

Evisceración vaginal, un caso muy poco frecuente.

Dr. Germán Reyes *, Dr. Guido Panchana *, Dr. Carlos Marengo *.

* Cirujano Coloproctólogo Asociado al Servicio de Cirugía General ION-SOLCA Guayaquil

** Cirujano Oncólogo del Instituto Oncológico Nacional ION-SOLCA Guayaquil

*** Jefe del Departamento de Cirugía Instituto Oncológico Nacional ION-SOLCA Guayaquil

ABSTRACTO

La evisceración vaginal es muy poco frecuente. Se presenta normalmente en mujeres posmenopáusicas. Está relacionada con cirugía vaginal previa, especialmente histerectomía, y con debilidad del piso pélvico. Requiere la intervención quirúrgica de emergencia para resecar el tramo de intestino afectado y reparar el defecto en el fondo vaginal.

Palabras clave: Evisceración vaginal. Histerectomía.

ABSTRACT

Vaginal evisceration is a very uncommon event. It usually presents after menopause. It is associated with previous vaginal surgery, specially hysterectomy, and with pelvic floor dysfunction. Emergency surgery is needed in order to remove the involved intestinal segment and repair the vaginal defect.

Key Words: Vaginal Evisceration. Hysterectomy.

Introducción.

La evisceración vaginal es un acontecimiento muy poco frecuente. No llega a 100 el número de casos reportados en la bibliografía internacional desde el primero, descrito por McGregor(1) en 1907. La debilidad del apex o cúpula vaginal, unida a un cierto grado de disfunción del piso pélvico, hace que un aumento de presión intraabdominal pueda provocar la ruptura de la cúpula, produciéndose la evisceración. El tramo de intestino eviscerado se congestiona y en poco tiempo presenta isquemia, lo que hace necesaria la intervención quirúrgica de emergencia. En el acto operatorio se practica una resección intestinal con anastomosis y se cierra la cúpula vaginal.

En el presente trabajo aportamos un caso de evisceración vaginal resuelto de forma satisfactoria y una revisión actualizada de la literatura.

Caso clínico.

Mujer de 62 años, acude a consulta por cuadro febril acompañado de tos y expectoración que ameritó ingreso hospitalario para su estudio. Como antecedentes de importancia, cabe destacar que la paciente es diabética, obesa y fue sometida a histerectomía 12 años atrás. Se diagnostica neumonía basal en pulmón izquierdo

y se inicia tratamiento con antibióticos y terapia respiratoria. A las 48 horas de su ingreso, tras un acceso de tos, la paciente presenta dolor repentino e intenso en la vagina con salida de escasa cantidad de líquido serohemático. Una hora después, refiere sensación de cuerpo extraño a nivel vaginal. En la exploración se encuentra un asa de intestino delgado en la vagina (figuras 1 y 2), de aspecto congestivo y con signos iniciales de isquemia, de manipulación dolorosa, indicándose intervención quirúrgica de emergencia.



Figura 1. Asa de intestino delgado eviscerada por la vagina de la paciente.

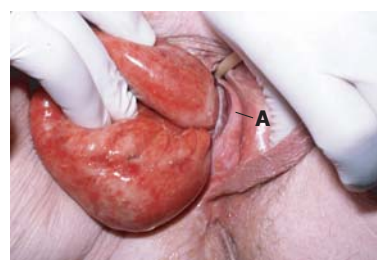


Figura 2. Detalle del asa eviscerada con signos de isquemia y del anillo de estrangulación (A).

Correspondencias y Separatas:

Dr. Germán Reyes
Servicio de Cirugía
ION Solca - Guayaquil
Avda. Pedro Menéndez Gilbert junto a la Atarazana
Guayaquil - Ecuador

©Los derechos de autor de los artículos de la revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer

El abordaje se realizó por vía abdominal y perineal. Una vez practicada la reducción del asa eviscerada, la cual mostraba importantes cambios isquémicos, con edema y necrosis de la zona estrangulada, se llevó a cabo la resección intestinal y anastomosis del asa de íleon afectada. Se suturó la cúpula vaginal con material irreabsorbible (Prolene,) y una segunda capa de cierre peritoneal.

La evolución postoperatoria es correcta y la paciente es dada de alta 9 días después de la intervención. En el último control a los 10 meses del alta permanece asintomática.

Discusión.

La evisceración vaginal se asocia con cirugía vaginal previa, especialmente histerectomía. También se ha descrito en pacientes histerectomizadas por vía abdominal, cuando se llevó a cabo la exéresis radical sin cierre de la cúpula vaginal (2). La cúpula vaginal puede romperse en el transcurso del postoperatorio inmediato o hasta varios años después (3), normalmente por efecto de un aumento en la presión intraabdominal (4).

