



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Evisceración vaginal traumática en mujer posmenopáusica



Laura Ortolá Cerdán^{a,*}, María Pérez Árguedas^a, Nuria Álvarez Prieto^a,
Rebeca Puente Blanco^a, Ernesto Bas Esteve^a, Mar Fitor Serrano^a,
Carmen Díaz-Caneja Planell^a y Carmen Zamora Amorós^b

^a Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa, Alicante, España

^b Servicio de Cirugía General, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa, Alicante, España

Recibido el 5 de noviembre de 2014; aceptado el 2 de marzo de 2015

Disponible en Internet el 15 de abril de 2015

PALABRAS CLAVE

Evisceración vaginal;
Prolapso uterino;
Traumatismo vaginal

KEYWORDS

Vaginal evisceration;
Uterine prolapse;
Vaginal trauma

Resumen La evisceración vaginal es una emergencia médica rara que se presenta con mayor frecuencia en mujeres posmenopáusicas con antecedente de cirugía pélvica o vaginal, especialmente histerectomía, y cierta disfunción del suelo pélvico. Sin embargo, la evisceración espontánea vaginal sin antecedentes de cirugía previa en este tipo de pacientes es aún más infrecuente. Se describe a continuación un caso de evisceración vaginal traumática en una mujer posmenopáusica.

© 2014 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Traumatic vaginal evisceration in a postmenopausal woman

Abstract Vaginal evisceration is a rare medical emergency that usually occurs in postmenopausal women with a history of pelvic or vaginal surgery, especially hysterectomy, and some pelvic floor dysfunction. Spontaneous vaginal evisceration without previous surgery in these patients is even more uncommon. We discuss a case of spontaneous vaginal evisceration after vaginal trauma in a postmenopausal woman.

© 2014 SEGO. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La evisceración vaginal (EV) está precedida por lo general de una dehiscencia de la cúpula vaginal, es decir, de una separación de la incisión vaginal realizada tras una histerectomía total. La dehiscencia de cúpula es rara, por lo que es difícil

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: laura.ortolacerdan@gmail.com
(L. Ortolá Cerdán).

estimar su verdadera incidencia y conocer los factores pre-disponentes. La EV se produce en aproximadamente el 70% de los casos de dehiscencia de cúpula vaginal¹.

La bibliografía publicada sobre el tema permite hablar de una incidencia de dehiscencia vaginal de un 0,24% tras histerectomía, siendo ligeramente superior en caso de histerectomía total laparoscópica (0,7-1,4%) en comparación con histerectomía total abdominal (0,1-1,3%) o histerectomía total vaginal (0,1-0,3%)²⁻⁴. Se describe una incidencia de dehiscencia del muñón vaginal después de cualquier tipo de cirugía pélvica del 0,03%, variando según el abordaje quirúrgico².

En general, la dehiscencia del manguito vaginal está asociado con factores de riesgo de mala cicatrización de heridas, infección vaginal, traumatismo vaginal, presión excesiva en el lugar de la incisión vaginal o defectos del suelo pélvico. Sin embargo, algunos casos de dehiscencia de la cúpula vaginal ocurren espontáneamente¹.

En las mujeres premenopáusicas, la dehiscencia se produce durante el postoperatorio temprano (de 2 a 5 meses) y el desencadenante más común es la relación sexual tanto para la dehiscencia de cúpula como para la evisceración vaginal sin antecedente de cirugía previa^{1,2}, siendo en estos casos la rotura del fondo de saco posterior la lesión más frecuentemente descrita^{3,5}. Por el contrario, en las mujeres posmenopáusicas la rotura del manguito vaginal se asocia a una debilidad progresiva de la cicatriz y a un aumento de la presión intraabdominal, que puede ocurrir meses o años después de la cirugía. A modo de resumen, se puede decir que los principales factores de riesgo de la EV son: mujer posmenopáusica, edad avanzada, antecedente de cirugía pélvica, multiparidad y antecedente de enteroceles. Son pocos los casos publicados de mujeres posmenopáusicas con evisceración vaginal sin antecedente de cirugía pélvica previa; cerca del 73% de las mujeres que sufren una EV presentan este antecedente^{6,7}.

La clínica del cuadro puede presentarse como secreción acuosa o sangrado vaginal, dolor pélvico y/o presión o tumoración que sobresale por la vagina.

El intestino delgado, en concreto el íleon distal, es el órgano que más frecuentemente se eviscera a través de la dehiscencia vaginal.

