

Evisceración del intestino delgado estrangulado en una anciana con douglascele

Bejerano García, Ramiro Julio

Evisceración del intestino delgado estrangulado en una anciana con douglascele

MEDISAN, vol. 24, núm. 5, 2020

Centro Provincial de Ciencias Médicas

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368464850011>

Evisceración del intestino delgado estrangulado en una anciana con douglascele

Evisceration of the impacted small bowel in an elderly with douglascele

Ramiro Julio Bejerano García ^{1*}

Instituto Superior de Ciencias Médicas Santiago de Cuba, Cuba

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3224-6796>

MEDISAN, vol. 24, núm. 5, 2020

Centro Provincial de Ciencias Médicas

Recepción: 18 Diciembre 2019
Aprobación: 27 Julio 2020

CC BY-NC

RESUMEN: Se presenta el caso clínico de una anciana de 86 años de edad con evisceración del intestino delgado a través del periné. Se efectuó la exploración quirúrgica urgente del abdomen y se observó la perforación del fondo del saco de Douglas y la salida de 50 cm de intestino delgado estrangulado, de manera que se realizó la resección intestinal de todo el segmento afectado y anastomosis termino-terminal. Luego se reparó el defecto del fondo del saco de Douglas con una plastia perineal, para lo cual se utilizó una malla de polipropileno. Este proceder es una buena alternativa para el tratamiento quirúrgico en quienes presentan hernias perineales, pues permite un cierre mejor, disecar el saco herniario y reducirlo adecuadamente.

Palabras clave: anciana, evisceración, hernia perineal, fondo del saco de Douglas, douglascele, plastia perineal, diafragma pélvico.

ABSTRACT: The case report of a 86 years elderly is presented with evisceration of the small bowel through the perineum. The urgent surgical exploration of the abdomen was carried out and it was observed the perforation of the Douglas pouch and the 50 cm prominence of impacted small bowel, so that the bowel resection of the whole affected segment and end to end anastomosis was carried out. Then the Douglas pouch defect was repaired with a perineal plasty, for which a polypropylene mesh was used. This procedure is a good alternative for the surgical treatment in those who present perineal hernias, because it allows a better closing, to dissect the hernial sack and to reduce it appropriately.

Key words: elderly, evisceration, perineal hernia, Douglas pouch, douglascele, perinealplasty, pelvic diaphragm.

Introducción

El douglascele o hernia interrectovaginal, se caracteriza por la protrusión del peritoneo del fondo del saco de Douglas y del contenido intestinal (colon sigmoideo o intestino delgado), a través del espacio interrectovaginal, al existir patológicamente dicho espacio en mayor o menor extensión.

Según se plantea, en 1736 De Garengeot describió el primer caso de hernia perineal primaria verdadera y en 1821 Scarpa informó un caso de estrangulación intestinal en una hernia perineal. Más tarde, en 1938, Hall recopiló 83 casos publicados en la bibliografía mundial.

Esta enfermedad se desarrolla entre los 40 y 60 años de edad, sobre todo en las mujeres (con proporción de 5:1 con respecto a los hombres), por presentar mayor amplitud en la pelvis y asociada, además, con antecedentes de multiparidad, partos distócicos y operaciones en el suelo pélvico; también se relaciona frecuentemente con otros padecimientos, tales como cistocele y prolapsos uterino, vaginal y rectal, por citar algunos. Otros factores predisponentes son la obesidad y los esfuerzos mantenidos, observados, en ocasiones, después de la amputación abdominoperineal del recto.¹⁾

Por otra parte, esta enfermedad es muy rara en la infancia y se ha planteado que un fallo en la regresión del peritoneo del fondo del saco en la vida embrionaria, luego predispone a la formación de este tipo de hernia.²⁾

Clínicamente se caracteriza por sensación de urgencia para la defecar, defecación obstruida, disquesia, molestia abdominal, sensación de ocupación rectovaginal y, en ocasiones, crisis suboclusivas autolimitadas, por lo que suele confundirse con otras afectaciones del suelo pélvico, principalmente con el prolapso oculto de recto, con el cual se asocia muchas veces. Las técnicas usadas tradicionalmente por vía abdominal (*Moschkowitz*) o perineal (resección del saco de Douglas y levatorplastia), generalmente tienen recidivas, al tratarse de pacientes en las cuales el suelo pélvico contiene unos tejidos músculo-aponeuróticos atróficos. Debido a esto, hoy día se utilizan más las plastias con mallas de polipropileno para fortalecer estos tejidos.³⁾

La hernia douglascele es una afección muy infrecuente, poco descrita en la bibliografía nacional e internacional, que requiere de un diagnóstico precoz para evitar las molestias y complicaciones que puede ocasionar esta condición. Por tal motivo el autor se propuso compartir sus hallazgos como un aporte más a la literatura científica en general.

Caso clínico

Se presenta el caso clínico de una anciana de 86 años de edad, con antecedentes de salud aparente, múltipara (todos los partos eutócicos), que fue llevada al cuerpo de guardia del Hospital Clínicoquirúrgico Docente Ambrosio Grillo Portuondo porque observaba la salida de una gran porción del intestino delgado a través del periné, entre la vulva y el ano, por lo que se procedió a verificar lo anterior y se comprobó que se trataba de unos 50 cm de íleon con cambios evidentes de coloración.

