



## clínica e investigación en ginecología y obstetricia

[www.elsevier.es/gine](http://www.elsevier.es/gine)



### CASO CLÍNICO

## Evisceración intestinal a través de vagina



E. López del Cerro<sup>a,\*</sup>, A. Gómez Alarcón<sup>a</sup>, B. Moreno Flores<sup>b</sup>, M. del Valle Morón<sup>a</sup>,  
C. Callejón Rodríguez<sup>a</sup>, D. García Picazo<sup>b</sup>, M.T. Gómez García<sup>a</sup> y G. González de Merlo<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital General Universitario de Albacete, Departamento de Ciencias Médicas, Facultad de Medicina de la Universidad de Castilla La Mancha, Albacete, España

<sup>b</sup> Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitario de Albacete, Departamento de Ciencias Médicas, Facultad de Medicina de la Universidad de Castilla La Mancha, Albacete, España

Recibido el 13 de junio de 2016; aceptado el 27 de julio de 2016

Disponible en Internet el 1 de octubre de 2016

#### PALABRAS CLAVE

Evisceración;  
Colposacropexia;  
Prolapso de cúpula;  
Defecto de suelo  
pélvico

#### Resumen

**Objetivos:** Descripción de una complicación posquirúrgica infrecuente, la evisceración intestinal vaginal, y revisión de los factores predisponentes, diagnóstico y su tratamiento quirúrgico corrector definitivo, las vías de abordaje y las posibles técnicas quirúrgicas, basándonos en la literatura científica disponible.

**Material y métodos:** Se presenta el caso clínico de una paciente de 46 años con la complicación referida, su evaluación inicial, manejo quirúrgico y seguimiento. Se realiza laparotomía para evaluación de la viabilidad de las asas intestinales herniadas, reparación del defecto existente en la cúpula vaginal y técnica quirúrgica correctora en el mismo tiempo quirúrgico, la colposacropexia con malla con buen resultado a corto y medio plazo.

**Conclusiones:** La evisceración vaginal en una complicación infrecuente que requiere una valoración rápida y una actitud quirúrgica urgente, debido a la alta morbilidad a la que se asocia.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

#### KEYWORDS

Evisceration;  
Colposacropexy;  
Vault prolapse;  
Pelvic floor  
dysfunction

#### Transvaginal small bowel evisceration

#### Abstract

**Objectives:** We describe an uncommon postoperative complication, vaginal evisceration of the intestine, and review the predisposing factors, diagnosis and definitive corrective surgery, the surgical approaches and possible surgical techniques, based on the available scientific literature.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [estherdelcerro85@gmail.com](mailto:estherdelcerro85@gmail.com) (E. López del Cerro).

**Material and methods:** We report the case of a 46-year-old patient with the aforementioned complication, initial evaluation, surgical management and monitoring. We performed a laparotomy to assess the viability of the herniated intestinal loops, repair the defect in the vaginal vault and perform a surgical correction in one procedure. We used a colposacropexy mesh with good short- and medium-term results.

**Conclusions:** Vaginal evisceration is a rare complication that requires rapid assessment and urgent surgical treatment due to the high morbidity and mortality with which it is associated. © 2016 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

La evisceración es una complicación infrecuente de la cirugía abdominal, aunque su *incidencia* es imprecisa y posiblemente infraestimada<sup>1</sup>. En la evisceración transvaginal, la exposición intestinal se produce a través de vagina, siendo su incidencia menor. Desde la comunicación del primer caso en 1907 se han descrito poco más de un centenar de casos<sup>2</sup>.

El *factor de riesgo predisponente* más importante es el antecedente de cirugía previa, la histerectomía, una de las cirugías que supone mayor volumen de nuestra patología quirúrgica. Otros serían los defectos del suelo pélvico, la posmenopausia y los estados de hipostrogenismo y el antecedente de hematoma o infección de la herida quirúrgica<sup>1,2</sup>.

La *clínica* de la evisceración vaginal tan característica y sugestiva conducirá de forma precoz al *diagnóstico*, la visualización de contenido abdominal a través de la cúpula vaginal confirma la sospecha diagnóstica.

Se trata de una urgencia que requiere *tratamiento* quirúrgico cuyos objetivos son: valorar la naturaleza del contenido herniado, su viabilidad, reparar el defecto existente en la cúpula vaginal y subsanar el defecto del suelo pélvico, de forma primaria o en un segundo tiempo.

