

CASOS CLÍNICOS

Oclusión intestinal y pelviperitonitis: dos complicaciones atípicas de la conización por bisturí frío

A. Cubo, L.M. Jiménez-Losa, A. Tejerizo-García, S.P. González-Rodríguez, S. Belmonte,
M.A. Ruiz, R. Cardenal, E.M. Morán, J.L. Lanchares y L.C. Tejerizo-López

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

SUMMARY

Complications associated with cold-knife conization are mainly hemorrhage, genital and urinary infections. We present one case of accidental posterior colpotomy with Douglas pouch wound initially unnoticed at the time of the cold-knife conization, and secondarily complicated by an incarceration of the bowel loop in the vaginal wound and a pelviperitonitis.

INTRODUCCIÓN

La conización del cuello uterino, descrita por primera vez por Lisfranc en 1815, es una intervención sencilla, en la que se extirpa una porción cónica del ectocérvix y del endocérvix, con finalidades diagnósticas y terapéuticas¹. La conización del cérvix con bisturí frío consiste en la extirpación anular de una cuña cónica de tejido del cérvix uterino. Para ser considerada adecuada a los fines diagnósticos, la muestra quirúrgica debe incluir epitelio endocervical no afectado por encima de la lesión, así como ectocérvix no afectado por debajo y por fuera de cualquier lesión de la *portio*. La cantidad exacta de tejido que debe abarcar una muestra de este tipo variará con cada caso individual². Se trata, pues, de una técnica quirúrgica clásicamente utilizada en el tratamiento de las neoplasias intraepiteliales de alto grado. La conización con bisturí frío está gravada de una morbilidad no nula. Asociadas con las complicaciones más frecuentemente documentadas, que son las hemorragias y las infecciones genitourinarias³, se han observado otras complicaciones que aparecen más excepcionalmente, del tipo de infección pelviana u oclusión intestinal^{3,4}.

Aceptado para su publicación el 30 de mayo de 2003.

Aportamos la evolución clínica de un caso de colpotomía posterior accidental con perforación del fondo de saco de Douglas que inicialmente pasó inadvertida después de una conización con bisturí frío.

CASO CLÍNICO

Paciente de 27 años, madre de tres hijos, a la que se practica una conización con bisturí frío bajo anestesia local (xilocaína al 1% de adrenalina, inyectada en los cuatro cuadrantes cervicales) por una neoplasia intraepitelial de alto grado (CIN III), ascendente del endocérvidx. Una hemorragia peroperatoria revela una herida de la vagina y de la arteria cervicovaginal derecha, que se sutura permitiendo el control del sangrado. El examen anatomo-patológico de la pieza operatoria de 2,7 3 1,5 cm refleja un carcinoma malpigiano bien diferenciado de 1,5 cm de espesor, estando los límites de exéresis endocervical y exocervical libres de neoplasia.

Treinta y seis horas después de la conización, la paciente presentó un síndrome oclusivo, asociando dolores, hinchazón abdominal, vómitos y ausencia de expulsión de gases y materia fecal. Un examen realizado con espéculo puso de manifiesto una incarceración de un asa de intestino delgado en un orificio en el fondo de saco vaginal posterior y fondo de saco de Douglas de unos 3 cm. Se practicó una laparoscopia que permitió evidenciar un intestino delgado dilatado sin signos, en ese momento, de peritonitis, y permitió comprobar ausencia de herida digestiva. El asa digestiva incarcerada fue reintegrada en posición intraperitoneal después de asegurarse de su viabilidad y vitalidad. La herida del fondo de saco vaginal posterior fue suturada por vía vaginal bajo control laparoscópico y el proceso se completó con un lavado peritoneal. Se instauró un tratamiento antibiótico.

A las 24 h, aproximadamente, la paciente sufre una elevación de temperatura de 38,2 °C, acompañada de algias pélvicas difusas. Clínicamente, la exploración abdominal era dolorosa, pero sin defensa. El tacto vaginal era igualmente doloroso, sobre todo en la herida suturada, sin masa pélvica perceptible, y se detectó un flujo leucorreico marrón procedente de dicha herida y del cuello uterino. Se practicó ecografía pélvica que mostró un útero de tamaño y ecoestructura normales, ausencia de masas pélvicas y de empastamiento intraperitoneal. Se hizo una toma de flujo vaginal que fue positivo a *Enterobacter aerogenes* y a estreptococo del grupo D, en tanto que el examen citobacteriológico fue normal. A pesar de antibioterapia asociando ampicilina y clindamicina, la fiebre persistía y la intensidad de los dolores aumentaba.

