

Evisceración vaginal

Juan Manuel Sánchez Hidalgo, Álvaro Naranjo Torres, Rubén Ciria Bru, José María Gallardo Valverde y Sebastián Rufián Peña

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

En 1864, Hyernaux describió la rotura vaginal y evisceración de asas de intestino delgado en una mujer posmenopáusica¹.

La presentación en mujeres antes de la menopausia suele estar en relación con traumatismos durante el coito, violaciones, lesiones iatrogénicas e introducción de cuerpos extraños^{1,2}.

En mujeres posmenopáusicas, está en relación con la cirugía vaginal previa en el 73% de los casos³.

Paciente de 79 años, con antecedentes de fibrilación auricular, en tratamiento anticoagulante y de histerectomía vía vaginal a los 72 años por displasia severa de endometrio. Se encontraba en lista de espera para cirugía de enterocele grado III-IV con dolor leve y de larga evolución en la región pelviana y sensación de ocupación vaginal. Acude a urgencias por salida de intestino delgado a través de la vagina (fig. 1). A la exploración, se encuentra erosionada la pared posterior de la vagina y se ha eviscerado parte del intestino delgado. Se procede a intervención quirúrgica urgente.

Durante la inducción anestésica se lleva a cabo profilaxis antibiótica con amoxicilina-clavulánico 1 g vía intravenosa. En posición de Lloyd-Davis, se reduce el intestino delgado vía vaginal. Se accede a la cavidad abdominal mediante laparotomía media infraumbilical. Se objetiva rotura de la cara posterior de la vagina. Se reduce completamente el intestino delgado a la cavidad abdominal, previa sección de bridas de sigma a vagina e intestino delgado, comprobando la viabilidad de éste. Se lleva a cabo el cierre de la cara posterior de la vagina con vicryl n.º 1, tras resecar parcialmente la vagina (fig. 2). Se refuerza dicho cierre con malla plegada de vicryl, que es utilizada para pexia de vagina a sacro. Mediante tiras de Dual-Mesh, se realiza una colpopexia a sacro fijada con material irreabsorbible. Peritonización con trompas y peritoneo de parametrios. Se deja un drenaje de Blake en la pelvis y se cierra la cavidad abdominal. La evolución de la paciente en el postoperatorio fue favorable y no presentó complicaciones inmediatas ni tardías. Fue dada de alta al tercer día postoperatorio. Al año de la intervención, la paciente se encuentra asintomática, sin dolor abdominal ni pelviano y sin signos de recidiva del enterocele.

Ramírez y Klemer revisaron la incidencia de herniación vaginal y encontraron que el 62% de las mujeres tenían antecedentes de histerectomía vía vaginal; el 32%, de histerectomía vía laparotomía, y el 5%, de histerectomía laparoscópica⁴. Otro factor de riesgo asociado es el estado hipoestrógeno, que genera atrofia de la pared vaginal y puede conllevar ulceración y perforación de ésta.

Por último, los defectos de la cúpula vaginal y el suelo de la pelvis (enterocele en el 63% de los casos descritos)³.

Somkuti et al² describieron una serie de factores de riesgo: mala técnica quirúrgica, infección postoperatoria, hematoma, coito antes de la curación completa, edad, radioterapia, tratamiento corticoideo, traumatismo o violación, vaginoplastia previa y maniobras de Valsalva.

La evisceración vaginal es una urgencia quirúrgica⁵. El fórnix posterior de la vagina es el lugar más frecuente de herniación, y la evisceración se produce a través del saco de Douglas. El abordaje de este trastorno puede ser vía vaginal pura, indicada cuando concurre prolapso de la cúpula vaginal tras una histerectomía o casos de enterocele y pacientes de alto riesgo⁶, o vía abdominal pura, mediante laparoscopia⁷, laparotomía o una combinación de ambas⁸. La vía vaginal unida a la laparoscopia con parche de epiplón es una opción terapéutica más para pacientes de alto riesgo⁹. La intervención quirúrgica consta de varias fases. La primera es la reducción del contenido abdominal eviscerado. En segundo, evaluar la viabilidad del intestino eviscerado y resecar el isquémico. Luego debe extirparse el tejido vaginal desvitalizado, lavar las superficies contaminadas y, por último, reparar el defecto vaginal^{2,3}, mediante puntos con material irreabsorbible o colocando una malla no absorbible de polipropileno.

