

524 **B. Río**  
**J.R. Pérez-Iglesias**  
**M.J. Carballo**  
**R. Abelleira**  
**J. Ferro**  
**J. Martínez**

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol. A Coruña. España.

**Correspondencia:**  
Dra. B. Río Martínez.  
Manuel de Cal, 13 bajos.  
15403 Ferrol. A Coruña. España.  
Correo electrónico: mbelenrio@hotmail.com

Fecha de recepción: 9/01/04  
Aceptado para su publicación: 23/04/04

### **Evisceración vaginal: presentación y conducta en una mujer posmenopáusica**

*Vaginal evisceration:  
presentation and management  
in a postmenopausal woman*

---

#### **RESUMEN**

Exponemos un caso de evisceración transvaginal en una mujer posmenopáusica que se sometió, 2 años antes, a intervención de Manchester, y se trató mediante abordaje mixto abdominovaginal, con la colocación de una malla de prolene para prevenir la recurrencia de este tipo de hernia. Asimismo, se realiza una revisión bibliográfica de la etiología, factores de riesgo y conducta más adecuada.

#### **PALABRAS CLAVE**

Evisceración vaginal. Posmenopausia. Enterocèle. Cirugía vaginal.

#### **ABSTRACT**

We report a case of transvaginal evisceration in a postmenopausal woman who had undergone a Manchester operation two years previously. An abdominovaginal approach was used with placement of a prolene mesh to prevent recurrence. We also review the literature on the etiology, risk factors and most appropriate management of this entity.

#### **KEY WORDS**

Vaginal evisceration. Postmenopause. Enterocèle. Vaginal surgery.

#### **INTRODUCCIÓN**

La evisceración vaginal es una patología excepcional, sobre todo en ausencia de traumatismo vaginal o cirugía reciente. Sin embargo, se ha descrito la evisceración espontánea en mujeres posmenopáusicas tras incremento de la presión intraabdominal<sup>1</sup>.

El primero que publicó un caso fue McGregor en 1907<sup>2-4</sup>. La revisión más reciente de la literatura mundial la realizaron en 1996 Kowalsky et al, que describieron 60 casos<sup>5,6</sup>, y hasta la fecha se han publicado en todo el mundo menos de 100 casos.

Los factores de riesgo son la edad avanzada, la cirugía vaginal previa y la presencia de enterocèle<sup>2,5-8</sup>.

Describimos un caso y revisamos los factores etiológicos y la conducta más adecuada según la literatura médica publicada.

#### **CASO CLÍNICO**

Mujer de 73 años, menopáusica desde hace 23 años, que acude a urgencias por bultoma genital tras

esfuerzo al defecar. Entre sus antecedentes personales destaca extirpación del cuello uterino según técnica de Manchester, con colpoplastias anterior y posterior con puntos de Kelly y en músculos elevadores del ano, hace 2 años por histeroceles de tercer grado, rectoenteroceles severos sin cistocele e incontinencia urinaria, sin incidencias ni complicaciones posquirúrgicas.

Al ingreso, la paciente estaba consciente, asintomática y estable hemodinámicamente. Al colocarla en la mesa de exploración, en posición de litotomía, se evidenciaron unos 90 cm de asas de intestino delgado, evisceradas a través de un defecto de la pared vaginal en forma de ojal, enrojecida, edematosa sin peristaltismo y sin signos de isquemia. Los genitales externos y la vagina estaban atróficos (fig. 1).

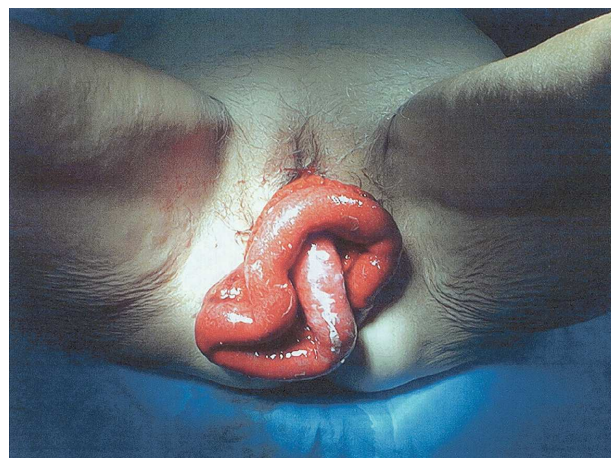
Tras terapia con suero intravenoso y profilaxis antibiótica con gentamicina y metronidazol, se envuelven las asas con compresas estériles humedecidas en suero fisiológico y se interviene de urgencia mediante abordaje mixto abdominovaginal. La paciente se coloca en posición de Trendelenburg, llevando las asas hacia la cavidad abdominal con extremo cuidado recuperando el color y el peristaltismo. Se sutura el defecto vaginal, se cubre con una malla de prolene, peritonizando por encima de ésta, se fija a los ligamentos uterosacros y se oblitera el espacio rectovaginal.

En un segundo tiempo, por vía vaginal, se realizó colpoperineorrafia, con aproximación de los músculos elevadores del ano.

El postoperatorio inmediato cursó dentro de la normalidad, salvo una infección urinaria, y se dio de alta al domicilio el noveno día. Al mes de la intervención, la revisión fue normal y después de 14 meses la paciente sigue asintomática.

