



## PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



### CASO CLÍNICO

## Evisceración transvaginal espontánea en paciente anciana con prolapso genital

Laura Calles Sastre<sup>a,\*</sup>, Esther Ramírez Medina<sup>a</sup>, Javier Sancho Saucó<sup>a</sup>,  
Camila Vignardi Guerra<sup>a</sup>, Matías Cea Soriano<sup>b</sup> y Enrique Iglesias Goy<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, Majadahonda, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital de Torrejón, Torrejón de Ardoz, Madrid, España

Recibido el 12 de enero de 2012; aceptado el 27 de julio de 2012

### PALABRAS CLAVE

Evisceración;  
Transvaginal;  
Postmenopausia;  
Prolapso genital

### KEYWORDS

Evisceration;  
Transvaginal;  
Postmenopausal;  
Genital prolapse

**Resumen** Presentamos el caso de una paciente con evisceración vaginal sin antecedentes de cirugía vaginal.

La paciente fue intervenida en nuestro centro, realizándose una laparotomía con reposición de asas intestinales, corrección del defecto e histerectomía vaginal.

En mujeres posmenopáusicas, la evisceración transvaginal se asocia a un aumento de la presión abdominal, la ulceración vaginal y los esfuerzos al defecar. En un 73% de los casos, existe algún tipo de cirugía vaginal previa.

La clínica habitual es dolor, sangrado o sensación de masa en el introito. El íleo terminal es la viscera más frecuentemente implicada y el fórnix posterior de la vagina, el lugar más frecuente de herniación.

La prevención está orientada a evitar intervenciones repetidas, alteraciones del suelo pélvico, hipoestrogenismo y aumento de la presión intraabdominal.

© 2012 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Spontaneous vaginal evisceration in an elderly woman with genital prolapse

**Abstract** We report the case of a patient with vaginal evisceration and no history of vaginal surgery.

We performed a laparotomy with bowel replacement, correction of the defect and vaginal hysterectomy.

In postmenopausal women, transvaginal evisceration is associated with increased abdominal pressure, vaginal ulceration and straining at stool. In 73% of patients, there is some type of prior vaginal surgery.

The most common symptoms are pain, bleeding or sensation of a mass at the introitus. The most commonly involved viscera is the terminal ileum and the most common site of herniation is the posterior fornix of the vagina.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lauracall@hotmail.com (L. Calles Sastre).

Prevention is aimed at avoiding repeat interventions, pelvic floor disorders, hypoestrogenism, and increased abdominal pressure.

© 2012 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

Se denomina evisceración a la salida de un tramo intestinal a través de un orificio no natural, quedando las asas intestinales expuestas o cubiertas solo por la piel.

La evisceración vaginal es una complicación poco frecuente. El primer caso de evisceración vaginal fue descrito en la literatura por Hyernaux en 1864, acompañado de rotura vaginal. Hasta la fecha, se han descrito tan solo 85 casos de evisceración del intestino a través de la vagina<sup>1</sup>.

Somkuti et al. 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<sup>2</sup>.

Aunque los factores de mayor riesgo son cirugía vaginal previa, mujeres posmenopáusicas, multiparidad y antecedente de enteroceles<sup>3</sup>.

## Caso clínico

- Motivo de consulta: tumoración transvaginal.
- Enfermedad actual: paciente de 86 años, que consulta por dolor abdominal, sensación de peso vaginal y dolor abdominal tras varios episodios de vómitos.
- Antecedentes: no toma de medicación habitual. No refiere DM, HTA o enfermedades generales de interés. Refiere prolapso genital desde hace 14 años.



**Figura 1** Pieza de histerectomía.

- Examen físico: a la exploración presenta unos 40 cm de asas de intestino delgado asomando por introito, hiperémicas, con orificio de 1 cm aproximadamente en la cara posterior de cerviz.
- Manejo: tras proteger las asas evisceradas, se propone cirugía urgente, previa administración de 2 g de cefotaxima. Se realiza una laparotomía exploradora con reposición de asas intestinales en la cavidad abdominal; se desestima la resección intestinal ante la presencia de peristaltismo y vascularización. Se realiza una revisión de la cavidad abdominal donde se objetiva un ojal en la cara posterior del fondo del saco de Douglas que comunica con el fórnix posterior cervical. Para finalizar, por vía vaginal, se realiza una histerectomía vaginal con resección y plicatura del saco herniario del rectocele y puntos de McCall.
- Anatomía patológica: pieza de histerectomía simple con tejido de granulación y solución de continuidad cervical posterior (figs. 1 y 2). Cambios histológicos atribuibles a prolapso. Metaplasia escamosa. Hiperqueratosis.



**Figura 2** Corte longitudinal del útero. Se visualiza el defecto en la cara posterior del cérvix.



**Figura 3** Complicación posquirúrgica. Evisceración a través de sutura abdominal.

- Evolución postoperatoria: 6 días después de la intervención, la paciente presenta, como complicación, una evisceración de unos 2 cm de epiplón a través de la sutura abdominal (fig. 3). Se realiza, a cargo del servicio de cirugía, una eventroplastia con malla de Vicryl. Nueve días más tarde la paciente es dada de alta, encontrándose asintomática.