Hay controversia sobre el momento ideal para reparar la disfunción del suelo pelviano. Algunos autores creen que la mejor opción es repararlo en un segundo tiempo quirúrgico, lo que conllevaría un menor índice de infecciones, aunque un riesgo añadido por una segunda anestesia y cirugía. En cuanto a cómo debe llevarse a cabo la reparación, algunos autores abogan por el refuerzo de la cúpula vaginal con los ligamentos cardinales o uterosacros o realizando una sacropexia³. Sin embargo, la mayoría de los autores prefieren la reparación primaria. Una técnica eficaz para la reparación del suelo pelviano es la culdoplastia modificada de McCall¹⁰. Para prevenir la recurrencia del enterocele, puede ser útil la obliteración del fondo del saco de Douglas (procedimiento de Moschowitz). En el caso de defectos amplios de la pared vaginal, podrían utilizarse procedimientos descritos para la reparación de fístulas vesicovaginales tras radioterapia usando un pedículo omental (procedimiento de Bastiaanse), interponiendo músculo bulbocavernoso y piel de los labios vulgares (procedimiento de Martius), el colgajo miocutáneo gracilis (procedimiento de Ingelman-Sundberg) y el colga-

Correspondencia: Dr. J.M. Sánchez Hidalgo.
Avda. Menéndez Pidal, s/n. 14004 Córdoba. España.
Correo electrónico: juanmanuel Sanchezhidalgo@hotmail.com

Manuscrito recibido el 3-8-2007 y aceptado el 19-11-2007.



Fig. 1. Antes y después de la cirugía.

jo miocutáneo de glúteo mayor o de músculo recto anterior. El objetivo común de todos ellos sería aumentar la vascularización y promover una buena cicatrización.

Las novedades que pretendemos añadir serían la naturaleza del material utilizado para cerrar el defecto vaginal y para la colposacropexia (reabsorbible) y la elaboración de un aparato suspensorio pelviano artificial con tiras de Dual Mesh.

Bibliografía

1. 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.



Fig. 2. Reducción herniaria intraabdominal vía laparotómica.

2. Somkuti SG, Vieta PA, Daugherty JF, Hartley LW, Blackmon EB Jr. Transvaginal evisceration after hysterectomy in premenopausal women: a presentation of three cases. *Am J Obstet Gynecol.* 1994;171:567-8.
3. Kowalski LD, Seski JC, Timmins PF, Kanbour AI, Kunschner AJ, Kanbour-Shakir A. Vaginal evisceration: presentation and management in postmenopausal women. *J Am Coll Surg.* 1996;183:225-9.
4. O'Brien LM, Bellin LS, Isenberg GA, Goldstein SD. Spontaneous transvaginal small-bowel evisceration alter perineal proctectomy: report of a case and review of the literatura. *Dis Colon Rectum.* 2002;45:698-9.
5. Amaya JL, Correa M, Espín M, Leal A, Vinagre L, Tellez P. Evisceración vaginal. Aportación de dos casos y revisión de la bibliografía. *Cir Esp.* 2000;68:496-7.
6. Dharmalingam M, Greenhalf JO, Smith KM. Vaginal evisceration following total abdominal hysterectomy. *J Obstet Gynaecol.* 2004;24:194-5.
7. Lledo JB, Roig MP, Serra AS, Astaburuaga CR, Gimenez FD. Laparoscopic repair of vaginal evisceration: a case report. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2002;12:446-8.
8. Rollinson D, Brodman M, Friedman F, Sperling R. Transvaginal small-bowel evisceration: a case report. *Mt Sinai J Med.* 1995;62:235-8.
9. 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.
10. Cruikshank SH, Kovac SR. Randomized comparison of three surgical methods used at the time of vaginal hysterectomy to prevent posterior enterocele. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;180:859-65.