

**P. de la Fuente**  
**I. Mattos**  
**B. Díaz-Toledo**

## **Evisceración vaginal**

521

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

### **Correspondencia:**

Dr. P. de la Fuente.  
Departamento de Obstetricia y Ginecología.  
Hospital Universitario 12 de Octubre.  
Avda. de Córdoba, s/n. 28041 Madrid. España.  
Correo electrónico: pfuente.hdoc@salud.madrid.org

Fecha de recepción: 10/12/03  
Aceptado para su publicación: 9/06/04

### *Vaginal evisceration*

---

#### **RESUMEN**

Paciente de 75 años, con evisceración espontánea de asas de intestino delgado que se prolapsan a través de la vulva. La paciente presenta un perfecto estado general. Es operada de urgencia reponiendo las asas, suturando la perforación que se había producido en el fondo de saco vaginal posterior y realizando una reconstrucción de su periné con mallas. El postoperatorio transcurrió con normalidad y en la actualidad se encuentra bien.

#### **PALABRAS CLAVE**

Evisceración espontánea. Prolapso. Cirugía.

#### **ABSTRACT**

We present a 75-year-old patient with spontaneous small bowel evisceration with vulvar prolapse of the loops. The patient was in perfect general health and underwent emergency surgery to reposition the loops, repair the posterior vaginal wall perforation that had appeared, and reconstruct the perineum with mesh. The postoperative period was uneventful and the patient is currently well.

#### **KEY WORDS**

Spontaneous evisceration. Prolapse. Surgery.

#### **INTRODUCCIÓN**

El prolapso genital en sus diferentes modalidades es una de las patologías más frecuentes en ginecología, pero la evisceración de asas intestinales por genitales externos es excepcional. A continuación exponemos un caso de evisceración de intestino delgado a través de una perforación espontánea del Douglas.

#### **CASO CLÍNICO**

Paciente de 75 años de edad, que acude a urgencias por la aparición repentina de un bulto que sale por genitales, sin dolor.

Antecedentes obstétricos: 3 gestaciones y partos normales.

Antecedentes personales: colecistectomía, prolapso genital de III-IV grado, corregido con pesario.

Historia actual: estando en casa y sin pesario desde hacía unos días, de pronto ha notado un bulto en genitales, sin gran dolor ni sensación de mareo.

522

Exploración en urgencias: paciente con buen estado general. Presión arterial 130/80 mmHg. Por la vulva le salen las asas de intestino delgado con su correspondiente meso; las asas tienen una coloración sonrosada y presentan peristaltismo (fig. 1). Tras el diagnóstico de prolapso de intestino, se toma la decisión de intervenirla.

Exploración en quirófano bajo anestesia: se comprueba el prolapso y la salida por la vulva de 95 cm de intestino delgado con su meso. Al tacto se toca un agujero en fondo de saco posterior de más de 3 cm de diámetro por el que se ha prolapsado el intestino. Previo lavado del paquete prolapsado, se reponen las asas intestinales y se sutura la perforación del fondo del saco vaginal. Se realiza histerectomía vaginal y se corrige el enterocele colocando una malla y suturando los músculos elevadores en la línea media. El postoperatorio transcurre con normalidad, y se da de alta a los 7 días del ingreso. En el control realizado a los 6 meses, la paciente está sin molestias y se comprueba la corrección del enterocele.

## DISCUSIÓN

La evisceración de asas intestinales a través de la vagina y su salida por los genitales externos es una eventualidad muy rara; no obstante en una revisión de la bibliografía hemos encontrado 38 publicaciones, todas ellas son de un solo caso a excepción de las publicaciones de Ferrera y Thibodeaul<sup>1</sup> y la de Narducci et al<sup>2</sup>, que son de 2; hemos encontrado también una publicación de 3 casos<sup>3</sup>. Se señalan como factores predisponentes la cirugía previa, el enterocele, la vagina atrófica y el traumatismo del coito.

