

CASO CLÍNICO

Peritonitis secundaria a perforación intestinal tras miomectomía histeroscópica

L. Nieto Serradilla¹, M. A. Gómez Ríos²

¹Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

²Servicio de Anestesiología y Reanimación. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Nieto Serradilla L, Gómez Ríos MA. Peritonitis secundaria a perforación intestinal tras miomectomía histeroscópica. *Cir May Amb* 2011; 16: 43-44.

INTRODUCCIÓN

La histeroscopia se ha convertido, en los últimos años, en una de las técnicas más importantes para la valoración de la patología intrauterina, no sólo como herramienta diagnóstica sino terapéutica de diferentes patologías benignas, como la exéresis de pólipos endometriales, miomas submucosos, tabiques y sinequias uterinas así como otros procedimientos quirúrgicos como la esterilización o la ablación endometrial (1,2).

La histeroscopia operatoria o quirúrgica se ha asociado a un menor tiempo quirúrgico, una recuperación postoperatoria precoz, así como a una menor morbilidad si se compara con la histerectomía realizada por vía abdominal (3). En general se considera una técnica segura, con una baja incidencia de complicaciones (0,28-3,95%) (1,4), lo que ha permitido su realización en régimen ambulatorio; sin embargo existen potenciales eventos adversos que pueden ocurrir durante o tras el procedimiento y que tanto el ginecólogo como anestesiólogo deben conocer. Las principales son la perforación uterina, la hemorragia masiva y la hiperhidratación hipotónica (5). Un reconocimiento temprano así como un manejo apropiado de las mismas son esenciales para disminuir la morbimortalidad derivada.

Recibido: 11-11-2010
Aceptado: 09-12-2010.

Correspondencia: Laura Nieto Serradilla. C/ Pizarro, 22. 36204 Vigo, Pontevedra. e-mail: lauraserradilla@hotmail.com

CASO CLÍNICO

Mujer de 42 años, secundípara, sin antecedentes de interés, acude a nuestras consultas por menorragias de repetición y sensación de astenia. A la exploración se aprecia el útero ligeramente aumentado de tamaño y la ecografía transvaginal muestra un útero en retroflexión de 13 x 6 cm con 2 miomas, uno submucoso de 3 cm en fondo y otro intramural de 2 cm en cara anterior. Ambos ovarios son de tamaño y morfología normal existiendo una mínima cantidad de líquido libre en fondo de saco de Douglas. Se solicita una analítica completa objetivándose anemia microcítica e hipocrómica con 8,1 g/dl de hemoglobina, 22,4% de hematocrito.

Ante este escenario, se le propuso a la paciente realizar una resección del mioma submucoso por histeroscopia. Tras proporcionar una información completa, ésta expresó su conformidad firmando el consentimiento informado, por lo que se procedió al estudio preoperatorio.

Tras una valoración preanestésica satisfactoria el procedimiento se realizó mediante una óptica de 12 grados de 4 mm de diámetro, rígida, un resectoscopio con camisa de doble vía, una bomba irrigadora-aspiradora de presión y flujo y glicina al 1,5%, como medio de distensión.

Bajo anestesia intradural se realizó dilatación del cérvix uterino con tallos de Hegar hasta número 10, se introdujo el resectoscopio sin dificultad y tras visualizar en su totalidad la cavidad uterina se procedió a la resección del mioma de la cara posterior. Tras extirpar el 95% de su volumen se produjo una pérdida de presión brusca, advirtiéndose una perforación de aproximadamente 0,5 mm en el fondo uterino. Se extrajo rápidamente el histeroscopio y se procedió al ingreso de la paciente para realizar antibioterapia profiláctica y control clínico y analítico.

A las 24 horas del ingreso la paciente presentó mal estado general, temperatura de 38,5 °C y la analítica mostró una importante leucocitosis con desviación izquierda. A la exploración, el abdomen estaba distendido y doloroso a la palpación. Ante la sospecha de perforación intestinal se decidió realizar una laparotomía exploradora objetivándose abundante líquido libre en cavidad peritoneal y una perforación de 0,5 cm a nivel de sigma, practicándose una exéresis del tramo dañado y colostomía de descarga.

Tras la intervención la paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta 10 días después, manteniendo el seguimiento por parte del servicio de cirugía.

DISCUSIÓN

Las técnicas quirúrgicas histeroscópicas presentan ventajas con respecto a la cirugía abierta convencional. Se asocian a menor tiempo quirúrgico, menores complicaciones, menores requerimientos analgésicos, más rápida incorporación a la actividad normal y una reducción de los costes sanitarios de al menos el 50% (6). Sin embargo, este tipo de procedimientos no están exentos de riesgo; es más, aunque los índices de mortalidad son muy bajos, se han descrito fallecimientos relacionados directamente con el procedimiento histeroscópico (7). Por ello, es necesario un examen perioperatorio meticuloso para detectar factores de riesgo o la presencia de signos y síntomas que alerten de posibles eventos indeseables.

Las complicaciones intraoperatorias más frecuentes de la histeroscopia son la perforación uterina, hiperhidratación hipotónica, y la hemorragia (1,3-7). La incidencia de cada una difiere en diferentes estudios (Tabla I).