Se puede presentar de forma tan precoz como en el postoperatorio inmediato, o tardíamente, meses o incluso años después de la intervención<sup>3</sup>. El fórnix posterior de la vagina es el lugar más frecuente de herniación<sup>4</sup>.

Todos los estudios coinciden en el menor riesgo del abordaje laparoscópico. Según Partsinevelos et al., el mayor porcentaje ocurre tras histerectomía abdominal<sup>1</sup>, mientras que para Ramirez y Klemmer se produce tras histerectomía vaginal<sup>5</sup>.

Se presenta un caso clínico con la complicación referida (la paciente ha prestado su consentimiento escrito para la difusión del mismo) con el objetivo de evaluar el manejo inicial y las posibles opciones quirúrgicas y vías de abordaje, realizando una revisión de la literatura científica disponible.

## Descripción del caso clínico

Mujer de 46 años que acude al Servicio de Urgencias por clínica de epigastralgia de inicio súbito. Asocia sensación nauseosa y manchado genital.

La paciente carece de *antecedentes* médicos de interés, no tiene alergias medicamentosas, niega hábitos tóxicos

y no refiere tratamiento habitual. Como antecedentes quirúrgicos destaca colecistectomía, legrado uterino e histerectomía vaginal por prolapso genital y culdoplastia de McCall hace 2 años. Pendiente de Richter por prolapso de cúpula vaginal que se realizaría 2 días más tarde. Entre los antecedentes obstétricos, 3 gestaciones: 2 partos a término y un aborto.

En la *exploración física* destaca la afectación del estado general, paciente afebril y pálida. Abdomen agudo, doloroso a la palpación profunda. En la exploración ginecológica se aprecia evisceración de unos 15 cm de asas de intestino delgado, congestivas y eritematosas a través de la rotura de la cúpula vaginal, imposibles de reducir por dolor (fig. 1).

La paciente es valorada conjuntamente por el Servicio de Ginecología y el Servicio de Cirugía General. Se decide intervención quirúrgica urgente bajo cobertura antibiótica con el objeto de revisar la cavidad abdominal, valorar la viabilidad de las asas intestinales herniadas, reparar del defecto a nivel de la cúpula vaginal y realizar una técnica correctora definitiva de la patología existente en el suelo pélvico.

Se procede a laparotomía media infraumbilical donde se evidencia rotura de la pared vaginal posterior de unos 4-5 cm con evisceración de asas de intestino delgado a través de la misma (fig. 2). El defecto es reducido y se comprueba la viabilidad intestinal, con discretos signos de sufrimiento sin isquemia, sin necesidad de recurrir a su

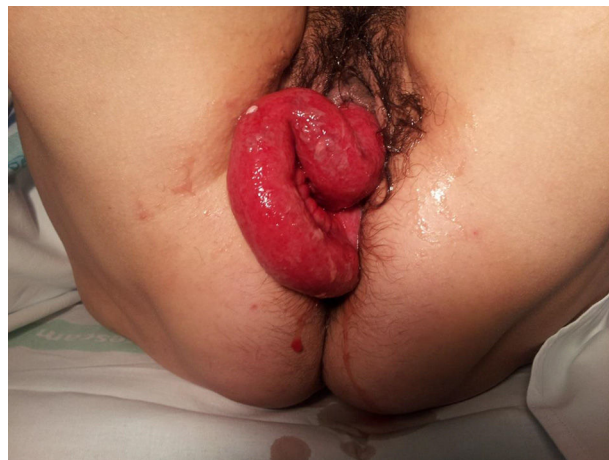


Figura 1 Evisceración intestinal transvaginal.

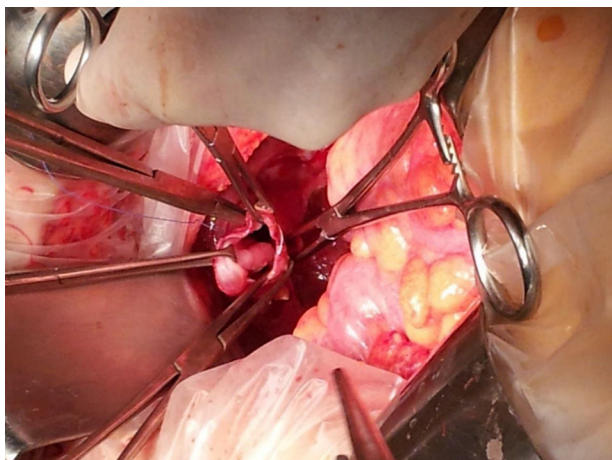


Figura 2 Defecto existente en la cúpula vaginal.

