

Características de las pacientes con rotura vaginal y evisceración

L. Forcen, G.I. Mattos, G.F. Maroun, B.M. Muñoz, S. de Miguel, P. Viana, G.J.M. Hernández y P. de la Fuente

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

ABSTRACT

Objective. To identify the profile of women with vaginal rupture and establish a possible relationship with the factors encountered.

Material and methods. A review was made of those women who had attended the Maternity emergency department over the last 6 years, with acute pain, a sensation of fullness in their genital area and vaginal bleeding following "sexual relations", or which presented "spontaneously" after making some effort.

Results. The majority of vaginal ruptures (96.6%) were presented as tears in young women and were associated with "sexual" relations. Vaginal ruptures with evisceration are extremely rare (6.6%), and may also present in young women, associated with sexual relations and the previous existence of some pelvic floor dysfunction. Spontaneous vaginal rupture with evisceration may present in postmenopausal women (3.3%) with pelvic floor dysfunction and possibly previous gynaecological surgery. Surgery is carried out vaginally, complications are rare, and hospital stay is very short.

Conclusions. Vaginal evisceration is a very rare event, and is most frequently related to pelvic dysfunction and coitus. The greatest risk factors are: hypoestrogenism, the postmenopausal age, and previous pelvic dysfunction. The ideal management of this serious entity is by vaginal route, although depending on the state of the eviscerated organs.

INTRODUCCIÓN

La rotura vaginal en su forma más leve es poco frecuente, se presenta como desgarro y en la mayoría de los casos se asocia con las relaciones sexuales. En los casos más graves, de desgarro vaginal con evisceración tras el coito, situación también rara, se desconoce

si la lesión es consecuencia de un acto consentido o de violencia sexual, ayudado o no por alguna disfunción anatómica que ha facilitado tal accidente. Si estas situaciones anteriores son poco frecuentes^{1,2}, la rotura vaginal espontánea con evisceración es un episodio extremadamente raro en la práctica clínica y se produce, según la revisión bibliográfica, un caso cada 2 años en todo el mundo, lo cual hace poco probable que un mismo ginecólogo se enfrente más de una vez a este problema en su vida profesional³⁻⁵.

OBJETIVO

Identificar el perfil de las mujeres con rotura vaginal espontánea o provocada con la finalidad de establecer una posible relación con alguno de los factores encontrados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de una revisión de los últimos 6 años (1998-2003) de las mujeres que habían asistido a urgencias de la maternidad aquejadas de dolor agudo, sensación de masa en sus genitales y sangrado vaginal producido después de una relación sexual o que se presentó espontáneamente tras un esfuerzo. La información clínica que se recogió incluía: datos demográficos, antecedentes personales de interés, enfermedades que presentaba, antecedentes de cirugía vaginal previa, síntomas clínicos, manejo de las pacientes, complicaciones, estancia hospitalaria y conclusiones. Para el análisis de nuestros datos se utilizó la estadística básica. Comparamos nuestros resultados con los mencionados en la bibliografía consultada.

RESULTADOS

Se ha encontrado a 30 mujeres con rotura vaginal, la edad media fue de 46,5 años (17-76); 24 (80%) estaban casadas y 6 (20%) eran solteras; 12 (40,0%) eran nulíparas y 18 (60%) habían tenido entre 1 y

—
 Aceptado para su publicación el 8 de julio de 2004.

TABLA I. Antecedentes

Cirugía previa (episiotomía)	1 (3,3%)
Desgarro vaginal anterior poscoito + prolapso uterino	1 (3,3%)
Prolapso uterino grave	1 (3,3%)
Menopáusicas	9 (30%)
Sin antecedentes	18 (60%)
Total	30 (100%)

TABLA II. Motivo de consulta

Sangrado tras maniobra exploradora	1 (3,3%)
Shock	1 (3,3%)
Sensación de masa + sangrado + dolor espontáneo	1 (3,3%)
Sensación de masa + dolor + sangrado poscoito	1 (3,3%)
Dolor y sangrado poscoito	26 (86,6%)
Total	30 (100%)

