



P-406 - PERFORACIÓN DEL TABIQUE RECTOVAGINAL TRAS RELACIÓN SEXUAL CONSENTIDA ¿CÓMO LO REPARO?

Pérez Jiménez, Aida Elisa; Avellana Moreno, Rocío; Domínguez Serrano, Inmaculada; Dziakova, Jana; Romera Martínez, José Luis; García Fernández, Andrés; Torres García, Antonio José

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción: Las perforaciones agudas traumáticas del tabique rectovaginal son extremadamente raras, siendo motivo de discusión la realización de colostomía temporal en su manejo hasta la cicatrización de la misma. Presentamos el caso de una paciente intervenida de forma urgente por perforación traumática del tabique rectovaginal tras mantener relaciones sexuales anales.

Caso clínico: Nuestro caso se trata de una paciente mujer de 20 años de edad sin antecedentes personales de interés que acude a urgencias por sangrado rectovaginal abundante y dolor perineal tras mantener relaciones sexuales anales consentidas. A la exploración se evidencia una perforación aguda del tabique rectovaginal de unos 3 cm de diámetro con integridad del esfínter anal. En ese momento se decide exploración bajo anestesia de forma urgente siendo realizado un cierre primario por planos del defecto dado el escaso tiempo de evolución (2 horas) y el buen aspecto de los bordes. La paciente permaneció ingresada durante los primeros 6 días postoperatorios siendo dada de alta sin incidencia. En el seguimiento postoperatorio no se ha objetivado recidiva de la fistula, siendo reanudada la actividad sexual a los 2 meses del episodio.

Discusión: La perforación traumática del tabique rectovaginal es rara así como su reporte en la literatura científica. Esta entidad ha sido tratada clásicamente con cierre primario y colostomía con el fin de evitar el paso de heces por el defecto para una mejor cicatrización del mismo, con reconstrucción del tránsito posterior; lo que conlleva dos procedimientos quirúrgicos y un alto impacto en la calidad de vida de las pacientes, frecuentemente jóvenes. Por todo ello, evitar la colostomía está ganando popularidad entre los especialistas, postulando el cierre simple por planos con antibioterapia postoperatoria suficientes en el manejo de estas pacientes. Dada la evolución postoperatoria de nuestra paciente, podemos concluir que mediante cierre primario de la perforación traumática se podrían obtener buenos resultados en cuanto a cicatrización, evitando tanto la confección del estoma como el segundo procedimiento quirúrgico, siempre que los bordes estén viables y no exista un componente séptico local significativo.