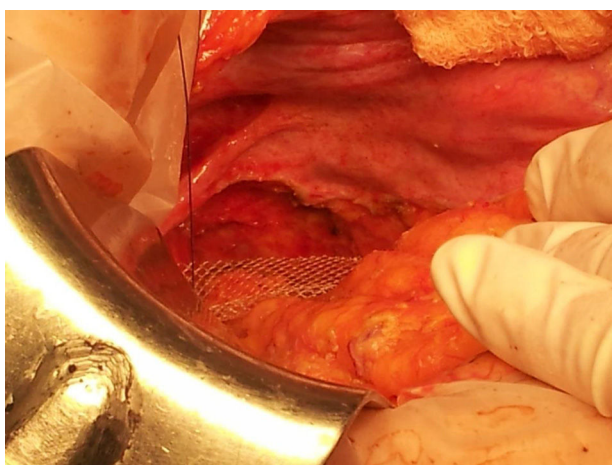


Figura 3 Colposacropexia con malla.

resección. La técnica quirúrgica empleada es la colposacropexia con malla, previa reparación y sutura continua del defecto existente en la colpocotomía (fig. 3).

El postoperatorio transcurre sin incidencias, por lo que se procede al alta hospitalaria 5 días después.

## Discusión

La evisceración es una complicación infrecuente de la cirugía abdominal, sobre todo la evisceración intestinal transvaginal tras histerectomía, que ocurre por la existencia de un tejido hipóxico e hipocelular que puede condicionar la rotura del mismo de forma espontánea o tras un traumatismo. En nuestro servicio, con más de 3.000 histerectomías realizadas por patología benigna a lo largo de este siglo, es el primer caso que hemos registrado.

Frecuentemente ocurre en mujeres *posmenopáusicas con factores de riesgo*: antecedente de cirugía, infecciones o hematomas postoperatorios, defectos de suelo pélvico, atrofia genital e hipoestrogenismo; condicionantes de ulceración y perforación de cúpula<sup>1,2,6-8</sup>. El reinicio precoz de la actividad sexual tras la cirugía o el tratamiento con corticoides aumenta el riesgo<sup>5</sup>. En *premenopáusicas* se relaciona con trauma obstétrico, coito, cuerpo extraño

y maniobras de Valsalva. Existen casos en pacientes de corta edad con presentación postcoital<sup>9</sup>. La histerectomía radical y la radioterapia adyuvante en casos de malignidad condicionan mayor riesgo de evisceración<sup>10</sup>.

La *comorbilidad* como los estados de malnutrición, el estreñimiento pertinaz y la obesidad son factores favorecedores. En nuestro caso se trata de una paciente joven, premenopáusica, con factores de riesgo conocidos, como son el antecedente de histerectomía vaginal por prolapso uterino a los 44 años y posterior disfunción pelviana con prolapso de cúpula, en la que la evisceración se produjo de forma espontánea, sin coito ni trauma previo.

La *clínica* es el inicio súbito de un cuadro de dolor abdominal, generalmente hipogástrico, sensación de tumoración vaginal junto con sangrado genital<sup>6,7</sup>. Estos 3 signos guía condujeron en nuestro caso al diagnóstico de forma precoz.

Entre los *órganos eviscerados* se ha descrito el prolapso de epiplón, trompas de Falopio o del apéndice ileocecal<sup>6</sup>; no obstante, es el íleon el órgano más frecuentemente eviscerado, como ocurre en el presente caso.

Según los trabajos consultados, el *lapso de tiempo* entre la cirugía y la presentación de la complicación oscila entre un día y hasta 24 años<sup>3</sup>. En nuestro caso este intervalo fue de 2 años pero es variable<sup>6</sup>.

En cuanto a la *localización del punto de rotura*, es distinta; en caso de histerectomía abdominal previa la rotura se suele producir a nivel de la cúpula vaginal, mientras que si la histerectomía fue vaginal se tiende a la rotura del colpocele posterior<sup>4</sup>, como en nuestro caso.

Entre las *estrategias preventivas* se proponen el cuidado del trofismo vaginal con estrógenos locales, las medidas encaminadas a reducir la comorbilidad como obesidad o estreñimiento, la prevención de complicaciones postoperatorias, por ejemplo, con la profilaxis antibiótica y la rehabilitación de la patología del suelo pélvico<sup>7</sup>.