TABLA III. Hallazgos en la exploración

Desgarro vaginal único en el fondo del saco de Douglas	21 (70%)
Más de uno	9 (30%)
Longitud del desgarro de 1-3 cm	25 (83,3%)
Longitud del desgarro de 3-5 cm	5 (16,7%)
Rotura vaginal con evisceración	2 (6,6%)

3 hijos; antecedentes importantes: 2 (6,6%) presentaban prolapso uterino, una de ellas, la más joven (27 años), con antecedentes de un parto eutócico y la otra, posmenopáusica (tabla I); el motivo principal por el que acudieron a urgencias fue por dolor y sangrado vaginal (tabla II). Los hallazgos en la exploración fueron: desgarro vaginal único en el 70% (21 casos) y más de un desgarro en el 30% (9 casos), la longitud del desgarro fue de entre 1 y 3 cm en el 83,3% (25 casos) y entre 3 y 5 cm en el 16,7% (5 casos) (tabla III), y rotura vaginal con evisceración en 2 casos (6,6%). Una de estas pacientes es una mujer de 27 años con antecedentes de un parto vaginal eutócico, presentaba un prolapso uterino de grado II y además hacía 6 meses que había tenido un desgarro en la pared lateral vaginal de 1 a 2 cm, en las 2 veces fue una rotura traumática (poscoital). En la exploración se encontró una rotura del fondo de saco de Douglas de 3 a 4 cm, con asas de intestino delgado en la vagina, aproximadamente unos 15 cm (fig. 1). La otra evisceración se presentó en una mujer de 76 años tras una rotura espontánea después de un esfuerzo y que a la inspección se encontraron asas de intestino delgado, exteriorizadas a través de la vulva, de aproximadamente 20-30 cm de largo, con signos de vitalidad conservada (buena coloración y movimientos peristálticos)

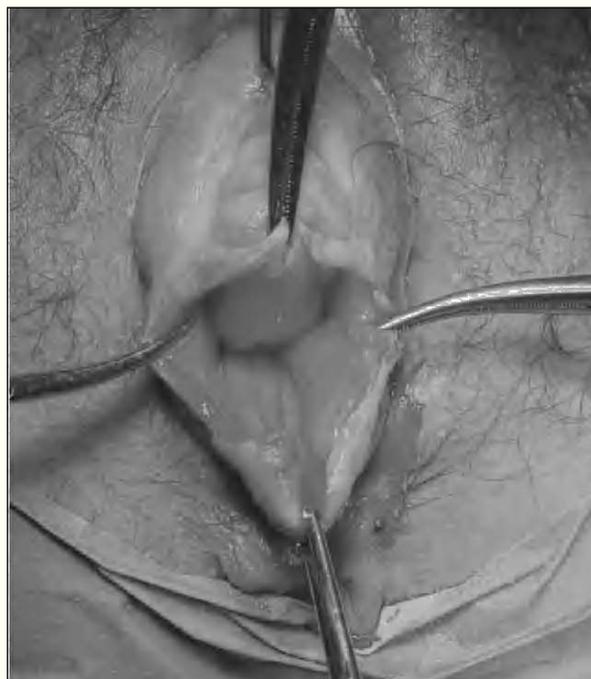


Fig. 1. Rotura vaginal con evisceración en mujer de 27 años.

(fig. 2). En todas las pacientes, el tratamiento quirúrgico se realizó por vía vaginal y en una de ellas con la técnica de Lahard; en todos los casos se utilizó tratamiento profiláctico con antibióticos; un solo caso (3,3%) se complicó con fiebre; el 60% no precisó hospitalización y en el resto la estancia media fue de 2,7 días (tabla IV).

