

D. Arribas<sup>a</sup>  
F. Martínez<sup>a</sup>  
E. Córdoba<sup>a</sup>  
E. Pastor<sup>b</sup>  
J. Lagos<sup>a</sup>  
A. Millera<sup>a</sup>

### Evisceración vaginal seis meses después de histerectomía

467

#### *Transvaginal evisceration six months after hysterectomy*

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General. Hospital Comarcal de Alcañiz. Teruel. <sup>b</sup>Servicio de Anestesia. Hospital Comarcal de Alcañiz. Teruel. España.

#### Correspondencia:

Dra. D. Arribas del Amo.  
Lasiera Purroy, 118, 4.º E. 50007 Zaragoza. España.  
Correo electrónico: marribas@halc.insalud.es

Fecha de recepción: 14/2/03

Aceptado para su publicación: 1/11/03

D. Arribas, F. Martínez, E. Córdoba, E. Pastor, J. Lagos, A. Millera. Evisceración vaginal seis meses después de histerectomía.

#### RESUMEN

Presentamos un caso de evisceración vaginal en una mujer posmenopáusica sometida, 6 meses antes, a histerectomía vaginal, cuya reparación se realizó por vía abdominal mediante cierre de la cúpula vaginal y colocación de malla de Gore-Tex<sup>®</sup> para refuerzo del suelo pelviano. El diagnóstico y la reparación tempranos de este raro problema urgente llevan a evitar la resección intestinal y a una buena recuperación de las pacientes. En la intervención debe valorarse la presencia de defectos del suelo pelviano que contribuyan a la evisceración.

#### PALABRAS CLAVE

Evisceración vaginal. Histerectomía.  
Posmenopausia.

#### SUMMARY

We report a case of transvaginal evisceration after vaginal hysterectomy in a postmenopausal woman. We used an abdominal approach to perform vaginal repair, and a Gore-Tex<sup>®</sup> mesh was placed to reinforce the weak pelvic floor.

Prompt diagnosis and surgical repair of this rare emergency avoid intestinal resection and results in a good outcome. At surgery, weakness of pelvic floor must be evaluated, as a predisposing condition.

#### KEY WORDS

Transvaginal evisceration. Hysterectomy.  
Postmenopausia.



**Figura 1.** *Presentación clínica: salida de asas intestinales a través de la vagina.*



**Figura 2.** *Hallazgos operatorios: cúpula vaginal abierta.*

## INTRODUCCIÓN

Considerando el elevado número de histerectomías practicadas, la evisceración vaginal es una urgencia extraordinariamente infrecuente, se han descrito únicamente unos 80 casos en la bibliografía en lengua inglesa<sup>1</sup>. Puede ocurrir tan precozmente como en el postoperatorio inmediato de la histerectomía o de manera tardía, meses o años después de la intervención (se han descrito casos hasta 24 años después)<sup>2</sup>. Presentamos en este trabajo un nuevo caso de evisceración vaginal.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 77 años que acudió al servicio de urgencias refiriendo que, tras realizar un esfuerzo para la micción, notó la salida de un bultoma a través del introito vaginal. Entre sus antecedentes personales figuraba una histerectomía vaginal 6 meses antes por miomatosis uterina.

En la exploración se evidenció una exteriorización de asas intestinales a través de vagina (fig. 1), y como exploraciones complementarias se realizaron estudio preoperatorio (electrocardiograma, bioquímica de sangre, hemograma, estudio de hemostasia y radiografía de tórax) y radiografía simple de abdomen, que no pusieron de manifiesto hallazgos patológicos.



**Figura 3.** *Técnica quirúrgica: cierre de la vagina.*

La paciente fue sometida a intervención quirúrgica urgente. La vía de abordaje fue una laparotomía media infraumbilical, mediante la que se halló la cúpula vaginal totalmente abierta (fig. 2), y se realizó reducción de las asas intestinales a cavidad abdominal, tras comprobar su viabilidad, cierre de la cúpula vaginal (fig. 3) y refuerzo del suelo pelviano con malla de Gore-Tex®.