La evisceración del intestino puede dar lugar a lesiones del mismo, incluyendo perforación, encarcelamiento y estrangulación posterior, necrosis, peritonitis o sepsis.

En cuanto al tratamiento, no hay consenso sobre la técnica quirúrgica de elección para reparar la dehiscencia vaginal, ni sobre la técnica de cierre de la cúpula vaginal tras histerectomía que haya demostrado una disminución de una futura dehiscencia de cúpula. El tratamiento de la dehiscencia vaginal con evisceración debe ser siempre quirúrgico. El abordaje puede ser vaginal, abdominal o combinado, siendo este último de elección en la mayoría de casos. El objetivo del tratamiento es la reducción del contenido abdominal eviscerado, la revisión y reparación del intestino dañado con resección posterior del tejido isquémico, y por último la reparación del defecto vaginal. No existe consenso acerca del momento en que se ha de realizar la reparación de la lesión del suelo pélvico. Algunos autores que prefieren hacerlo en diferido abogan un menor índice de infección. Hasta el momento no existen diferencias estadísticamente significativas entre realizar la

reparación en el mismo acto quirúrgico o realizarlo en diferido^{1,8-11}.

Caso clínico

Se expone a continuación el caso de una paciente posmenopáusica con prolapso uterino que tras traumatismo vaginal presenta una EV. Se trata de una mujer de 73 años de edad que, entre los antecedentes de interés, destacan multiparidad (4 partos eutócicos) y menopausia desde los 52 años. Tras una caída accidental sobre el prolapso en el domicilio se produce una EV espontánea. A su llegada a urgencias presenta el paquete intestinal eviscerado por vagina con útero prolapsado (figs. 1 y 2).

Es intervenida de urgencia conjuntamente por los servicios de cirugía y ginecología, donde se realiza reintroducción del paquete intestinal a través del desgarro vaginal (fig. 3), con la posterior reparación del mismo (figs. 4 y 5).

Posteriormente, mediante una laparotomía media suprainfraumbilical se realiza una revisión de la cavidad abdominal, del paquete intestinal y del marco cólico, visualizándose un ligero desgarro de meso intestinal sin afectación de vascularización. No se identifican lesiones de serosa intestinal ni líquido libre intraabdominal ni hemoperitoneo.

Durante el postoperatorio la paciente evoluciona favorablemente y se programa para realizar, en un segundo tiempo, histerectomía total vaginal con colocación de malla anterior y posterior. Durante el segundo postoperatorio la paciente evoluciona dentro de la normalidad, y actualmente se encuentra asintomática.

Discusión

La EV tiene una incidencia baja, o quizás subestimada, debido a los pocos casos registrados en la literatura, lo que hace difícil calcular una incidencia exacta de la misma.

En la mayoría de los casos publicados se describe a pacientes con antecedente de cirugía pélvica previa, principalmente histerectomía total, y los principales factores de riesgo observados son una mala técnica quirúrgica, infección



Figura 1 Prolapso genital y evisceración de asas intestinales.

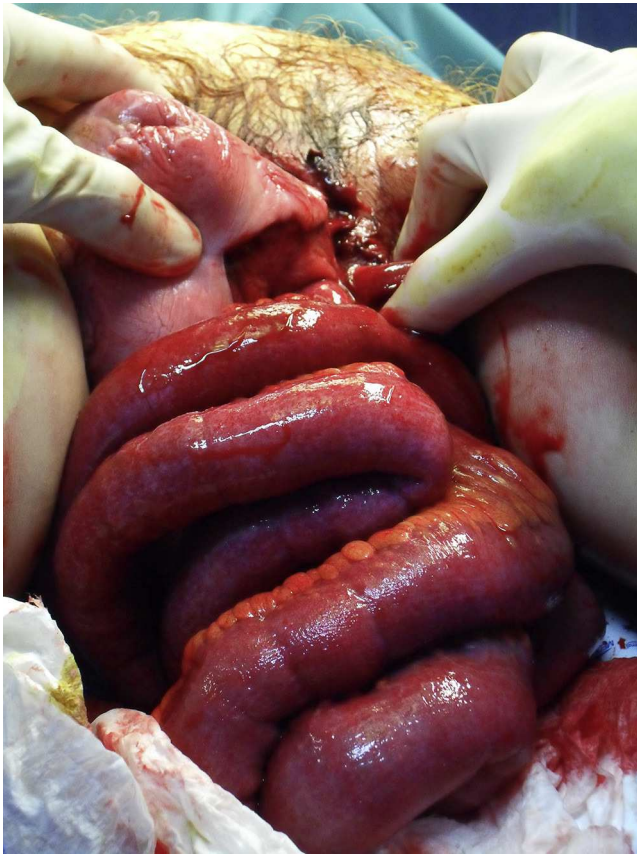


Figura 2 Desgarro vaginal.

postoperatoria, hematoma o absceso de cúpula, coito antes de la curación completa, edad avanzada, radioterapia, tratamiento corticoideo, traumatismo, y maniobras de Valsalva que aumenten la presión intraabdominal.

