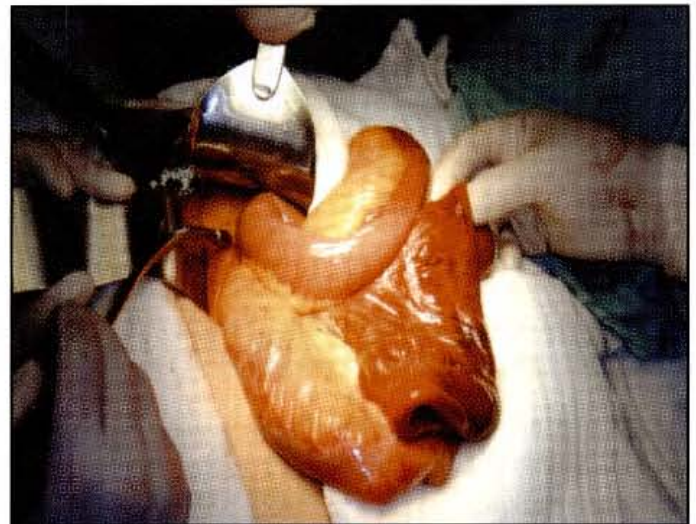


Figura 3. Asas de ileon en cavidad peritoneal.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Amaya Lozano JL., Correa Antunez M.I., Espin Jaime., Leal Macho A., Vinagre Velasco L.M. y Téllez de Peralta F. Evisceración Vaginal. Aportación de dos casos y revisión bibliografica. Cirugía Española.2000; 68:496 - 502. Disponible en <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.full-text?pidet=13860>
- 2.- Cornejo B. Gastón y Arrieta José. Evisceración Perineal de Intestino Delgado. Gaceta Medica Boliviana.1989; 13:106 - 109.
- 3.- Francia Ramos Lázaro y Colaboradores. Evisceración Vaginal. Presentación de un nuevo caso y breve revisión de la literatura Medica Archivos de Cirugía General y Digestivo. 2005. disponible <http://www.cirugest.com/revista/2005/17/2005-06-02.htm>
4. - Kowalski LD., Sexy JC. Timmins PF., Kanbour AL., Kunschner AJ. And Kanbour-Shakir A. Vaginal evisceration: presentation and management in postmenopausal women. J. Am Coll Surg.1996; 183:225 - 29.
- 5.-Bueno Lledo J. et.al.Evisceración Vaginal. Aportación de tres casos. Cir. Esp. 2002; 71(2): 89 - 91.
- 6.- Balasubramanian Oates S. Vaginal Evisceration. Br. J Hosp. Med.1996; 55 - 218
- 7.- López Olmos J. Histerectomías abdominales: Influencia del material de Sutura en la Cúpula Vaginal sobre la Frecuencia de Granulomas, Infecciones y Hematomas. Estudio Prospectivo. Clin. Invest. Gin. Obst.2000; 27(2):50 - 55.