Al día siguiente se exploró cuidadosamente y con espéculo la vagina, comprobando la reapertura de la herida del fondo de saco vaginal posterior, sin incarceración de asas intestinales. Nuevamente, bajo control laparoscópico, se cerró la herida, previa limpieza de la misma, y nuevamente se realizó lavado peritoneal. La laparoscopia no detectó una peritonitis clara, pero sí un cierto edema de algunas zonas del intestino delgado.

En el cuarto día del postoperatorio, ante la aparición de una evidente defensa abdominopelviana sin alteraciones digestivas asociadas, se decidió una exploración laparoscópica abdominopelviana para precisar el origen del proceso infeccioso, que permitió, en ese momento, establecer el diagnóstico de pelviperitonitis difusa sin fenómenos adherenciales amplios, asociada con una herida de unos 2 cm del fondo de saco vaginal posterior y el fondo de saco de Douglas. No se observó ninguna herida digestiva y el apéndice tenía aspecto sano. Se efectuó una limpieza peritoneal seguida de la instauración de un drenaje de Pelbé colocado en la herida o brecha del fondo de saco de Douglas. Se continuó con la antibioterapia, pero cambiando la ampicilina por gentamicina y penicilina.

La situación clínica fue mejorando paulatinamente y se retiró el drenaje al segundo día de su colocación. La paciente abandonó el servicio a los 8 días de su ingreso. Los exámenes periódicos posteriores han sido normales.

DISCUSIÓN

Las complicaciones «clásicas» de la conización por bisturí frío son las hemorragias y las infecciones, sobre todo genitourinarias^{1,3,5-7}. La extensa herida en la región del cuello cicatriza lentamente en el curso de 2-4 semanas. Se han descrito complicaciones mortales^{3,8-10}.

Igualmente se han descrito estenosis cervicales secundarias asociadas a un descenso de la fertilidad, a la aparición de hematometras, a dismenorreas y a un seguimiento colposcópico de la zona de unión difícil^{6,11,12}. Asimismo, igualmente se han documentado frecuentes apariciones de endometriosis cervical, de metaplasia tuboendometrioide¹³ y de partos prematuros^{14,15}. Se han descrito raros casos de absceso pélvico^{16,17} o celulitis pélvica^{2,18}.

Las complicaciones de la herida vaginal parecen excepcionales y no son privativas de las conizaciones por bisturí frío; se han comunicado fistulas vesicovaginales y rectovaginales después de la conización con asa eléctrica y con láser^{19,20}.

La frecuencia de las heridas vaginales con apertura peritoneal es difícil de apreciar por el hecho de su carácter excepcional²¹. Raynal y Lucas²¹ refieren que, sobre 131 conizaciones quirúrgicas con bisturí frío y 83 realizadas con asa diatérmica, en su servicio de ginecología de 1996 a 2000 –la elección del bisturí frío o del asa diatérmica ha sido dejada a la libre opción del operador, salvo para las conizaciones de volumen importante, que fueron realizadas con bisturí frío–, aportan un caso de oclusión intestinal subsiguiente a conización por bisturí frío (un 0,76% de las realizadas con bisturí frío y un 0,46% del total de conizaciones) y un caso de peritonitis también por bisturí frío (un 0,76 frente a un 0,46%).

El análisis y la revisión de la bibliografía permiten revelar, además de estos 2 casos de Raynal y Lucas²¹, 2 casos clínicos similares: uno de colpotomía posterior por bisturí frío con apertura del fondo de saco de Douglas cuyo diagnóstico fue inmediato, y en el que una laparoscopia permitió eliminar la existencia de una herida visceral asociada, con evolución favorable y rápida después de sutura de la herida vaginal, publicado por Duggan et al²², y otro caso de peritonitis después de conización con bisturí frío, que precisó una laparotomía 3 días después de dicha conización, documentado por Steinfeld y Haddock²³, quienes, en ausencia de herida visceral o peritoneal, concluyen que el caso se debió a una contaminación bacteriana intraperitoneal por vía vascular o linfática. El caso de peritonitis publicado por Raynal y Lucas²¹ fue consecuencia de una siembra de la cavidad peritoneal por el hecho de la apertura accidental del peritoneo, favorecida por el retraso en el diagnóstico de la complicación.