En nuestro caso, se trata de una paciente sin antecedente de cirugía pélvica, en la que los factores de riesgo recalables son multiparidad, prolapso uterino previo, edad avanzada (lo que supone una debilidad del suelo pélvico y pérdida de elasticidad del tejido), y el desencadenante principal de un traumatismo vaginal.



Figura 3 Reposición de asas intestinales vía vaginal.

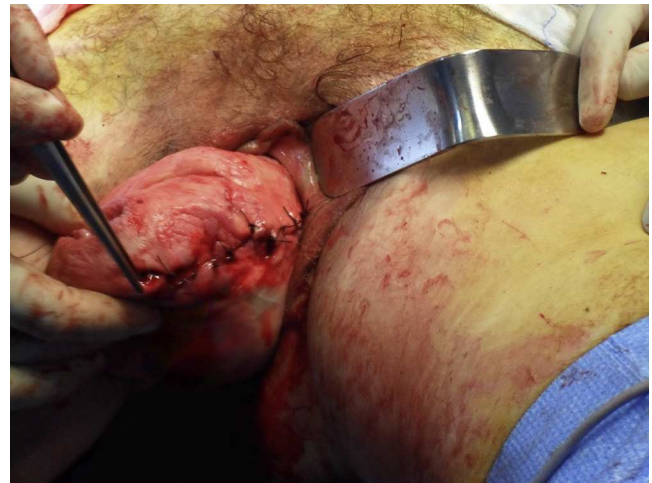


Figura 4 Sutura del desgarro vaginal.

La EV se ha de tener en cuenta ante la llegada de una paciente, principalmente posmenopáusica con antecedentes de cirugía pélvica, con dolor abdominal, sangrado o leucorrea vaginal, y/o sensación de tumoración vaginal. Es precisa una correcta exploración física ante este cuadro clínico, y un tratamiento quirúrgico urgente con el fin de preservar la viabilidad del intestino eviscerado, y la reparación posterior del defecto vaginal.



Figura 5 Resultado final una vez corregido el prolapso.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Cronin B, Sung VW, Matteson KA. Vaginal cuff dehiscence: Risk factors and management. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;206:284–8.
2. Hye-Chun Hur Vaginal cuff dehiscence after hysterectomy. UpToDate Web site [consultado 22 Jul 2013]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>.
3. McCullough MC, Hart S. Laparoscopic repair of postcoital vaginal evisceration with intact pelvic organs. *JSLs.* 2012;16:182–3.
4. Kho RM, Akl MN, Cornella JL, Magtibay PM, Wechter ME, Magrina JF. Incidence and characteristics of patients with vaginal cuff dehiscence after robotic procedures. *Obstet Gynecol.* 2009;114:231–5.
5. 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.
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. Serafim Parra R, Ribeiro da Rocha JJ, Feres O. Spontaneous transvaginal small bowel evisceration: A case report. *Clinics (Sao Paulo).* 2010;65:559–61.
8. Siddiqui I, Samee A, Hall C, Cooper J, O'Mahony F. Spontaneous vaginal evisceration. *BMJ Case Reports.* 2011. published online 3 March 2011, doi:10.1136/bcr.10.2010.3410.
9. Escandón Espinoza YM, González Acosta MA, Manjarrez Cuenca JA, Oropeza Ortiz G, Vásquez Guerra H, Cruz Salinas MA. Evisceración intestinal postraumática por toma de Papanicolau. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas.* 2011;16:177–81.
10. Alvite-Canosa M, Rivas Duro J, Fandiño García D, Álvarez Gutiérrez A, Monjero Ares I, Pérez Moreiras I, et al. Spontaneous vaginal evisceration. *Rev Esp Enferm Dig.* 2011;103:162–3.
11. Bozkurt N, Korucuoglu U, Bakirci Y, Yilmaz U, Sakrak O, Guner H. Vaginal evisceration after trauma unrelated to previous pelvic surgery. *Arch Gynecol Obstet.* 2009;279:595–7.