Pacientes multíparas, de edad avanzada, que sufrieron hematoma o infección posquirúrgica presentan un riesgo aumentado de sufrir ruptura de la cúpula vaginal (5), así como aquellas sometidas a histerectomía por vía laparoscópica antes de la menopausia (6). Por otra parte, pacientes con cáncer de cuello uterino sometidas a radioterapia presentan también mayor riesgo de evisceración vaginal (7). En mujeres premenopáusicas es mucho menos frecuente y se asocia a traumatismo obstétrico o coital y a presencia de cuerpos extraños (8).

Los síntomas más comunes son: dolor en la zona pélvica, sensación de pesadez vaginal y sangrado vaginal. En la

exploración física se aprecia la salida de una víscera por la vagina. En la mayoría de los casos se eviscera el intestino delgado, normalmente el íleon, aunque también se han descrito casos de herniación de epiploon, trompa o apéndices epiploicos (2, 6, 9). Nasr (10), en una revisión de la literatura, encuentra que la evisceración vaginal es más común en mujeres posmenopáusicas con histerectomía pélvica o cirugía vaginal previas. Ramírez (11) en una revisión de los 59 casos reportados hasta el año 2002, encontró que el 63% tenía un antecedente de histerectomía vaginal previa, el 32% histerectomía abdominal y 3% histerectomía laparoscópica.

La evisceración vaginal es una emergencia quirúrgica. El tratamiento depende de la naturaleza y el estado en que se encuentre la víscera herniada. Se puede abordar por vía vaginal, abdominal o ambas (3, 11). Cuando el tramo de intestino afectado presenta señales de isquemia, debe realizarse la resección del mismo con anastomosis. El cierre del defecto de la cúpula vaginal y la reparación del enterocelo se puede realizar por vía vaginal o abdominal. Normalmente, se realiza el cierre simple de la cúpula (5, 6), aunque si existe riesgo de recidiva se puede utilizar una malla de material irreabsorbible (12).

Recientemente se han reportado casos de reparación de la evisceración por vía laparoscópica, lo que permite la valoración del asa afectada y la sutura intracorpórea del defecto vaginal (13, 14), ofreciendo las ventajas del procedimiento mínimamente invasivo.

En los casos en que es necesario reparar la disfunción del piso pélvico, puede realizarse en el mismo acto operatorio o con posterioridad, dependiendo de la calidad y viabilidad de los tejidos (6). Tras la cirugía reparadora, se hace necesario el monitoreo seriado de las pacientes, debido al riesgo de recidivas (2).

Bibliografía

- McGregor A. Rupture of the vaginal wall with protrusion of small intestines in a woman 63 years of age. Replacement, suture, recovery. *J Obstet Gynecol Br Emp* 1907; 11:252.
- Croak AJ, Gebhart JB, Klingele CJ, Schroeder G, Lee RA, Podratz KC. Characteristics of patients with vaginal rupture and evisceration. *Obstet Gynecol* 2004; 103:572-6.
- Feiner B, Lissak A, Kedar R, Lefel O, Lavie O. Vaginal evisceration long after vaginal hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2003; 101:1058-9.
- Balasubramanian R, Oates S. Vaginal evisceration. *Br J Hosp Med* 1996; 55:218.
- Somkuti S, Vieta P, Daugherty J, Hartley L, Blackmon E. Transvaginal evisceration after hysterectomy in premenopausal women: a presentation of three cases. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171:567-8.
- Kowalski L, Seski J, Timmis P, Kanbour A, Kunschner A, Kanbour-Shakir A. Vaginal evisceration: presentation and management in postmenopausal women. *J Am Coll Surg* 1996; 183:225-9.
- Habeck H, Peters L. Evisceration of bowel through the vagina following irradiation for cervical carcinoma. *Wis Med J* 1968; 67: 374-5.
- Yuce K, Dursum P, Gultekin M. Posthysterectomy intestinal prolapse after coitus and vaginal repair. *Arch Gynecol Obstet* 2005; 272:80-1.



9. Cardosi R, Hoffman M, Roberts W, Spellacy W. Vaginal evisceration after hysterectomy in premenopausal women. *Obstet Gynecol* 1999; 94:859.
10. Nasr AO, Tormey S, Aziz MA, Lane B. Vaginal herniation: case report and review of the literature. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193:95-7.
11. Ramírez PT, Klemer DP. Vaginal evisceration after hysterectomy: a literature review. *Obstet Gynecol Surv* 2002; 57:462-7.
12. Ferri J, Simón C, Ruiz G. Vaginal evisceration: surgical repair with synthetic mesh. *Int J Gynecol Obstet* 1996; 54: 183-4.
13. Lledó JB, Roig MP, Serra AS, Astaburuaga CR, Jiménez FD. Laparoscopic repair of vaginal evisceration: a case report. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2002; 12:446-8.
14. Narducci F, Sonoda Y, Lambaudie E, Leblanc E, Querleu D. Vaginal evisceration after hysterectomy: the repair by a laparoscopic and vaginal approach with a omental flap. *Gynecol Oncol* 2003; 89:549-51.



Visite nuestro portal

www.solca.med.ec

**Todo lo relacionado con el
Instituto Oncológico
Nacional.**