DISCUSIÓN

La mayoría de las mujeres que han presentado una evisceración vaginal tienen, como antecedentes, cirugía vaginal previa, y sobre todo si son mujeres menopáusicas, el 67% según Kowalski et al⁴. En la revisión bibliográfica que realizan Ferrera y Thibodeau⁶ concluyen que, como mínimo, al 54% de todas las mujeres que presentaron evisceración vaginal se les había realizado cirugía vaginal previa, con un rango de entre un día y 15 años después de la intervención. Ramírez y Klemer⁷ mencionan que el 63% de las mujeres evisceradas habían sido intervenidas quirúrgicamente por vía vaginal y el 32%, por vía abdominal. Estas pacientes son típicamente mujeres mayores, aunque también hay roturas vaginales en mujeres jóvenes, pero estos casos están asociados a violaciones o introducción de cuerpos extraños en la vagina^{1,2,8,9}. En las



Fig. 2. Rotura vaginal con evisceración en mujer de 76 años.

TABLA IV. Otros datos

Antibióticos profilácticos	30 (100%)
Complicaciones posquirúrgicas (fiebre)	1 (3,3%)
Sin complicaciones	29 (96,6%)
Sin hospitalización	18 (60%)
Hospitalización de 1 día	5 (16,6%)
Hospitalización de 2 días	4 (13,3%)
Hospitalización de 3 días	1 (3,3%)
Hospitalización de 4 días	2 (6,6%)

mujeres posmenopáusicas, la evisceración ocurrió como consecuencia del aumento de la presión intra-abdominal por la tos, el esfuerzo en la defecación o una relación sexual violenta^{4,10-12}. La evisceración puede ocurrir también en pacientes con histerectomía abdominal previa^{13,14} y después de radioterapia por enfermedad maligna^{9,15,16}. En nuestra serie, los 2 casos de rotura vaginal con evisceración se presentaron, uno, en una mujer joven con antecedentes de un parto eutócico, con prolapso uterino de grado II y que había sufrido ya un desgarró vaginal asociado al coito, es decir que este desgarró, poco frecuente, se produjo por una acción traumática sobre un órgano que manifestaba ya alguna disfunción. El otro caso se presentó en una mujer de 76 años de edad que también presentaba un prolapso uterino grave con enterocele y que estaba pendiente de cirugía porque no toleraba el peso. En este caso la atrofia vaginal asociada al enterocele probablemente sea la causa de la rotura, como sostienen Kowalski et al⁴. Las pacientes habitualmen-

te se presentan con dolor pelviano o vaginal, sangrado vaginal y la sensación de una masa en los genitales o entre las piernas^{11,17}. En una de nuestras pacientes el hallazgo de las asas de intestino delgado por fuera de los genitales externos puede ser obvio (fig. 1). Sin embargo, en otras ocasiones cuando la evisceración no es tan evidente, se necesita una exploración e inspección interna de vagina para hacer el diagnóstico, así fue nuestro segundo caso. En muchos informes se asocia el enterocele con la evisceración, y se comenta que el saco del enterocele, que está compuesto de peritoneo, fascia rectovaginal y pared vaginal muy adelgazadas, se rompe debido a la pérdida de la resistencia, y ello conduciría a la evisceración^{4,14}. El tratamiento debe ser urgente, mediante control del dolor, colocación de las asas intestinales en unas compresas estériles y con antisépticos, antibiotioterapia para agentes de flora intestinal, dependiendo de las condiciones en las que se encuentren las asas intestinales y el tamaño del defecto del prolapso vaginal; algunas de las evisceraciones se las puede solucionar por laparotomía con la reposición intestinal previa por vía transvaginal, con la subsiguiente reparación vaginal^{2,4,11}. En nuestra serie todas fueron resueltas por vía vaginal. En algunos casos ha sido necesaria la resección intestinal¹⁷. Cuando se asiste a tiempo y adecuadamente, no hay complicaciones o éstas son menores.

CONCLUSIONES

La evisceración vaginal es un episodio raro y está más frecuentemente relacionado con cirugía vaginal previa, realizada por disfunción pelviana, o con el coito, sobre todo en mujeres posmenopáusicas. Los factores de mayor riesgo son: el hipoestronismo, la edad posmenopáusica, el padecimiento previo de una disfunción pelviana y, sobre todo, el enterocele. El manejo ideal de este cuadro grave o menos grave es el abordaje quirúrgico; se ha de individualizar cada caso y se procederá según el estado de vitalidad de los órganos eviscerados.