Una particularidad anatómica del cuello uterino del tipo de ausencia (borramiento) importante del relieve del fondo de saco cervicovaginal, una lesión cervical importante alta situada hacia el endocervix y un error en la técnica quirúrgica pueden favorecer las

heridas del fondo de saco de Douglas durante la conización²¹⁻²³. Raynal y Lucas²¹ explican, a título personal y como suposición, que los cuellos presentaban un relieve normal, por lo que una mala técnica asociada a una altura del cono probablemente excesiva (25 mm en el caso de la pelviperitonitis y 27 mm en la oclusión intestinal, con 7 y 15 mm de anchura, respectivamente) demostraría el origen de la colpotomía accidental.

Estos casos de pelviperitonitis y de incarceración de un asa intestinal con oclusión merecen dos reflexiones. En primer lugar, debemos ser conscientes y anticiparnos a posibles complicaciones ante toda maniobra quirúrgica, aunque sean simples y habituales. Así, ante cualquier conización parece importante efectuar un reconocimiento perfecto de la lesión para ver dónde se va a realizar y de los fondos de saco laterales, que será más táctil que visual, para saber dónde termina el cuello y dónde comienzan los fondos de saco. En segundo lugar, el reconocimiento de la herida en el fondo de saco de Douglas como origen de la peritonitis y de la oclusión intestinal. En consecuencia, la integridad de la vagina debería ser verificada en el curso de toda conización, y una herida vaginal o del fondo de saco de Douglas sugiere, ante la aparición de complicaciones, algunas tan atípicas como la peritonitis y la oclusión del intestino²¹⁻²³.

En situación de lesiones extensas que sobrepasan el endocervix, el cateterismo del cuello por un tallo de Hegar podría disminuir el riesgo de apertura o brecha del fondo de saco de Douglas. Este tallo, verdadero tutor protector²¹, debería permitir el reconocimiento del orificio endocervical, así como un mejor control de la maniobra quirúrgica. La punta del bisturí debe estar en permanente contacto con el tallo, y sólo el tejido cervical debe ser incidido, de tal forma que el fondo de saco vaginal posterior y el fondo de saco de Douglas queden protegidos.

EPÍLOGO

Una maniobra quirúrgica relativamente frecuente, como la conización, aparece no obstante asociada a complicaciones, la mayoría de las veces benignas y de rápida resolución, aunque excepcionalmente pueden ser más graves, como una peritonitis o una oclusión intestinal. La prevención de estas complicaciones rarísimas pasa por un reconocimiento previo táctil y visual de la lesión y de la configuración cervicovaginal, por considerar el tamaño de los conos cervicales que no debe ser inútilmente excesivo y por una verificación sistemática de la integridad vaginal al término de la intervención.

RESUMEN

Las complicaciones asociadas con las conizaciones por bisturí frío son, con mayor frecuencia, las hemorragias o las infecciones genitourinarias. Presentamos un caso de colpotomía posterior accidental con lesión del fondo de saco de Douglas, que pasó inicialmente inadvertida, en el curso de una conización con bisturí frío, y secundariamente complicado con incarceración de un asa intestinal en la herida vaginal y una pelviperitonitis.

