



Figura 1 Imagen endoscópica de la segunda porción duodenal mostrando aplanamiento de pliegues y ulceraciones de aspecto necrótico.

desde segunda porción duodenal y hasta la introducción total del endoscopio en tercera porción, afectación continua de la mucosa con aplanamiento de pliegues, ausencia de motilidad, úlceras extensas y profundas con apariencia necrótica y hemorragia mucosa, todo ello indicativo de cambios isquémicos (fig. 1), tomándose muestras de biopsia. La paciente presenta mal estado general y el cuadro se complica con un episodio de neumonía por broncoaspiración, evolucionando desfavorablemente con descompensación de su enfermedad de base y falleciendo 48 h más tarde sin realizarse más pruebas diagnósticas para evaluación de vascularización abdominal ante el pronóstico fatal de la paciente. Las biopsias revelaron infiltración inflamatoria y proliferación de fibroblastos. Otras causas de duodenitis erosiva que pueden ocasionar una apariencia endoscópica semejante, como vasculitis, amiloidosis, enfermedades granulomatosas, ingestión de irritantes gástricos, alcohol o infiltración por linfoma fueron excluidos con la anamnesis y el estudio histológico. Por tanto, diagnosticamos el caso de duodenitis de origen isquémico.

Los cambios isquémicos en el duodeno son muy raros debido a la presencia de importante circulación colateral

que vasculariza este territorio². La existencia de este hallazgo tiene un pronóstico ominoso ya que determina ateromatosis severa de las arterias esplánicas abdominales con insuficiente circulación colateral³. El diagnóstico de isquemia mesentérica aguda no siempre es sencillo, al no presentar ningún hallazgo clínico ni analítico específico⁴, siendo fundamental un alto índice de sospecha para establecer un diagnóstico precoz. El dolor y distensión abdominal en pacientes ancianos con antecedentes personales de enfermedad cardiovascular suele ser una presentación común⁵. La manifestación como sangrado digestivo es infrecuente y los hallazgos endoscópicos de infarto intestinal pueden añadir un importante índice de sospecha⁶, como en nuestro caso, con signos evidentes de isquemia y necrosis.

Bibliografía

1. Seno H, Mikami S, Komatsu K, Kadota S, Yazumi S, Chiba T. Ischemic duodenitis. *Endoscopy*. 2005;37:91.
2. Okuyama Y, Kawakami T, Ito H, Otsuka H, Enoki Y, Nishimura M, et al. A case of ischemic duodenitis associated with superior mesenteric artery syndrome caused by an abdominal aortic aneurysm. *Case Rep Gastroenterol*. 2011;5:278–82.
3. Force T, MacDonald D, Eade OE, Doane C, Krawitt EL. Ischemic gastritis and duodenitis. *Dig Dis Sci*. 1980;25:307–10.
4. Debus ES, Müller-Hülsbeck S, Kölbelt T, Larena-Avellaneda A. Intestinal ischemia. *Int J Colorectal Dis*. 2011;26:1087–97.
5. Finucane PM, Arunachalam T, O'Dowd J, Pathy MS. Acute mesenteric infarction in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*. 1989;37:355–8.
6. Arroja B, Canhoto M, Gonçalves C, Silva F, Cotrim I, Vasconcelos H, et al. Acute mesenteric ischemia. *Rev Esp Enferm Dig*. 2010;102:327–8.

Noelia Alcaide^{a,*}, Lorena Sancho del Val^a, Pablo Bachiller-Luque^b y Manuel Pérez-Miranda^a

^a Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: noelialcaide@hotmail.com (N. Alcaide).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.07.002>

Evisceración espontánea del intestino delgado a través de la vagina

Spontaneous small bowel evisceration through the vagina

Sr. Director:

La evisceración espontánea a través de la vagina fue inicialmente descrita en 1907 por McGregor. Es una urgencia

que requiere de diagnóstico temprano y resolución quirúrgica inmediata¹. La tasa de mortalidad asociada es del 6%; sin embargo, la incidencia de la morbilidad es más alta cuando se produce la estrangulación del intestino a través del defecto vaginal².

Se trata de una paciente de 62 años que acudió a urgencias refiriendo dolor en la porción baja del abdomen acompañado de sangrado genital y protrusión de asas intestinales. La paciente tenía antecedente de histerectomía abdominal total sin complicaciones por enfermedad uterina benigna con corrección de prolapsos genital hacía 14 meses.



Figura 1 Evisceración del intestino delgado a través de vagina.

No existían antecedentes de traumatismo vaginal o relaciones sexuales. Durante el examen físico la paciente estaba en condiciones clínicas estables y se observó escaso sangrado genital y la presencia de aproximadamente 35 cm de intestino delgado eviscerado a través de la vagina (fig. 1). Se encontraba edematosa, congestiva y con movimientos peristálticos y fue cubierta con una compresa húmeda y tibia.

La paciente recibió laparotomía, en la cual se procedió a la colocación del íleo dentro del abdomen, observándose un defecto de 6 cm en la cúpula vaginal y pared vaginal posterior, sin evidencia de necrosis, con sangrado en muy escasa cantidad. Se realizó la corrección del defecto vaginal con puntos separados y reperitonización con puntos continuos con sutura reabsorbible, posterior fijación de epiplón sobre el área. El íleo prolapsado no fue resecado ya que se encontraba viable. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y a la paciente le fue dada el alta a los 6 días.

