

Juan Carlos Bernal^a
Ricardo Iglesias^b
Francisco Javier Landete^a
Mario García Granero^a
Francisco Morera^a
Francisco Ripoll^a
José Martín^c
José Luis Mazuecos^c

^aServicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital General de Requena. Valencia. España.

^bServicio de Cirugía General y Digestiva. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

^cServicio de Ginecología y Obstetricia. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Correspondencia:

Dr. Juan Carlos Bernal-Sprekelsen.
European Board of Coloproctology. Servicio de Cirugía General.
Hospital General de Requena.
Pasaje Casa Blanca, s/n. 46340 Requena (Valencia). España.
Correo electrónico: jcbernal@comv.es

Fecha de recepción: 23/03/2007.
Aceptado para su publicación: 08/06/2007.

Evisceración vaginal. Abordaje abdominal y reparación con malla sintética

*Vaginal evisceration. Abdominal
approach and synthetic mesh
repair*

RESUMEN

La evisceración vaginal espontánea es un fenómeno raro en la práctica clínica diaria. Se han publicado más de 70 casos hasta la actualidad desde que McGregor comunicara el primer caso a comienzos del siglo pasado. La situación ocurre generalmente en pacientes posmenopáusicas con hipoposterogenismo asociado a cirugía ginecológica previa. Recientemente, se ha descrito también en situaciones no ginecológicas tras una proctectomía perineal. Presentamos un nuevo caso de evisceración vaginal espontánea en una mujer posmenopáusica con cirugía ginecológica previa. La reparación se efectuó con malla a través de una laparotomía convencional.

PALABRAS CLAVE

Evisceración vaginal. Posmenopausia. Reparación con malla.

ABSTRACT

Spontaneous vaginal evisceration is a rare phenomenon in daily clinical practice. Since McGregor reported the first case at the beginning of the past century, more than 70 cases have been reported to date. Spontaneous vaginal evisceration usually occurs in patients with postmenopausal hypoposterogenism associated with previous gynecologic surgery. This entity has recently been described in non-gynecological conditions after perineal proctectomy. We present a new case of spontaneous vaginal evisceration in a postmenopausal woman with previous gynecological surgery. Surgical mesh repair was performed through conventional laparotomy.

KEY WORDS

Vaginal evisceration. Postmenopause. Mesh repair.



Figura 1. Intestino delgado que sale por la vagina.

INTRODUCCIÓN

La evisceración vaginal espontánea es un fenómeno raro en la práctica clínica diaria, habiéndose recopilado en la literatura médica publicada más de 70 casos hasta el año 2004 desde que McGregor¹ describiera el primer caso a principios del siglo pasado. Es esta una entidad patológica que suele ocurrir en pacientes posmenopáusicas hipoestrogénicas, asociada a intervenciones ginecológicas previas^{2,3}. Como causa mucho más infrecuente se ha descrito un caso tras una proctectomía perineal⁴.

CASO CLÍNICO

Mujer de 83 años de edad, que acudió al servicio de urgencias por salida espontánea de intestino delgado a través del introito vaginal desde hacía alrededor de una hora y coincidiendo con la realización de labores domésticas. Presentaba un buen estado general, estaba consciente y orientada, con dolor local, sin náuseas ni vómitos. Como antecedentes patológicos destacaban una mastectomía radical modificada realizada hacía varios años por neoplasia y en tratamiento con tamoxifeno, una operación de prótesis de cadera en 2 ocasiones, cataratas, hipertensión arterial y una histerectomía vaginal hacía 10 meses. A los 2 meses de la histerectomía acudió a

su ginecólogo por desfondamiento de cúpula vaginal.

A la exploración se apreciaba la salida de intestino delgado por vagina, sin signos de isquemia (fig. 1). La analítica no evidenció alteraciones patológicas y a la hora de su ingreso se pasó a quirófano. Se practicó una laparotomía media infraumbilical, se redujo el asa de intestino delgado (íleon) y se comprobó su viabilidad. Los bordes de la cúpula vaginal fueron recortados en 1 cm y se cerró la cúpula con material irreabsorbible. A continuación se practicó una sacropexia utilizando para ello una banda estrecha de malla de Marlex, que se fijó por un lado con tres puntos irreabsorbibles a la cúpula vaginal y con otros tres puntos similares a la fascia del promontorio. El postoperatorio de la paciente fue satisfactorio y no presentó ninguna complicación. En la actualidad está asintomática.