Afortunadamente, es una condición infrecuente; el reconocimiento precoz y el tratamiento inmediato son necesarios para un resultado satisfactorio<sup>8</sup>. Tras el diagnóstico, es imperativa la estabilización hemodinámica, la reposición de fluidos, el control del dolor, la irrigación de las asas intestinales evisceradas, la cobertura antibiótica y la cirugía inmediata<sup>7</sup>. Una actitud activa previene mayor morbilidad, pues en ausencia de tratamiento puede desencadenar isquemia, necrosis, perforación intestinal y, consecuentemente, sepsis.

El *abordaje* de esta urgencia quirúrgica puede ser abdominal, vaginal, laparoscópico o combinado, en función de la estabilidad de la paciente, la viabilidad intestinal, el tipo de cirugía prevista y las habilidades del equipo quirúrgico<sup>4</sup>. La laparotomía podría ser de elección en caso de resección intestinal o técnicas correctoras complejas del defecto de suelo pélvico; la vía vaginal es suficiente en caso de cierre simple de la cúpula vaginal o en pacientes de alto riesgo quirúrgico.

En caso de existir defecto en el suelo pélvico, este puede ser reparado en el mismo acto quirúrgico o en un segundo tiempo, siendo la elección del momento ideal controvertido; así repararlo en un segundo tiempo conlleva menor tasa de infecciones, aunque supone una segunda cirugía y anestesia<sup>4</sup>.

La colposacropexia con malla es la técnica gold standard para la reparación del prolapso de cúpula. La colpocleisis

puede ser una opción válida en una paciente anciana sexualmente inactiva.

La singularidad de otro caso ocurrido en nuestro centro viene dada porque la evisceración intestinal transvaginal se produjo durante la administración de braquiterapia y que se resolvió mediante colporrafia a puntos sueltos con material irreabsorbible<sup>10</sup>.

La evisceración intestinal a través de vagina es una complicación posquirúrgica infrecuente tras la histerectomía, que requiere un diagnóstico precoz y un tratamiento quirúrgico urgente, dada la elevada morbimortalidad que asocia, con diferentes vías de abordaje y técnicas quirúrgicas disponibles en función de condiciones individuales.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses potencial.

### Bibliografía

1. Partsinevelos G, Rodolakis A, Athanasiou S, Antsaklis A. Vaginal evisceration after hysterectomy: A rare condition a gynecologist should be familiar with. *Arch Gynecol Obstet.* 2009;279:267–70.
2. Alvite Canosa M, Rivas Duro J, Fandiño García D, Álvarez Gutiérrez A, Monjero Ares I, Pérez Moreiras I, et al. Evisceración vaginal espontánea. *Rev Esp Enferm Dig.* 2011;103:165–6.
3. 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.
4. Sánchez Hidalgo JM, Naranjo Torres A, Ciria Bru R, Gallardo Valverde JM, Rufián Peña S. Evisceración vaginal. *Cir Esp.* 2008;84:101–11.
5. Ramírez PT, Klemer DP. Vaginal evisceration after hysterectomy: A literature review. *Obstet Gynecol Surv.* 2002;57:462–7.
6. Bueno Lledó J, Serralta Serra A, Planells Roig M, Dobón Giménez F, Ibáñez Palacín F, López Baeza F, et al. Evisceración vaginal. Aportación de tres casos. *Cir Esp.* 2002;71:89–91.
7. Calles Sastre L, Ramírez Medina E, Sancho Saucó J, Vignardi Guerra C, Cea Soriano M, Iglesias Coy E. Evisceración transvaginal espontánea en paciente anciana con prolapso genital. *Prog Obstet Ginecol.* 2013;56:316–8.
8. Serafim Parra R, Ribeiro da Rocha JJ, Feres O. Spontaneous transvaginal small bowel evisceration: A case report. *Clinics.* 2010;65:559–61.
9. McCullough MC, Hart S. Laparoscopic repair of postcoital vaginal evisceration with intact pelvic organs. *JSLs.* 2012;16:182–3.
10. Serrano Diana C, Roque Fernández MA, Gil Martínez-Acacio L, López del Cerro E, Gómez García MT, González de Merlo G. Evisceración intestinal transvaginal tras histerectomía abdominal. *Toko-Gin Pract.* 2015;74:57–9.