En las menopausias, la evisceración puede ocurrir, como el presente caso, en forma espontánea o, más frecuentemente, relacionada con un aumento de la presión intraabdominal, inducida por tos, esfuerzo al defecar, caídas, mala técnica quirúrgica, obesidad, desnutrición, tratamiento con radioterapia local, uso crónico de corticoides y traumatismo. Debido a la debilidad del tejido vaginal causado por la atrofia genital y enterocele, el riesgo de evisceración espontánea se incrementa en las menopausias, particularmente en aquellas mujeres con estreñimiento crónico y / o ulceraciones vaginales². Debido a que la vagina en la menopausia es fina, débil y tiene escasa vascularización, es más propensa a la rotura¹. También se ha demostrado que las infecciones postoperatorias de la cúpula vaginal después de la histerectomía contribuyen a la evisceración³.

Los grupos de riesgo para la evisceración de intestino delgado incluyen mujeres menopáusicas de edad avanzada, multiparas y las que han recibido histerectomías⁴. La incidencia general después de cualquier tipo de cirugía pélvica es del 4,93% para la histerectomía vaginal total, del 0,14% para la histerectomía laparoscópica total y del 0,12% para la histerectomía abdominal total⁵. En las menopausias, las roturas vaginales ocurren más comúnmente en la porción posterior¹. En el presente caso la causa de la evisceración fue probablemente el hecho que la paciente era menopáusica con antecedentes de histerectomía, a lo cual contribuye la debilidad del piso pélvico.

Los síntomas comunes son dolor pélvico o vaginal, sangrado vaginal y una tumoración que sale a través de la vagina, sensación de peso en la vagina o entre las piernas. El íleo terminal es la porción que más comúnmente se observa, aunque se ha descrito la presencia de epiplón, colon sigmoide y apéndice⁶. Los datos demuestran que el intervalo promedio entre la histerectomía y la evisceración es 6 meses, aunque se han reportado periodos de hasta 30 años⁷.

El manejo apropiado de la evisceración incluye la evaluación del intestino eviscerado y la reparación quirúrgica del defecto vaginal. La intervención inicial debe ser la irrigación de las asas intestinales usando solución salina tibia. Se deben colocar compresas estériles sobre el intestino eviscerado y la paciente colocada en Trendelenburg. Debido a la contaminación de las asas intestinales con la flora vaginal, se puede producir peritonitis en las pacientes que sufren la evisceración. Por lo tanto siempre se debe utilizar la antibióticoterapia profiláctica en estos casos. Si la paciente esta hemodinámicamente estable se debe realizar una radiografía simple de abdomen para descartar la presencia de cuerpos extraños⁴.

En casos donde el intestino eviscerado es viable y puede ser reducido a la cavidad peritoneal sin complicaciones, el cierre de la pared abdominal puede ser realizado por vía vaginal. En los casos en los que el abordaje no sea posible debido a que el intestino se encuentra atrapado o estrangulado al atravesar el defecto, se debe realizar la laparotomía, la cual es la vía más comúnmente utilizada en la literatura médica y fue la seleccionada en esta paciente, para encontrar el defecto, reducir el intestino al abdomen y resecar cualquier porción no viable del intestino⁸. La decisión de proceder a la reparación del defecto en la misma intervención o en una segunda intervención depende de la calidad y viabilidad de las estructuras. Algunos autores prefieren retrasar el tratamiento del enterocele a una segunda cirugía, generalmente con un reforzamiento de la pared vaginal con los ligamentos cardinales o útero-sacos o usando sacropelexia⁹.

Bibliografía

1. Muraoka M, Nagano H, Takagi K. Evisceration occurred 1 year after vaginal vault repair for relapsed pelvic organ prolapse. *J Obstet Gynaecol Res.* 2012;38:1028-31.

2. Woo KM, Linden JA, Lowenstein RA, Varghese JC, Burch MA. Subtle vaginal evisceration resulting in small bowel evisceration: a case report. *J Emerg Med*. 2012;43:e125-8.
 3. Nikolopoulos I, Khan H, Janakan G, Kerwat R. Laparoscopically assisted repair of vaginal evisceration after hysterectomy. *BMJ Case Rep*. 2013:2013.
 4. Patravali N, Kulkarni T. Bowel evisceration through the vaginal vault: a delayed complication following hysterectomy. *J Obstet Gynaecol*. 2007;27:211.
 5. Hur HC, Donnellan N, Mansuria S, Barber RE, Guido R, Lee T. Vaginal cuff dehiscence after different modes of hysterectomy. *Obstet Gynecol*. 2011;118:794-801.
 6. Bueno Lledó J, Serralta Serra A, Planells Roig M, Dobón Giménez F, Ibáñez Palacín F, López Baeza F, et al. Evisceración vaginal. Aportación de tres casos. *Cir Esp*. 2002;71:89-91.
 7. Velchuru VR, Munasinghe N, Tou S, Preston J. Vibrator in the peritoneal cavity: a case of post-hysterectomy vaginal vault evisceration. *J Obstet Gynaecol*. 2006;26:826-7.
 8. Parra RS, Rocha JJ, Feres O. Spontaneous transvaginal small bowel evisceration: a case report. *Clinics (Sao Paulo)*. 2010;65:559-61.
 9. Sánchez Hidalgo JM, Naranjo Torres A, Ciria Bru R, Gallardo Valverde JM, Rufián Peña S. Evisceración vaginal. *Cir Esp*. 2008;84:101-11.
- Eduardo Reyna-Villasmil*, Ismael Suarez-Torres,
María Labarca-Acosta y Duly Torres-Cepeda
- Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Central Dr. Urquinaona, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela*
- * Autor para correspondencia.
Correo electrónico: sippenbauch@gmail.com
(E. Reyna-Villasmil).
- <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.07.007>