El postoperatorio transcurrió sin incidencias reseñables, y la paciente fue dada de alta a los 8 días de la intervención. Un año después la paciente permanece asintomática.

## DISCUSIÓN

La evisceración vaginal se presenta típicamente en mujeres posmenopáusicas sometidas a cirugía vaginal, aunque también se ha descrito en mujeres premenopáusicas y tras histerectomía abdominal<sup>3,4</sup> o laparoscópica<sup>5</sup>, tras colpocleisis<sup>6</sup> después de cirugía del enterocèle<sup>7</sup> o cirugía proctológica<sup>1</sup>. Como factores predisponentes a la evisceración vaginal se han citado: el hipoestrogenismo, la atrofia y la desvascularización quirúrgica<sup>8</sup>, complicaciones postoperatorias, como infecciones o hematomas, reinicio de la actividad sexual antes de la cicatrización completa de la cúpula vaginal, traumatismos, la radioterapia o el tratamiento crónico con corticoides<sup>3</sup>. Como antecedentes inmediatos suelen encontrarse maniobras de Valsalva, traumatismos o incluso el coito<sup>9</sup>. Las vísceras evisceradas con más frecuencia son el íleon, el epipión, el apéndice o incluso las trompas de Falopio<sup>4</sup>.

El tratamiento de la evisceración vaginal es siempre quirúrgico y urgente. La vía de abordaje podrá ser vaginal, abdominal o una combinación de ambas. Cuando no haya dudas de la viabilidad de la víscera herniada y sea posible una sutura vaginal satisfactoria podrá emplearse la vía vaginal. En caso contrario será obligatorio el abordaje laparotómico<sup>3</sup> y puede ser precisa la resección de dicha víscera. En los casos en los que la vagina presente signos inflamatorios o isquémicos puede ser necesaria una reparación vaginal en un segundo tiempo<sup>8</sup>.

Es destacable el hecho de que en muchas ocasiones la evisceración vaginal se presenta en mujeres posmenopáusicas, con antecedente de cirugía pelviana y con defectos no conocidos del suelo pelviano. En ellas deberá valorarse la realización de una colpopexia o la reconstrucción del suelo pelviano, para evitar la recidiva<sup>10</sup>.

469

## BIBLIOGRAFÍA

- O'Brien LM, Bellin LS, Isenberg G, Goldstein SD. Spontaneous transvaginal small-bowel evisceration after perineal proctectomy: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 2002;45:698-9.
- Karam JA, Wengert PA, Kerstein MD. Vaginal evisceration. *South Med J* 1995;88:355-6.
- Somkuti SG, Vieta PA, Daugherty JF, Hartley LW, Blackmon EB. Transvaginal evisceration after hysterectomy in premenopausal women: a presentation of three cases. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:567-8.
- Cardosi RJ, Hoffman MS, Roberts WS, Spellacy WN. Vaginal evisceration after hysterectomy in premenopausal women. *Am Coll Obstet Gynecol* 1999;94:859.
- Nezhat CH, Nezhat F, Seidman DS, Nezhat C. Vaginal vault evisceration after total laparoscopic hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1996;87:868-70.
- Moore RD, Miklos JR. Repair of a vaginal evisceration following colpocleisis utilizing an allogenic dermal graft. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2001;12: 215-7.
- Virtanen HS, Ekholm E, Kiilholma PJ. Evisceration after enterocele repair: a rare complication of vaginal surgery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1996;7:344-7.
- 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; 1983:225-9.
- Rollinson D, Rodman ML, Friedman F, Sperling R. Transvaginal small-bowel evisceration: a case report. *Mt Sinai J Med* 1995; 62:235-8.
- Anceau H, Sava G, Vaxman F, Greiner JF. A rare complication of vaginal hysterectomy: vaginal evisceration. A propos of a case of recurrent evisceration. *J Chir (Paris)* 1984;121:655-7.