

D. Arribas^a
F. Martínez^a
E. Córdoba^a
E. Pastor^b
J. Lagos^a
A. Millera^a

^aServicio de Cirugía General. Hospital Comarcal de Alcañiz.
Teruel. ^bServicio de Anestesia. Hospital Comarcal de Alcañiz.
Teruel. España.

Evisceración vaginal seis meses después de histerectomía

467

Transvaginal evisceration six months after hysterectomy

Correspondencia:

Dra. D. Arribas del Amo.
Lasierra 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® para refuerzo del suelo pélvano. 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 pélvano 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® 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 inglesa¹. 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)². 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 pélvico 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^{3,4} o laparoscópica⁵, tras colpopleisis⁶ después de cirugía del enterocele⁷ o cirugía proctológica¹. Como factores predisponentes a la evisceración vaginal se han citado: el hipoestrogenismo, la atrofia y la desvascularización quirúrgica⁸, 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 corticoides³. Como antecedentes inmediatos suelen encontrarse maniobras de Valsalva, traumatismos o incluso el coito⁹. Las vísceras evisceradas con más frecuencia son el íleon, el epíplón, el apéndice o incluso las trompas de Falopio⁴.

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 laparotómico³ 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 tiempo⁸.

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 pélvano. En ellas deberá valorarse la realización de una colpopexia o la reconstrucción del suelo pélvano, para evitar la recidiva¹⁰.

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 or a vaginal evisceration following colpocleisis utilizing an allogenic dermal graf. *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;7:3447.
- 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.
- 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.