

Prolapso tubario poshisterectomía. Un caso raro de iatrogenia

Drs. Itic Zighelboim, Saúl Kízer, Luis Gonzalo Gómez, Harold Essensfeld

Hospital Privado Centro Médico de Caracas y Policlínica La Arboleda

RESUMEN: Se describe un caso de prolapso de ampolla tubárica a cúpula vaginal poshisterectomía que ocasionó flujo y dispareunia.

Palabras clave: Prolapso de ampolla tubaria. Histerectomía. Flujo. Dispareunia. Iatrogenia.

SUMMARY: A case report of fallopian tube ampulla vaginal prolapsed after abdominal hysterectomy that caused vaginal discharge and dyspareunia.

Key words: Fallopian tube ampulla vaginal prolaps. Hysterectomy. Vaginal discharge. Dyspareunia. Iatrogenic.

INTRODUCCIÓN

La finalidad de publicar casos clínicos no radica únicamente en hacer del conocimiento de los especialistas y de los médicos en general casos poco usuales o raros, sino en la utilidad práctica que de ello se deriva ya que al conocer su existencia, diagnosticarlos y tratarlos adecuada y oportunamente se beneficia a las pacientes.

Descripción del caso

Los antecedentes de importancia de este caso son:

Antecedentes familiares: padre falleció a los 64 años por infarto miocardio, madre viva con insuficiencia suprarrenal y tiroidea. Un hermano y tres hermanas sanas.

Antecedentes personales: infecto-contagiosas propias de la infancia. Antecedentes ginecológicos y obstétricos: menarquía a los 12 años, tipo 4/28,

con dismenorrea leve el primer día. Primeras relaciones sexuales a los 21 años.

Tuvo tres gestaciones, la primera terminó en aborto espontáneo a las pocas semanas, paciente no precisa cuántas. Se le practicaron 2 cesáreas con incisiones tipo Pfannenstiel: la primera el 24 de enero de 1990, por desproporción céfalo-pélvica radiológica y ruptura prematura de membranas ovulares a las 38 semanas. Se obtuvo niña de 3 100 g y 50 cm con Apgar 8 que presentó circular simple del cordón umbilical a nivel del abdomen que se redujo por las extremidades inferiores. La placenta era circunvalata con inserción marginal del cordón umbilical. El posoperatorio evolucionó sin complicaciones.

El 18 de diciembre, dos años después se realiza cesárea iterativa a las 38 semanas por retardo de crecimiento intrauterino y presentación pelviana. El recién nacido pesó 2 150 g y midió 51 cm, y puntuación de 10 en la escala de Apgar al minuto. Presentó síndrome de dificultad respiratoria

Recibido: 17-10-03

Aceptado para publicación: 03-11-03

transitoria que no requirió asistencia ni terapia especial. El posoperatorio fue irrelevante.

Retorna a consulta el 6 de mayo de 1993 por control ginecológico anual y refiere que le practicaron colecistectomía laparoscópica en 1992 por litiasis.

Consulta nuevamente el 4 de mayo de 1998 a los 38 años de edad, después de ausentarse del consultorio por cinco años, por presentar flujo vaginal y principalmente por dispareunia de tal intensidad que impide la actividad sexual, después de que le practicaron histerectomía abdominal el 5 de julio de 1997, por fibromatosis uterina, manifestada clínicamente por menometrorragias muy abundantes. Refiere resección del cóccix seguida de acupuntura por 6 meses, para tratar la dispareunia, sin mejoría. Consultó en institución privada donde le diagnosticaron granuloma de la cúpula vaginal y trataron con lavados y óvulos, que no especifica, también sin mejoría.

Le practicamos colposcopia que mostró lesión de 6 por 3 cm, que no correspondía a granuloma, por lo cual se practicó biopsia de la lesión. La cual fue reportada como: "Fragmentos de mucosa tubárica con inflamación crónica. Se trata de mucosa frondosa revestida por epitelio tipo tubárico y un infiltrado mononuclear en el corion. No hay evidencia de malignidad" (Figura 1).

Al tener este resultado practicamos ecosonograma transvaginal que permitió evidenciar ampolla tubaria y la presencia de ambos ovarios (Figura 2).