TABLA I

COMPLICACIONES DE LA HISTEROSCOPIA QUIRÚRGICA

Autor	n	Perforación (%)	Sangrado (%)	Hiperhidratación hipotónica (%)
Scottish Hysteroscopy				
Audit Group 1995	978	1,1	3,6	6
O'Connor y Magos 1996	525	2,0	0,6	4,0
MISTLETOE 1997	10.868	1,5	2,4	1,9
Jansen y cols. 2000	2.515	1,3	0,16	0,2

La perforación uterina se asocia más a determinadas técnicas como la adhesiolisis, resección endometrial y la miomectomía (7,8) y se produce más frecuentemente en los cuernos y el fondo uterino (5). Habitualmente se manifiesta por una pérdida repentina de presión de distensión que dificulta o impide por completo continuar con el proceso (1,3). La clínica en el postoperatorio va a depender de si se ha producido lesión de estructuras vecinas, debido a infección o sangrado derivados.

Una vez realizado el diagnóstico, el manejo va a depender del tamaño, la localización y de si ha existido lesión de estructuras vecinas, (vasculares, vesicales o intestinales). Esto tiene particular importancia cuando se ha utilizado una fuente de energía durante el procedimiento. Algunos autores (3) recomiendan en esta situación, una laparoscopia exploradora de la cavidad abdominal; otros (9), sin embargo, afirman que es posible mantener una actitud expectante con ingreso hospitalario y antibioterapia de amplio espectro, si la paciente permanece estable.

Con respecto a la actitud ante lesiones intestinales durante procedimientos histeroscópicos, la bibliografía es limitada, aunque existe consenso en que el reconocimiento temprano es esencial para minimizar las posibles consecuencias, entre ellas la más importante, la peritonitis secundaria (10,11).

Diferentes estudios han encontrado que la morbimortalidad asociada a la infección así como la estancia hospitalaria es la misma tanto si se realiza una sutura primaria del intestino como una colostomía (11,12). Los predictores de buen pronóstico incluyen mínimo daño de la pared del colon, condiciones preoperatorias estables y mínima contaminación fecal intraperitoneal (11,13). El lavado de la cavidad de manera profusa reduce el riesgo de infección.

En nuestro caso, dado el pequeño tamaño de perforación uterina, el diagnóstico inmediato y la estabilidad clínica de la paciente, se optó por una actitud expectante con vigilancia estricta. Cuando la reparación intestinal fue necesaria, se decidió realizar una colostomía ya que la paciente presentaba una quemadura importante en la pared intestinal y una cantidad moderada de material fecaloideo en cavidad.

Hoy en día las ventajas de la cirugía mayor ambulatoria son incuestionables; sin embargo debemos tener presente que procedimientos que aparentemente no revisten la complejidad de aquellos realizados en régimen de ingreso hospitalario, también pueden asociarse a complicaciones. La histeroscopia quirúrgica ambulatoria no elude este contexto. Se trata de un procedimiento seguro y efectivo, pero no está exento de riesgos. El diagnóstico intraoperatorio de la perforación uterina es clave para evitar la lesión de estructuras vecinas ya que, aunque ocurre con una baja incidencia, empeora sustancialmente el pronóstico.

El ginecólogo y el anestesiólogo juegan un papel esencial en el diagnóstico temprano de estas complicaciones, contribuyendo así a minimizar consecuencias que podrían llegar a ser desastrosas.

BIBLIOGRAFÍA

- Munro MG. Complications of hysteroscopic and uterine resectoscopic surgery. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2010; 37(3): 399-42.
- Bakour SH, Jones SE, O'Donovan P. Ambulatory hysteroscopy: evidence-based guide to diagnosis and therapy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2006; 20(6): 953-75.
- Mushambi MC, Williamson K. Anaesthetic considerations for hysteroscopic surgery. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2002; 16(1): 35-52.
- Isaacson KB. Complications of hysteroscopy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1999; 26(1): 39-51.
- Hucke J. Complicaciones de la histeroscopia. En: Keckstein J, Hucke J, editores. *Cirugía laparoscópica en ginecología*. España:Panamericana; 2003.p. 359-76.
- Hidlebaugh DA. Cost and quality-of-life issues associated with different surgical therapies for the treatment of abnormal uterine bleeding. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2000; 27(2): 451-65.
- Shveiky D, Rojansky N, Revel A, Benshushan A, Laufer N, Shushan AJ. Complications of hysteroscopic surgery: "Beyond the learning curve". *Minim Invasive Gynecol* 2007; 14(2): 218-2.
- Jansen FW, Vredevoogd CB, van Ulzen K, Hermans J, Trimbois JB, Trimbois-Kemper TC. Complications of hysteroscopy: a prospective, multicenter study. *Obstet Gynecol* 2000; 96(2): 266-70.
- Istre O. Managing bleeding, fluid absorption and uterine perforation at hysteroscopy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2009; 23(5): 619-29.
- Agostini A, Cravello L, Bretelle F, Shojai R, Roger V, Blanc B. Risk of uterine perforation during hysteroscopic surgery. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2002; 9(3): 264-7.
- Sullivan B, Kenney P, Seibel M. Hysteroscopic resection of fibroid with thermal injury to sigmoid. *Obstet Gynecol* 1992; 80(3): 546-7.
- Ridgeway CA, Frame SB, Rice JC, Timberlake GA, McSwain NE Jr, Kerstein MD. Primary repair vs. colostomy for the treatment of penetrating colon injuries *Dis Colon Rectum* 1989; 32(12): 1046-9.
- Huber PJ Jr, Thal ER. Management of colon injuries. *Surg Clin North Am* 1990; 70(3): 561-73.