

## Evisceración vaginal

Adel F, Sabater C, Ramia JM, De la Plaza R, Quiñones JE, Garcia-Parreño J

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara

La evisceración vaginal (EV) es una complicación poco frecuente pero supone una urgencia quirúrgica, suele presentarse en mujeres postmenopausicas, relacionada sobre todo con cirugía vaginal previa y cierto grado de disfunción del suelo pélvico.( 1)

Es mucho menos frecuente en el caso de la mujer premenopausica, y suele estar asociada con traumatismos durante el coito, violaciones, iatrogenia, e introducción de cuerpos extraños.(2)

Mujer de 81 años con antecedente de histerectomía y doble anexectomía hace 14 años y cáncer gástrico con carcinomatosis tratada con quimioterapia, actualmente en remisión completa. Acude al servicio de urgencias al observar tras realizar una deposición, la salida del intestino delgado por la vagina, acompañado de mareos y sudoración fría (Figura 1). A la exploración se aprecia erosión de la pared posterior de la vagina y evisceración de parte de intestino delgado. Se le realiza TAC abdominopélvico que confirma la presencia de enterocele a través del fundus vaginal. Se decide realizar intervención quirúrgica urgente. En posición de litotomía se practica abordaje combinado. Se accede a la cavidad abdominal mediante laparotomía media infraumbilical, y se reduce el intestino delgado a la cavidad abdominal por completo, comprobando previamente su viabilidad. Posteriormente, se cierra la pared posterior de la vagina con varios puntos de poliglactina 910 (3/0) . Se coloca un drenaje de silicona en la pelvis y se cierra la laparotomía. La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta al 4º día postoperatorio. A los 6 meses de la intervención quirúrgica la paciente se encuentra asintomática, sin dolor abdominal ni pélvico y sin recidiva del enterocele.

La revisión de los últimos 50 casos publicados en la literatura internacional, determina que la EV sucede en un 68% de los casos en pacientes postmenopáusicas (6) y que los factores asociados a EV más importantes son: antecedentes de histerectomía vía vaginal (62% de los casos), histerectomía vía laparotómica (32%) y de histerectomía vía laparoscópica (5%); los defectos de la cúpula vaginal y el suelo pélvico (3) y el estado hipoestrogénico que genera atrofia de la pared vaginal. El fornix posterior de la vagina es el lugar más frecuente de herniación, y la evisceración se produce a través del saco de Douglas (4).

La EV es una urgencia quirúrgica, su tratamiento depende de la naturaleza y de la viabilidad de la estructura herniaria, y puede realizarse por vía vaginal, abdominal o combinada. Ante la sospecha de obstrucción intestinal, la vía abdominal es la preferente, aunque el abordaje combinado según la mayoría de los autores es el más adecuado (7). Si existe compromiso vascular en el tramo intestinal afectado se valorará la resección segmentaria intestinal. Para cerrar el defecto de la cúpula vaginal y la reparación del enterocele se puede utilizar la vía abdominal o vaginal. El cierre simple de la cúpula vaginal es suficiente en la mayoría de los casos, aunque en ocasiones se ha utilizado malla de material irreabsorbible PTFE para reforzar la sutura y prevenir la recidiva herniaria, que es frecuente por la mala calidad de los tejidos pélvicos, lo que hace aconsejable un control periódico de estas pacientes (1,5).

Existe controversia sobre el momento ideal para reparar la disfunción del suelo pelvico, algunos autores creen que la mejor opción es repararlo en un segundo tiempo quirúrgico, lo que conllevaría un menor índice de infecciones, aunque el riesgo añadido de una segunda anestesia y procedimiento quirúrgico (2). Otras medidas consisten el la colpectomía o la obliteración del fondo de saco de Douglas. En las pacientes



ancianas, sexualmente inactivas, la colpoclisis es una opción válida.

En conclusión, la EV es una urgencia quirúrgica, que se da con mayor frecuencia en mujeres posmenopáusicas con antecedente de cirugía vaginal previa. El tratamiento consta de tres fases, la primera es la reducción del contenido abdominal eviscerado y reseca el isquémico, luego debe extirparse el tejido vaginal desvitalizado, y por último reparar el defecto vaginal.

Dada la alta tasa de recidiva por la debilidad de los tejidos pélvicos, es importante el seguimiento de estas pacientes.

### Bibliografía

1. Bueno Lledó J, Serralta S, M. Planells Roig, Dobon Jiménez F, Ibáñez Palacin F, Lopez Baeza F, Rodero Astaburuaga C y Rodero Rodero D. Evisceración vaginal. Aportación de tres casos. *Cir Esp* 2002; 71: 89-91.
2. Kunter Y, Polat D, Murat G. Posthysterectomy intestinal prolapse alter coitus and vaginal repair. *Arch Gynecol Obstet* 2005; 272: 80-81.
3. Sanchez Hidalgo JM, Naranjo Torres A, Ciria Bru R, J. María Gallardo Valverde, S. Rufián Peña. Evisceración vaginal. *Cir Esp* 2008; 84: 101-11.
4. Amaya JL, Correa M, Espín M, Leal A, Vinagre L, Tellez P, Evisceración vaginal. Aportación de dos casos y revisión de bibliografía. *Cir Esp* 2000; 68:496-7.
5. Ferri J, Simón C, Ruiz G, Vaginal evisceration : surgical repair with synthetic mesh. *Int J Gynaecol obstet* 1996; 54: 183-4.
6. Kowalski LD, Sexy JC, Timmins PF, Kanbour AL, Kunschner AJ, Kanbour- Shakir A. Vaginal evisceration: presentation and managment in postmenopausal women: *J Am Coll Surg* 1996; 116: 949-951.
7. Cruikskank SH, Kovac SR. Randomized comparison of three surgical methods used at the time of vaginal hysterectomy to prevent posterior enterocele. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180: 859-65.