BIBLIOGRAFÍA

1. González-Merlo J. Conización del cuello uterino. En: González-Merlo J, editor. Atlas de operaciones ginecológicas. Tomo I. Operaciones vaginales. Barcelona: Salvat, 1984; p. 95-109.
2. Stafl A. Neoplasia intraepitelial cervical. En: Thompson JD, Rock JA, editores. Te Linde. Ginecología Quirúrgica. 7.^a ed. Buenos Aires: Panamericana, 1993; p. 1028-44.
3. Beck L. Complicaciones del legrado y la conización. En: Beck L, editor. Complicaciones intra y postoperatorias en ginecología. Incluidas las urológicas e intestinales. Barcelona: Salvat, 1983; p. 85-8.
4. Chaman AD, Lee N. Factors that relate to complication of cone biopsy. Am J Obstet Gynecol 1974;120:124-8.
5. Ohel G. Complications of cone biopsy of the cervix. S Afr Med J 1981;59:382-3.
6. Dillon TF, Risk A. Lesiones benignas de cérvix, vagina y vulva. En: Schaeffer G, Gruber EA, editores. Complicaciones quirúrgicas en obstetricia y ginecología. Barcelona: Salvat, 1986; p. 325-37.
7. Moore EJ, Fitzpatrick CC, Coughlan BM, MacKenna PJ. Cone biopsy: a review of 112 cases. Ir Med J 1992;85:28-30.
8. Ober KG. Bötzelen HP. Technik, vor-und Nachtelle de konisation der Cervix uteri. Geburtsh Frauenheit 1959;19:105-10.
9. Kem G, Aslami E, Kem-Bethke E, Gräfin zu Eulenburg H. Folgen der Zervixkonisation. Geburtsh Frauenheit 1967;27: 879-83.
10. Egger H, Kinderman G, Michatzik K. Porticoabschabung und Zervixkürettage – Eine Alternative zur Konisation bei positiver Zytologie. Geburtsh Frauenheit 1975;35:913-8.
11. Luesley DM, McCrum A, Terry PB, Wade-Evans T, Nicholson HO, Mylotte MJ. Complications of cone biopsy related to the dimensions of the cone and the influence of prior colposcopic assessment. Br J Obstet Gynecol 1985;92: 158-64.
12. Matheuet P, Dargent D, Roy M, Bean G. A randomised prospective study comparing three techniques of conization: cold-knife, laser and LEEP. Gynecol Oncol 1994;54:175-9.
13. Ismail SM. Cone biopsy causes cervical endometriosis and tuboendometrial metaplasia. Histopathology 1991;18:107-14.
14. Kristensen J, Langhoff-Ross J, Wittrup M, Bock JE. Cervical conization and preterm delivery/ low birth weight. A systematic review of the literature. Acta Obstet Gynecol Scand 1993;72:640-4.

- | | |
|--|---|
| <p>15. El-Bastawissi AY, Becker TM, Daling JR. Effect of cervical carcinoma in situ and its management of pregnancy outcome. <i>Obstet Gynecol</i> 1999;93:207-12.</p> <p>16. Jones HW, Buller RE. The treatment of cervical intraepithelial neoplasia by cone biopsy. <i>Am J Obstet Gynecol</i> 1980; 137:882-6.</p> <p>17. Holt DG, Jacobs AJ, Scott JC, Ada GM. Diagnostic significance and sequelae of cone biopsy. <i>Am J Obstet Gynecol</i> 1982;143:312-5.</p> <p>18. Claman AD, Lee N. Factors that relate to complications of cone biopsy. <i>Am J Obstet Gynecol</i> 1974;120:124-8.</p> <p>19. Nwabineli NJ, Davis JA. Fistula injury to the bladder at repeat cone biopsy by laser. <i>Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol</i> 1992;28:245-6.</p> | <p>20. Krissi H, Levi T, Ben-Rafael Z, Levavi H. Fistula formation after large loop excision of the transformation zone in patients with cervical intraepithelial neoplasia. <i>Acta Obstet Gynecol Scand</i> 2001;80:1137-8.</p> <p>21. Raynal P, Lucas J. Pelvipéritonite et occlusion intertunale: deux complications atypiques de la conización au bistouri froid. <i>J Gynecol Obstet Biol Reprod</i> 2003;32:43-5.</p> <p>22. Duggan BD, Felix JC, Muderspach LI, Gebhart JA, Grosshen S, Morrow P, et al. Cold-knife conization versus conization by the loop electrosurgical excision procedure: a randomized, prospective study. <i>Am J Obstet Gynecol</i> 1999; 180:176-82.</p> <p>23. Steinfeld HS, Haddock JB. Case report. Peritonitis complicating cone biopsy on the cervix. <i>Md Med J</i> 1995;44:528-9.</p> |
|--|---|