RESUMEN

Objetivo. Identificar el perfil de las mujeres con rotura vaginal y establecer una posible relación con los factores encontrados.

Material y métodos. Se trata de una revisión de los últimos 6 años (1998-2003) de las mujeres que habían asistido a urgencias de la maternidad por dolor agudo, sensación de masa en sus genitales y sangrado vaginal, producido después de una relación

sexual o que se presentó espontáneamente tras un esfuerzo.

Resultados. La mayoría de las roturas vaginales (96,6%) se presentan en forma de desgarros, en mujeres jóvenes y están asociadas a las relaciones sexuales. Las roturas vaginales con evisceración son extremadamente raras (6,6%), se pueden presentar en mujeres jóvenes asociadas también a relaciones sexuales y a alguna disfunción previa del suelo pelviano. La rotura vaginal espontánea con evisceración se puede presentar en mujeres menopáusicas (3,3%) con disfunción del suelo pelviano y con antecedentes o no de cirugía ginecológica previa. En todos los casos se puede realizar el tratamiento quirúrgico por vía vaginal, las complicaciones son raras y la estancia hospitalaria, muy corta.

Conclusiones. La evisceración vaginal es un episodio raro y está más frecuentemente relacionado con la disfunción pelviana y con el coito. Los factores de mayor riesgo son: el hipoestronismo, la edad posmenopáusica o una disfunción pelviana previa. El manejo ideal de este cuadro grave o menos grave es el abordaje por vía vaginal, que se debe individualizar según el estado de vitalidad de los órganos eviscerados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lask S. Perforation of a posterior fornix and pouch of Douglas during coitus. *Br Med J.* 1948;1:468.
2. Hall BD, Phelan JP, Pruyn SC, Gallup DG. Vaginal evisceration during coitus: a case review. *Am J Obstet Gynecol.* 1978;131:115-6.
3. Cortez A, Eguiarte R, Manzanares G, González P. Evisceración vaginal. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Ginec Obstet Mex.* 2000;68:171.
4. Kowalski LD, Seski JC, Timmins PF, Kanbour AL. Vaginal evisceration: presentation and management of surgery. *J Am Coll Surg.* 1996;183:225-9.
5. Friedel W, Kaiser I. Vaginal evisceration. *Obstet Gynecol.* 1975;45:315-9.
6. Ferrera PC, Thibodeau LG. Vaginal evisceration. *J Emerg Med.* 1999;17:665-7.
7. Ramírez PT, Klemer DP. Vaginal evisceration after hysterectomy: a literature review. *Obstetrical and Gynecological Survey.* 2002;57:462-7.
8. Haney AF. Vaginal evisceration after forcible coitus with intraabdominal ejaculation. *J Reprod Med.* 1978;21:254-6.
9. Rolf BB. Vaginal evisceration. *Am J Obstet Gynecol.* 1970;107:369-75.
10. Balasubramanian R, Oates S. Vaginal evisceration. *Br J Hosp Med.* 1996;55:218.
11. Farrel SA, Scotti RJ, Ostergard DR, Bent AE. Massive evisceration: a complication following sacrospinous vaginal vault fixation. *Obstet Gynecol.* 1991;78:560-2.
12. Kambouris AA, Drukker BH, Barron J. Vaginal evisceration: a case report and brief review of the literature. *Arch Surg.* 1981;116:949-51.
13. McGinn RC, Grannum PAT, Reichenbach AE. Vaginal evisceration following total abdominal hysterectomy. *Conn Med.* 1977;41:410-1.
14. 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.
15. Chan PL, Neale R. Spontaneous rupture of the vaginal vault with small bowel prolapse. *Obstet Gynecol.* 1982;60:754-6.
16. Habeck EA, Peters LM. Evisceration of bowel through the vagina following irradiation for cervical carcinoma: report of first known case. *Wis Med J.* 1968;67:374-5.
17. Guttman A, Afilalo M. Vaginal evisceration. *Am J Emerg Med.* 1990;8:127-8.