

P-607 - EVISCERACIÓN ESTRANGULADA TRANSVAGINAL TARDÍA

Roldán Baños, Sara¹; Flores García, José Ángel¹; Domínguez Fernández, María del Henar²; Barzola Navarro, Ernesto J.³; García García, Alberto³; Galnares Jiménez-Placer, Alfonso¹; Galván Martín, José¹; Domínguez Martínez, José Ramón¹

¹Hospital de Zafra, Zafra; ²Hospital Universitario de Burgos, Burgos; ³Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

Resumen

Objetivos: Describir un caso de evisceración estrangulada transvaginal tardía tras histerectomía vaginal.

Caso clínico: Presentamos el caso de mujer de 62 años, broncópata, intervenida el año previo de histerectomía transvaginal y doble plastia (anterior y posterior) por cistocele grado III, prolapso uterino de grado II y rectocele de grado II. Refiere clínica sugestiva de prolapso de cúpula vaginal desde el postoperatorio inmediato y acude a urgencias con evisceración de intestino delgado, estrangulada, transvaginal. La paciente es sometida a cirugía urgente con reducción vaginal del intestino estrangulado y laparotomía media infraumbilical evidenciándose la recuperación de la viabilidad intestinal, no precisando resección quirúrgica. Se realiza cierre de orificio vaginal y pexia de la misma al promontorio, cerrando el suelo pélvico peritoneal. La evolución postoperatoria fue buena, con excelente continencia urinaria y fecal, sin eventración, sin cistocele y con leve rectocele grado I asintomático.



Discusión: La evisceración vaginal es una complicación rara y poco conocida, más frecuente en

mujeres posmenopáusicas y con cirugía vaginal previa (especialmente histerectomía vaginal, abdominal o laparoscópica, causando un acortamiento de los ligamentos redondos y anchos). También puede darse en premenopáusicas secundaria a traumatismos, iatrogenia o introducción de cuerpos extraños. Otros factores predisponentes son estado hipoestrogénico, mala técnica quirúrgica, infección o hematomas posquirúrgicos, coito antes de cicatrización completa, broncopatía, tabaquismo, edad avanzada, tratamiento crónico con corticosteroides y radioterapia. El íleon distal es el órgano más frecuentemente eviscerado, aunque se han descrito casos de epiplón, apéndice, trompas de Falopio y un caso de quiste de ovario. La cirugía urgente es precisa para reducir el intestino eviscerado, eventual resección de asas desvitalizadas y reparación del defecto vaginal usando puntos de material no absorbible o malla de polipropileno. El abordaje quirúrgico combinado (vaginal y abdominal) es el más adecuado en caso de sospecha de isquemia intestinal durante el cual debe repararse el suelo pélvico. El diagnóstico y tratamiento precoces son esenciales para evitar la morbimortalidad asociada. La realización de cirugías con técnica depurada y el tratamiento temprano de las disfunciones del suelo pélvico pueden evitar la aparición de esta complicación.