Al examen físico se observó mucosas hipocoloreadas y húmedas, aparatos respiratorio y cardiovascular sin alteraciones, así como abdomen doloroso en hipogastrio, sin reacción peritoneal y contractura.

Durante la exploración ginecológica se constató leucorrea blanquecina, sin tumor vaginal y útero atrófico; mientras que en el examen rectal no se encontraron alteraciones. En la región perineal entre la vagina y el ano se halló un agujero de 3 cm aproximadamente, ocupado por el íleon, con unos 50 cm de afectación vascular irreversible (Fig. 1).



Fig. 1

Orificio de salida en el periné, entre la vagina y el ano

Mediante los resultados de los exámenes complementarios se comprobó que la paciente presentaba anemia ligera, leucograma normal, así como reforzamiento hiliar bilateral y bloqueo de rama izquierda, estos últimos observados a través de la radiografía de tórax y el electrocardiograma, respectivamente.

Con ese cuadro clínico se decidió operarla de urgencia y durante el acto quirúrgico se encontró un orificio herniario de 3 cm aproximadamente en el fondo del saco de Douglas. Este se encontraba muy dilatado por la gran debilidad del tejido y con un prolapso de una parte del íleon estrangulado. Una vez liberado y reducido el intestino se pudo ver el útero, los anejos y la vagina por delante y el recto por detrás, de manera que se efectuó la resección intestinal de la parte estrangulada y la anastomosis termino-terminal (Fig. 2). Luego se procedió al cierre del anillo herniario con una plastia, para lo cual se utilizó malla de polipropileno (Fig. 3).

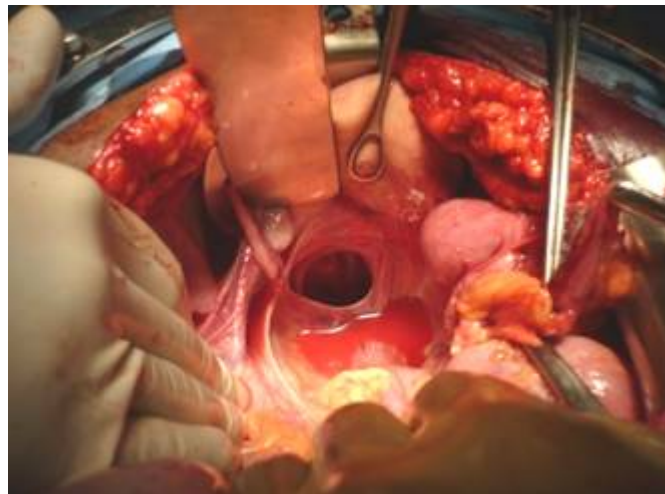


Fig. 2

Orificio herniario en el fondo de saco de Douglas, con gran profundidad y dilatación



Fig. 3
Plastia del anillo herniario

La paciente evolucionó favorablemente, a pesar de su edad avanzada y de los graves hallazgos quirúrgicos encontrados durante la exploración abdominal. Recibió el alta médica a los 10 días posteriores a la intervención quirúrgica, sin complicaciones posoperatorias mediatas.

Comentarios

El suelo pélvico representa la unidad neuromuscular que aporta el soporte y el control funcional de las vísceras pélvicas y es el que sostiene los órganos de la parte baja del abdomen. De su correcta conservación anatómica depende un buen desarrollo de su función y, por tanto, su integridad, tanto anatómica como funcional, es la clave de algunas de las funciones básicas de la vida, tales como el almacenamiento y la evacuación de la orina y las heces fecales, el soporte de los órganos pélvicos y la función sexual.

La disfunción del suelo pélvico puede provocar debilidad y dar lugar a incontinencia de esfuerzo, incontinencia fecal y prolapso de los órganos pélvicos. Los músculos de la pelvis lo conforman la fascia endopélvica (suspensión y estabilidad), el diafragma pelviano (sostén) y el diafragma urogenital.

Investigaciones anatómicas recientes han demostrado que el tejido conectivo retroperitoneal, el peritoneo pelviano, la fascia endopélvica y los paquetes neurovasculares conforman una malla tridimensional que en su totalidad constituyen un mecanismo de soporte elástico.⁴

La hernia perineal es la protrusión de vísceras pélvicas, intraabdominales o grasa a través de un defecto en la musculatura y fascias del piso pélvico. Se clasifican en primarias y secundarias. Las primarias resultan de un defecto congénito o adquirido entre la fascia y los músculos que forman el piso pélvico.