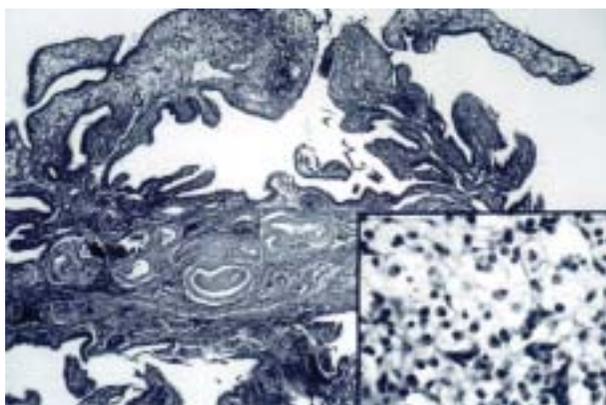


Figura 1. Trompa uterina, corion expandido por infiltrado inflamatorio, edema y dilatación vascular (HE 40X). Recuadro: detalle del infiltrado inflamatorio con frecuentes plasmocitos (HE 300X).



Figura 2. En A, ecografía transvaginal que muestra en el centro ampolla tubaria y ovarios y en B, dibujo explicativo de los hallazgos.

Confirmado el diagnóstico se procedió a resección de la ampolla tubaria bajo anestesia epidural y electrofulguración del sitio de resección. El estudio histológico confirmó el diagnóstico preoperatorio (Figura 3).

La paciente evolucionó satisfactoriamente. El último control fue el 31 de marzo de 2003. La paciente está asintomática, su actividad sexual es satisfactoria y la citología vaginal y mamografía no revelaron patología.



Figura 3. Tres fragmentos de fimbria tubárica que miden entre 0,1 y 1,5 cm de diámetro. Son semiblandas, digitiformes y violáceos. Microscópicamente se observa fimbria tubárica con mucosa erosionada, zonas de metaplasia escamosa con marcada vasodilatación, estasis, hemorragias e infiltrado inflamatorio crónico severo. No se observaron atipias.

DISCUSIÓN

El origen de la sintomatología, dispareunia y flujo, de la paciente obviamente se debe al prolapso de la ampolla tubaria hacia la vagina, pero sobre su causa sólo podemos especular. Una de las hipótesis podría ser que se dejó abierta parcial o totalmente la cúpula vaginal, sin cierre del peritoneo pélvico u oclusión insuficiente del mismo, otro factor en el origen de la presente patología, y la otra probabilidad, tal vez menos factible, es que el pabellón tubario se haya incluido en la sutura de la cúpula vaginal.

Es de hacer notar que los tratamientos previos que le fueron aplicados a la paciente sin ninguna mejoría, desde lavados y óvulos vaginales hasta extirpación del cóccix y acupuntura fueron, en nuestra opinión, iatrogenias que se unen a la que originó esta patología, por la falta de esmero en buscar si realmente se trataba de un granuloma de cúpula vaginal ya que su aspecto colposcópico difería en muchos con los que se observa generalmente en esos casos, lo que hizo que persistiera la sintomatología. Al identificar la etiología de la lesión y tratarla mediante resección, que es lo que indicaba la lógica elemental, desapareció totalmente la sintomatología de la paciente.

Indudablemente en este caso estamos en presencia de iatrogenias continuadas, desde comisión, omisión hasta falsas esperanzas (1).

Nuestra búsqueda bibliográfica tanto nacional como por los buscadores electrónicos por Internet ha sido infructuosa. Es muy posible que haya otros casos similares, ya que es frecuente la costumbre de no cerrar totalmente la cúpula vaginal en las histerectomías, con la finalidad de facilitar el drenaje de sangre y líquidos a la vagina en caso que los hubiera.

REFERENCIA

1. Zighelboim I, Rodríguez Armas O. Iatrogenia en reproducción humana. En: Rodríguez Armas O, Acosta AA, Silva H, editores. Avances en Medicina Reproductiva. Caracas: Ediciones Galénicas, C.A.; 1993.p.185-198.

Agradecimiento: Al Dr. Domenico Guariglia por el dibujo explicativo de ecosonograma pélvico.

Dirección de correspondencia:
Itic Zighelboim. Cátedra de Clínica Obstétrica B, Maternidad "Concepción Palacios".