## Discusión

Las causas de una evisceración por vía vaginal son diferentes entre mujeres pre y posmenopáusicas. En las pacientes posmenopáusicas hay una importante asociación a prolapso genital crónico, independientemente del antecedente de cirugía vaginal. Según describió Kowalski, la atrofia tiene fuerte asociación a hipoestrogenismo, devascularización tisular crónica y debilidad del suelo pélvico<sup>4</sup>. En mujeres posmenopáusicas, como es el caso que nos ocupa, la evisceración transvaginal se asocia frecuentemente con aumento de la presión abdominal, ulceración vaginal debido a una atrofia severa y esfuerzos al defecar. En un 73% de los casos (de acuerdo con Kowalski et al.) la evisceración transvaginal se asocia a algún tipo de cirugía vaginal previa (especialmente, histerectomías vaginales y cirugías reparadoras de enteroceles). Nuestra paciente se encuentra, por tanto, entre el 27% restante, pacientes sin antecedente de cirugía vaginal previa.

La presentación clínica habitual es dolor pélvico o vaginal, sangrado vaginal o sensación de masa en el introito vaginal. El íleo terminal es la víscera más frecuentemente implicada. El fórnix posterior de la vagina es el lugar más frecuente de herniación y la evisceración se produce a través del saco de Douglas.

La evisceración vaginal es una urgencia quirúrgica que puede ser abordada por vía abdominal, vaginal o combinación de ambas para un mejor manejo de estos casos. El manejo urgente de la evisceración vaginal es crítico para la preservación del tejido intestinal.

Si la condición de la paciente lo permite, se debe realizar anamnesis completa, exploración física abdominal (defensa, rigidez abdominal, rebote, distensión, peristaltismo...) y vaginal (lesiones vaginales, metrorragia, etc.).

Guttman y Afilalo recogen 5 puntos importantes en el manejo de la evisceración vaginal<sup>5</sup>:

- Estabilización de la paciente.
- Manejo de hidratación y reposición de fluidos, especialmente si la paciente se encuentra en estado de shock.
- Proteger las asas con compresas empapadas en suero salino.
- Antibioterapia de amplio espectro.
- Reparación quirúrgica inmediata.

Se debe determinar la viabilidad de las asas intestinales, decidir si es necesaria su resección y corregir el defecto vaginal. En mujeres sin vida sexual activa, Powell y Gentry proponen la obliteración del fondo del saco o la colpocleisis.

En los casos en los que el intestino es viable y se puede reducir en la cavidad peritoneal sin complicaciones, el cierre del defecto vaginal puede ser logrado por vía vaginal. Sin embargo, en pacientes con enteroceles, el defecto puede localizarse por encima de la vagina, como ocurrió en nuestro caso. En estas circunstancias, la vía vaginal no es viable porque el intestino queda atrapado y estrangulado fuera del abdomen, impidiendo el acceso al defecto. En este caso, el abordaje quirúrgico de la cavidad abdominal se realizará mediante laparotomía media; esta es importante en caso de que el orificio por el que ha producido la evisceración sea estrecho y comprometa el drenaje venoso mesentérico con posible necrosis. La laparotomía también permite un examen adecuado del resto del intestino, la exploración de la cavidad pélvica, lavados, cuerpos extraños y la posibilidad de cerrar el fondo del saco de Douglas con plicatura de los ligamentos uterosacros<sup>6</sup>.

La prevención está orientada a evitar alteraciones vaginales, como intervenciones repetidas, acortamiento vaginal, alteraciones del suelo pélvico, hipoestrogenismo y aumento de la presión intraabdominal.

Es un cuadro grave que se debe tener en cuenta en el diagnóstico del sangrado vaginal y la tumoración en genitales, ya que su reparación quirúrgica debe ser inmediata.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Al servicio de Cirugía General del Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, por su ayuda con el manejo de la paciente.

Al servicio de Anatomía Patológica del Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, por la iconografía.

## Bibliografía

1. Parra RS, Ribeiro da Rocha JJ, Feres O. Spontaneous transvaginal small bowel evisceration: a case report\.. Clinics (Sao Paulo). 2010;65:559–61.
2. Somkuti SG, Vieta PA, Daugherty JF, Hartley LW, Blackmon Jr EB. Transvaginal evisceration after hysterectomy in premenopausal women: a presentation of three cases. Am J Obstet Gynecol. 1994;171:567–8.
3. Croak AJ, Gebhart JB, Klingele CJ, Schroeder G, Lee RA, Podratz KC. Characteristics of patient with vaginal rupture and evisceration. Am coll obstet gynecol. 2004;103:572–6.
4. 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.
5. Guttman A, Afilalo M. Vaginal evisceration. Am J Emerg Med. 1990;8:127–8.
6. Martí Carvajal P, Pineda E, Martí C. Evisceración vaginal post histerectomía vaginal. A propósito de un caso. Academia Biomédica Digital. 2010 Vol. 0, No. 44.