De las 38 publicaciones, en 21 había como antecedente el de una histerectomía, en 7 el de una histerectomía radical, a veces seguida de radioterapia, y en 5 existía el antecedente de la reparación de un prolapso genital. Sólo en 3 de las publicaciones la evisceración, al igual que en nuestro caso, se produjo en mujeres que no tenían el antecedente de cirugía ginecológica previa, pero en todas existía un prolapso genital y en 2, un enterocele.

En nuestro caso, la mujer tenía un prolapso que corregía a temporadas con un pesario, y existía la posibilidad de que le produjera alguna úlcera que facilitase la perforación de la vagina, a ello hay que



**Figura 1.** Prolapso de asas intestinales y meso a través de genitales externos

añadir la atrofia vaginal que presentaba. Otro denominador común en casi todos los casos publicados es la atrofia genital, motivada en la mayoría de los casos por un déficit de estrógenos como corresponde a la edad de estas mujeres prácticamente todas menopáusicas. En los casos en los que la evisceración fue posterior a una histerectomía radical, la debilidad de los tejidos seguramente se produjo por la disección agresiva de este tipo de intervención a la cual se suma, en algunas ocasiones, la radioterapia. Solo hay 2 casos en mujeres jóvenes, una de 23 años<sup>4</sup> y el otro producido durante el coito<sup>5</sup>, en este último caso se evidenció la perforación hasta el peritoneo y la eyaculación dentro de la cavidad peritoneal.

En cuanto a la sintomatología, llama la atención la falta de dolor y el buen estado general de la mujer, posiblemente esto era debido a que la perforación a través de la que se prolapsaban las asas era lo suficientemente grande como para no comprometer la irrigación de éstas. En varios casos de los publicados se produjo una estrangulación o una alteración de la irrigación lo suficientemente importante como para producir infarto de las asas u obstrucción intestinal<sup>6,7</sup>.

El tratamiento siempre es quirúrgico. Algunos cirujanos utilizan la vía abdominal para reponer las asas y realizar la resección intestinal cuando es necesaria, otros realizan la resección intestinal por vía vaginal<sup>8</sup>; finalmente, otros utilizan la vía vaginal o la abdominal y la vaginal combinadas. Al tiempo que se repara la evisceración debe resolverse la patolo-

gía que ha sido la causa, para ello algunos realizan una *cleisis* vaginal y otros recurren a la colocación de mallas; por último, hay quienes la reparación la hacen combinando la vía vaginal y la laparoscópica<sup>2</sup>. En nuestro caso, la reposición de las asas la hi-

cimos por vía vaginal así como la sutura de la perforación y la reparación del periné; en estos casos en los que, por regla general, los tejidos son muy poco resistentes las mallas pueden ser de una gran utilidad.

523

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ferrera PC, Thibodeau LG. Vaginal evisceration. *J Emerg Med* 1999;17:665-7.
2. Narducci F, Sonoda Y, Lambaudie E, Leblanc E, Querleu I. Vaginal evisceration after hysterectomy: the repair laparoscopic and vaginal approach with a omental flap. *Gynecol Oncol* 2003;89:549-51.
3. Somkuti SG, Vieta PA, Daugherty JF, Hartley LW, Blackmon EB Jr. Transvaginal evisceration after hysterectomy in premenopausal women: a presentation of three cases. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:567-8.
4. Cortes Algara AL, Eguiarte Calderón R, Manzanares Carrillo G, González Ramírez PA. Vaginal evisceration. Report of a case and review of the literature. *Ginecol Obstet Mex* 2000;68:171-3.
5. Haney AF. Vaginal evisceration after forcible coitus with intra-abdominal ejaculation. *J Reprod Med* 1978;21:254-6.
6. Carley ME, González Bosquet J, Stanhope CR. Small bowel obstruction associated with post-hysterectomy vaginal vault prolapse. *Obstet Gynecol* 2003;102:524-6.
7. Dziecieuchowicz L, Staniszewski R, Waliszewski K. Vaginal evisceration with secondary torsion of small intestinal. *Wiad Lek* 1999;52:417-9.
8. Moen MD, Desai M, Sulkowski R. Vaginal evisceration managed by transvaginal bowel resection and vaginal repair. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003;14:218-20.