

Evisceración vaginal

Valera Sánchez, Z.; Naranjo Fernández, JR.; Sánchez Moreno, L.; y Gómez Rosado, J.C.

Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción

La evisceración vaginal es un acontecimiento raro. Fue descrita por primera vez en 1907 por Mc Gregor; una revisión de la literatura entre 1900 y 2004 reveló menos de 100 casos publicados. Las pacientes típicamente presentan dolor abdominal, sangrado vaginal y una masa de intestino delgado asomando por vagina¹. Se suele presentar en la postmenopausia, relacionada con cirugía previa ginecológica y cierto grado de disfunción de suelo pélvico, y en multíparas^{1,2}. La evisceración vaginal es una emergencia quirúrgica que requiere una intervención rápida. Se asocia a un índice de mortalidad del 5,6 %, siendo el índice de morbilidad mayor cuando se requiere una resección intestinal por estrangulación de asas³.

Presentamos el caso clínico de una paciente postmenopáusica con antecedente de histerectomía previa que tras un esfuerzo defecatorio se evisceró vaginalmente.

Caso clínico

Mujer de 78 años de edad que presenta como antecedentes personales HTA e intervención por adenocarcinoma de endometrio mediante procedimiento de Werthein- Meigs en 1996. Acude a urgencias por dolor abdominal, clínica obstructiva (vómitos y distensión abdominal) y tumoración en genitales externos de horas de evolución. Durante la anamnesis la paciente refiere que tras un esfuerzo defecatorio presentó un dolor perineal intenso (corresponde a la rotura vaginal aunque en ese momento no se exteriorizan asas a vagina) y que horas después comenzó con náuseas y vómitos, y que tras uno de los vómitos se notó un “peso” en los genitales, siendo entonces cuando decide acudir a Urgencias. Tras valoración por Ciru-

gía se evidencian asas de intestino delgado eritematosas y con signos de sufrimiento vascular evisceradas por vagina (figura 1). Se decide intervención quirúrgica urgente por evisceración de asas intestinales por vagina con estrangulación de las mismas. En quirófano se intenta en primer lugar una reducción de asas vía perineal, como no se consigue la reducción completa se realiza una laparotomía media infraumbilical y se objetiva que además de la evisceración existe una obstrucción de intestino delgado con volvulación de las asas sobre el meso y estrangulación del ileon. Tras irrigación con suero fisiológico caliente las asas recuperan la coloración y el peristaltismo no siendo necesaria la resección intestinal. La cúpula vaginal se cierra mediante sutura continua con maxon® del 0.

El postoperatorio cursa de forma satisfactoria siendo dada de alta la enferma al quinto día postoperatorio. Actualmente, se encuentra en el noveno mes tras la cirugía asintomática y sin signos de recidiva.

Discusión

La evisceración vaginal aunque infrecuente, suele estar asociada al antecedente de cirugía vaginal previa, siendo la causa más frecuente la histerectomía radical laparoscópica^{1,4}. La rotura de la cúpula vaginal puede ocurrir en un intervalo que oscila desde el postoperatorio inmediato, en los primeros días, hasta pasados unos años desde la operación, generalmente asociada a un incremento brusco de la presión intraabdominal 3,5; como en el caso de nuestra paciente tras un esfuerzo defecatorio. Varios factores predisponentes pueden contribuir a una debilidad del ápex vaginal, Somkuti et al 2,6 describieron una serie de factores de riesgo: mala técnica quirúrgica, infección postoperatoria, hematoma, coito antes de la curación, edad avanzada, radioterapia, terapia con corticoides, trauma o violación, vaginoplastia previa, y maniobra de valsalva.

En la mujer premenopáusica es mucho más infrecuente y se asocia al traumatismo coital, el trauma obstétrico o la presencia de cuerpos extraños, con un riesgo incrementado en las pacientes prepúberales con una pared vaginal delgada⁷.

Correspondencia: Zoraida Valera Sánchez .C/ Espinosa y Cárcel Nº47, 3º A. CP:41005. Sevilla. Teléfono: 655667924. zoraidavalera@hotmail.com.



Figura 1.— Asas de intestino delgado evisceradas por vagina.

Los síntomas de sospecha suelen ser el dolor pélvico, sensación de pesadez vaginal, sangrado vaginal y por supuesto el hallazgo de vísceras intraabdominales en el introito vaginal a la exploración física. El intestino delgado y con mayor frecuencia el íleon es la víscera más frecuentemente afectada⁸.

La evisceración vaginal es una emergencia quirúrgica que requiere una intervención rápida. Los objetivos del manejo quirúrgico son establecer la viabilidad del intestino, reseca el intestino necrosado, y reparar el defecto vaginal. El abordaje quirúrgico depende de las características de la paciente, la naturaleza y la viabilidad de la estructura herniada y la experiencia laparoscópica del cirujano. Puede realizarse por vía vaginal, abdominal o combinada^{1,3,9}, como se ha utilizado en nuestro caso, siendo la vía más aconsejable cuando hay obstrucción intestinal asociada y dudosa viabilidad de las asas intestinales. El cierre simple de la cúpula vaginal es suficiente en la mayoría de los casos¹⁰. En ocasiones se han utilizado prótesis irreabsorbibles para reforzar la sutura y prevenir la recidiva herniaria^{1,11,12}. La decisión de proceder a la reparación de la disfunción del suelo pélvico en el mismo acto o en un segundo tiempo depende de la calidad y viabilidad de los tejidos.

Bibliografía

1. J. Bueno Lledó, A. Serralta Serra, M. Planells Roig, et al. Evisceración vaginal. Aportación de tres casos. *Cir Esp* 2002;71(2):89-91
2. Francia Ramos L, Del Campo Abad R, García Sierra JC, et al. Evisceración vaginal. Presentación de un nuevo caso y breve revisión de la literatura médica. *Arch Cir Gen dig* 2005 Jun 02 (<http://www.cirugest.com/revista/2005/17/2005-06-02.htm>).
3. Serafim Parra R, Ribeiro da Rocha JJ, Feres O. Spontaneous transvaginal small bowel evisceration. *CLINICS* 2010;65(5):559-61
4. Nezhat C, Nezhat F, Seidman D, Nezhat C. Vaginal vault evisceration after total laparoscopic hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1996;87:868-70.
5. Moen MD, Desai M, Sulkowski R. Vaginal evisceration managed by transvaginal bowel resection and vaginal repair. *Int Urogynecol J*. 2003;14:218-20.
6. 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.
7. Ginsberg D, Rovner E, Raz S. Vaginal evisceration. *Urology* 1998;51:128-9
8. 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.
9. Alvite-Canosar M, Rivas-Duro J, Fandiño-García D, Álvarez-Gutiérrez A, Monjero-Ares I, Pérez-Moreiras I, Iglesias-Porto E, González-López R, Costa-Bujan JA, Arijá-Valí F. Spontaneous vaginal evisceration. *Rev. Esp. Enferm. Dig.* 2011, vol.103 (3):162-163.
10. Amaya JL, Correa M, Espín M, Leal A, Vinagre L, Tellez P. Evisceración vaginal. Aportación de dos casos y revisión de la bibliografía. *Cir Esp* 2000;68:496-7
11. Bernal JC, Iglesias R, Landete FJ, García M, Morera F, Ripoll F, et al. Evisceración vaginal. Abordaje abdominal y reparación con malla sintética. *Prog Obstet Ginecol* 2009;52(2):109-11.
12. Sánchez JM, Naranjo A, Ciria R, Gallardo JM, Rufián S. Evisceración vaginal. *Cir Esp* 2008;84(2):101-11.