

Revista de la Facultad de Medicina

Volumen
Volume **47**

Número
Number **5**

Septiembre-Octubre
September-October **2004**

Artículo:

Enterocele. Revisión de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Facultad de Medicina, UNAM

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.medigraphic.com

Caso clínico

Enterocecele. Revisión de un caso

Jorge Zepeda Zaragoza,¹ Ismael Madrigal García,¹ Efrén Naranjo Ramírez,¹ Juan Manuel Franklin Aguilar¹¹ Ginecología y Obstetricia del Hospital Central Norte de PEMEX.

Femenino de 70 años que inicia su padecimiento hace 5 años con tumoración en labio mayor izquierdo de la vulva y pared vaginal de aproximadamente 10 x 5 centímetros de consistencia sólida crepitante en su parte interna y blanda en su parte externa.

Antecedentes personales no patológicos: Originaria de Veracruz, con alcoholismo social.

Antecedentes personales patológicos: Cesárea, corrección de hernia umbilical, histerectomía total abdominal hace 15 años por prolapso genital. Diabética de 12 años de evolución en control, obesa.

Antecedentes gineco-obstétricos: Menarca a los 14 años, ritmo de 30 x 3 eumenorreica, sin método de planificación familiar, Papanicolaou hace 1 año negativo a cáncer, niega patología mamaria, gesta VII para VI cesárea I.

Se decide intervención quirúrgica para resección de tumoración vulvar, como hallazgo transoperatorio, se encuentra un saco herniario de intestino y epiplón, se reduce defecto y se procede a cerrar pared vaginal, en un segundo tiempo quirúrgico se realiza abordaje abdominal, con técnica de Shirodkar para reducción del defecto herniario. Se toma biopsia de epiplón con reporte de patología sin datos de malignidad, evolución posoperatoria satisfactoria; egresa la paciente sin complicaciones.

Discusión

El enterocecele es una hernia del intestino delgado a través de un defecto de la fascia endopélvica, que coloca al peritoneo en contacto directo con la mucosa vaginal el cual se clasifica en 4 tipos: congénito, tracción, pulsión, iatrogénico.^{5,2}

El enterocecele congénito es el resultado de la falta de fusión o reapertura del peritoneo, de tal forma que el fondo de saco lleno de intestino puede extenderse por disección a todo el cuerpo perineal. Cuando coexisten un rectocecele, enterocecele y cistocele además de eversion de cúpula vaginal, el cuadro se puede caracterizar por un **descenso por tracción** de la cúpula, en esta situación, esta última, puede ser llevada hacia abajo como consecuencia final de la debilidad y laxitud de los tejidos en forma general.⁵

El enterocecele por pulsión probablemente la cúpula es prolapada por aumentos crónicos de la presión intraabdominal,

tal como se presenta en las pacientes con enfermedades crónicas como asma, enfisema, ascitis, así también en enfermedades crónicas varias del sistema respiratorio, **el enterocecele iatrogénico** ocurre posterior a realización de procedimientos quirúrgicos, como colposuspensión de Burch, uretropexia con aguja tipo Pereyra o poshisterectomía con defecto al cierre del fondo de saco de Douglas. En pacientes poshisterectomizadas, el enterocecele puede ser anterior, posterior o a nivel del ápice vaginal, siendo el enterocecele apical el más frecuente; esto sucede cuando la fascia pubocervical y la fascia rectovaginal se separan a este nivel, con protrusión del contenido intraabdominal, entre estas dos estructuras.⁵

La literatura actual refiere diferentes tipos de reparación de este defecto herniario dependiendo el tipo de enterocecele, la edad, la actividad sexual y se acompaña de algún otro defecto de la estática pélvica; como la operación de Manchester con reducción del enterocecele con fijación anterior y posterior; la cervicopexia de Shirodkar para cierre del orificio herniario con abordaje abdominal; la fijación con técnica de Moschcowitz y aplicación de banda sintética; la culdoplastia de McCall se utiliza para la suspensión de la vagina.^{2,4,9}

La paciente cursó con un enterocecele apical vaginal, posterior a realización de histerectomía, con cirugía correctiva del prolapso, desarrollándose el enterocecele cuando no se identificó la hernia por vía abdominal para corrección del saco herniario.

Los diagnósticos diferenciales eran quiste de Gartner, pero su localización es el tercio superior de vagina *versus* quiste del canal de Nuck.

Referencias

1. Bump R, Norton P. Datos epidemiológicos y evolución natural de la disfunción del piso pélvico. Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales 1998; 4: 688-690.
2. Brubaker L. Valoración inicial: historia de las mujeres con problemas del piso pélvico. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. 1998; 3: 624.
3. Smith A, Hosker GL, Warrell DWN. The role of partial denervation of the pelvic floor in the etiology of genitourinary prolapse and stress incontinence of urine: A neurophysiological study. Br J Obstet Gynecol 1989; 96: 24. Citado por Gill E. Glenn W. Fisiopatología del prolapso de órganos pélvicos. Temas actuales 1998; 4: 724-725.

4. Telinde R, Mattingly R, Thompson J. Prolapso de órganos pélvicos. Ginecología Quirúrgica. 8ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana: 1998: 975.
5. Weidner A, Low V. Estudios de imagen del piso pélvico. Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. 1998: 4: 787-808.
6. Karram M. High uterosacral vaginal vault suspension with fascial reconstruction for vaginal repair of enterocele and vaginal vault prolapse. Am J Obstet Gynecol 2001; 185; 6: 1342-3.
7. Carter JE, Winter M. Repair of enterocele and vault prolapse: transvaginal culdosuspension. Tech Urol 2002; 7: 156-51.
8. Tukilangas PK, Walters MD. Enterocel: is there a histologic defect. Obstet Gynecol 2001; 98: 634-7.
9. Kaser, Hirsch, Ikle. Cirugía vaginal en prolapso pélvico. Atlas de Cirugía Ginecológica. 2ª. Ed. Madrid, España. Editorial MARBA: 2000: 277-279.