DISCUSIÓN

El principal factor etiológico de la evisceración vaginal es la cirugía ginecológica previa, sobre todo tras la histerectomía. En los casos publicados se observa que la incidencia es mayor tras el abordaje por vía vaginal, seguida del abordaje por vía abdominal, bien sea por laparotomía o por laparoscopia^{2,3}. También parece contribuir el estado de hipoestrogenismo de la posmenopausia debido a la atrofia de las estructuras ginecológicas⁵. Como factores desencadenantes se han descrito las relaciones sexuales en mujeres premenopáusicas^{6,7} y el incremento de la presión intraabdominal en mujeres posmenopáusicas². Las alteraciones del suelo de la pelvis son factores menos frecuentes. La víscera más afectada es intestino delgado²⁻⁶.

En cuanto al tratamiento quirúrgico, está descrito el abordaje en uno o dos tiempos (colporrafia asociada a pexia o colocación de prótesis en el suelo pélvico) por vía abdominal, genital o combinada^{5,8,9}; la vía abdominal puede ser abierta o laparoscópica. La vía vaginal combinada con la laparoscópica con parche de epiplón es una opción terapéutica para pacientes de alto riesgo⁹.

En el presente caso se optó por un abordaje abdominal porque se carecía de material laparoscópico cuando fue intervenida. Se procedió a una colporrafia con sutura irreabsorbible más colposacropexia

con malla, similar a la técnica descrita por otros autores¹⁰. El abordaje por laparoscopia puro fue publicado por Lledó et al¹¹.

El cierre por vía vaginal está indicado en pacientes con evisceración vaginal asociada a prolapso de la cúpula vaginal posthisterectomía, enteroceles y

pacientes con alto riesgo³. Kim et al¹² obtuvieron resultados satisfactorios por esta vía.

La evisceración vaginal es una emergencia quirúrgica que debe resolverse por cualquiera de las vías de abordaje descritas antes, aunque es un fenómeno infrecuente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mc Gregor A. Rupture of the vaginal wall with protrusion of small intestines in a woman 63 years old, suture, recovery. *J Obstet Gynecol Br Emp.* 1907;11:252.
2. Ramirez PT, Klemer DP. Vaginal evisceration after hysterectomy: a literature review. *Obstet Gynecol Surv.* 2002;57:462-7.
3. 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.
4. 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.
5. Simanowski JH, Grotz M, Kauffels W. Vaginal prolapse of the small intestine. A rare clinical presentation. *Zentralbl Chir.* 2000;125:904-6.
6. Somkuti S, Vieta P, Daugherty J, Blackmon E. Transvaginal evisceration after hysterectomy in premenopausal women: a presentation of three cases. *Am J Obstet Gynecol.* 1994;17:567-8.
7. Joy SD, Phelan M, McNeill HW. Postcoital vaginal cuff rupture 10 months after total vaginal hysterectomy. A case report. *J Reprod Med.* 2002;47:238-40.
8. Moen MD, Desai M, Sulkowski R. Vaginal evisceration managed by transvaginal bowel resection vaginal repair. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2003;14:218-20.
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. Ferri J, Simon C, Ruiz G. Vaginal evisceration: surgical repair with synthetic mesh. *Int J Gynecol Obstet.* 1996;54:183-4.
11. Lledó JB, Roig MP, Serra AS, Astaburuaga CR, Gimenez FD. Laparoscopic repair of vaginal evisceration: a case report. *Surg Laparosc Endosc Percutan Techn.* 2002;12:446-8.
12. Kim SM, Choi HS, Kim YS, Kim HR. Transvaginal evisceration after radical abdominal hysterectomy. *Gynecol Oncol.* 2002;85:543-4.