Los defectos adquiridos son mucho más comunes y frecuentemente resultan de parto por vía vaginal, envejecimiento, obesidad y estreñimiento crónico. También se dividen en 2 tipos: anterior y posterior. La clasificación se basa en la posición de la hernia en

relación con los músculos perineales superficiales. El defecto pasa a través del diafragma urogenital en la hernia anterior, que se fija medialmente por los músculos bulbocavernosos; lateralmente, por los músculos isquiocavernosos y, posteriormente, por los músculos perineales superficiales. Las hernias perineales posteriores protruyen a través de los músculos elevadores del ano o entre el elevador del ano y los músculos coccígeos en un plano posterior a los músculos perineales transversos superficiales.⁵

Los factores predisponentes para el prolapso intestinal, a través del fondo del saco de Douglas, son la malnutrición, levantar grandes pesos, los problemas respiratorios crónicos, la obesidad y el estreñimiento crónico.

Entre los factores congénitos están la anomalía autosómica dominante (anormalidad intrínseca del colágeno) y como factores traumáticos figuran el embarazo, el parto, el coito, los traumas directos (agresión, accidente) y los traumas indirectos (fractura de pelvis).⁶

Por su parte, los factores hormonales (climaterio) aumentan la lordosis lumbar y la cifosis dorsal por relajación de los músculos extensores de la columna, así como por relajación y atrofia de los músculos de las paredes abdominales; igualmente, disminuye la división celular que lleva a la reducción y adelgazamiento de los ligamentos, las fascias y los músculos responsables. Las arterias se van obstruyendo por calcificación y la irrigación músculo-fascial disminuye, por lo que se va perdiendo el tono y la capacidad contráctil de los músculos. Además, la tendencia a la obesidad aumenta la presión intraabdominal. El saco del douglascele, que está compuesto de peritoneo y fascia rectovaginal, se rompe debido a la pérdida de la resistencia y ello conduce a la evisceración.^{2,7}

El defecto en los músculos del diafragma pélvico se repara con sutura con los tejidos autógenos o con mallas sintéticas. El uso de materiales protésicos para estos surgió ante la necesidad de contar con procedimientos sencillos que permitieran aumentar la resistencia de los tejidos y evitar la tensión en las estructuras vecinas al defecto herniario. La colocación de mallas puede realizarse por vía abdominal o perineal y estas son sintéticas o biológicas. También se ha utilizado, con resultados satisfactorios, la cirugía mínima invasiva, que consiste en la colocación de mallas mediante videolaparoscopia.^{8,9}

La hernia douglascele es una afección muy infrecuente, apenas descrita en la bibliografía consultada, que requiere de un diagnóstico precoz para evitar las molestias y complicaciones que puede ocasionar esta condición. Actualmente realizar un tratamiento eficaz y definitivo mediante las nuevas modalidades que ofrece la cirugía protésica videolaparoscópica constituye una excelente opción.

Referencias bibliográficas

1. Sánchez Brizuela JA, Batista González G, Hernández Julbec JA. Hernia perineal posterior primaria. Presentación de un caso. AMC. 2018 [citado 25/01/2018]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

2. Caballero F, Gamarra R. Hernia perineal. A propósito de 1 caso: revisión del tema. Rev Colombiana Cir. 1995 [citado 25/10/2019];10(1). Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/cirugia/vc-101/hernia-perineal/>
3. Méndez Ibarra JU, Mora Sevilla JM, Evaristo Méndez G. Hernia perineal posterior primaria asociada a dolicocolon. Cir Cir. 2017 [citado 25/10/2019]; 85(2). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cirujanos-139-pdf-S0009741116000098>
4. Ramírez JV. Distopias del aparato genital. Incontinencia urinaria. En: Ginecología. Tema 12 [citado 25/10/2019]. Disponible en: <https://www.uv.es/jvramire/apuntes/passats/ginecologia/TEMA%20G-12.pdf>
5. Rodríguez Wong U. Hernia perineal posterior primaria. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Cir Cir. 2014 [citado 25/10/2017]; 82(1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=48478>
6. Descouvieres C. Piso pélvico femenino. Rev Chil Urol. 2015 [citado 07/12/2019];80(2). Disponible en: https://www.revistachilenadeurologia.cl/urolchi/wp-content/uploads/2015/06/Ed_02_2015-03_Piso_Pelvi co_Femenino.pdf
7. Palumbo VD, Di Trapani B, Molinelli B, Tomasini S, Bruno A, Tomasello G. The saxophonist's hernia: a rare case report of anterior primary perineal hernia in a young male patient. Clin Ter. 2017 [citado 22/11/2019];168(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28383625/>
8. Tomohiro K, Tsurita G, Yazawa K, Shinozaki M. Ileal strangulation by a secondary perineal hernia after laparoscopic abdominoperineal rectal resection: a case report. Int J Surg Case Rep. 2017 [citado 22/11/2019];33. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28292663>
9. Allen SK, Schwab K, Day D, Singh-Ranger D, Rockall TA. Laparoscopic repair of postoperative perineal hernia using a two-mesh technique. Colorectal Dis. 2015 [citado 22/11/2017];17(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25523927/>

Notas de autor

Conflicto de intereses
El autor no declara conflicto de intereses

Contribución
Ramiro Julio Bejerano García: Definió el tema, realizó el diseño metodológico, la redacción del manuscrito, así como también hizo la búsqueda bibliográfica y aprobó el informe final (100 % de contribución).

*

Autor para la correspondencia. Correo electrónico:
ramiro.bejerano@infomed.sld.cu