## DISCUSIÓN

La evisceración transvaginal de intestino delgado, aunque es extremadamente rara, se ha publicado con más frecuencia en mujeres posmenopáusicas y de edad avanzada (68% de todos los casos publicados). La localización más común de rotura es en el fórnix posterior<sup>5,9,10</sup>. Puede ocurrir de forma espontánea, pero con más frecuencia después de un incremento de la presión intraabdominal<sup>5</sup>. La atrofia genital asociada a la edad, la posible cicatrización de



**Figura 1.** Asas de intestino delgado evisceradas a través de defecto vaginal en mujer posmenopáusica.

la cirugía vaginal previa y el enterocel asociado son los factores de riesgo más importantes.

La evisceración casi siempre es una complicación de la cirugía vaginal previa o el resultado de un traumatismo en mujeres de edad avanzada, en quienes la atrofia desempeña un importante papel<sup>10</sup>.

Un 73% de estas pacientes se sometieron a algún tipo de cirugía vaginal, según Kowalsky et al, la mayoría era histerectomía vaginal o reparación de enterocel y un 63% tenía asociado enterocel<sup>6</sup>.

También se ha descrito una evisceración transvaginal de intestino delgado durante un coito aproximadamente 7 semanas después de una histerectomía vaginal total con colporrafia anterior sin complicaciones<sup>11</sup>.

La evisceración vaginal, en mujeres premenopáusicas, casi siempre se debe a traumatismos durante una violación, coito, parto instrumental o la inserción de un cuerpo extraño<sup>4,9,10</sup>.

El tratamiento, que siempre es quirúrgico, depende del tipo y de la viabilidad de la estructura herniada. En asas de intestino obviamente viables, tras lavado estéril con suero fisiológico, pueden emplazarse en la cavidad peritoneal y cerrar el defecto transvaginalmente, de lo contrario, un abordaje combinado abdominovaginal permite una óptima evaluación y tratamiento en el momento de la intervención quirúrgica con extirpación de intestino, si fuese necesario<sup>2,11-17</sup>.

Ya que la mayor parte de estas pacientes se habían sometido a cirugía abdominal o vaginal<sup>1,9,14,18</sup>, se hace énfasis en la importancia de reconocer y re-

**526** parar los enteroceles en el momento de dicha cirugía para prevenir la recurrencia de este tipo de hernias y la posterior rotura del saco herniario con evisceración intestinal transvaginal<sup>1,4,10,19</sup>.

El uso de una malla de dacron estimula la fibrosis en la pelvis y previene así la recurrencia de este

tipo de hernias<sup>1</sup>. En nuestro caso usamos la malla de prolene con esta finalidad.

Las principales complicaciones posquirúrgicas son íleo e infección de la herida quirúrgica y, con menor incidencia, evisceración abdominal y patología tromboembólica<sup>1,14</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Balasubramanian R, Oates S. Vaginal evisceration. Br J Hosp Med 1996;55:218.
2. Ferri J, Simón C, Ruiz G. Vaginal evisceration: surgical repair with synthetic mesh. Int J Gynaecol Obstet 1996;54:183-4.
3. Nezhat CH, Nezhat F, Seidman DS, Nezhat C. Vaginal vault evisceration after total laparoscopic hysterectomy. Obstet Gynecol 1996;87:868-70.
4. Choo YC, Lindernauer SM. Vaginal evisceration. Int J Gynaecol Obstet 1981;19:313-7.
5. O'Brien LM, Bellin LS, Isenberg GA, 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.
6. 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.
7. Powell JL. Vaginal evisceration following vaginal hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1973;115:276-7.
8. Holley RL. Enterocoele: a review. Obstet Gynecol Surv 1994; 49:284-93.
9. Friedel W, Kaiser IH. Vaginal evisceration. Obstet Gynecol 1975;45:315-9.
10. Rolf BC. Vaginal evisceration. Amer J Obstet Gynec 1970;107: 369-75.
11. Hall BD, Phellan JP, Pruyn SC, Gallup DG. Vaginal evisceration during coitus: a case review. Am J Obstet Gynecol 1978;131:115-6.
12. Ginsberg DA, Rovner ES, Raz S. Vaginal evisceration. Urology 1998;51:128-9.
13. Ferrera PC, Thibodeau LG. Vaginal evisceration. J Emerg Med 1999;17:665-7.
14. 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.
15. Seok-Mo K, Ho-Sum Ch, Ji-Su B, Yong-Sik K, Hyung-Rok K. Transvaginal evisceration after radical abdominal hysterectomy. Gynecol Oncol 2002;85:543-4.
16. Ramírez PT, Klemer DP. Vaginal evisceration after hysterectomy: a literature review. Obstet Gynecol Surv 2002;57:462-7.
17. Khunda A. Vaginal evisceration: a report of two cases. J Obstet Gynaecol 2002;22:568-9.
18. Dawlatly B, Lavie O, Lopes A. Transvaginal evisceration of small bowel after radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy. Gynecol Oncol 1999;73:165-6.
19. Fox WP. Vaginal evisceration. Obstet Gynecol 1977;50:223-4.