



Evisceración vaginal. Informe de un caso y revisión de la bibliografía

César David Quiróz-Guadarrama,¹ José Luis Martínez-Ordaz,² Martín Edgardo Rojano-Rodríguez,¹ José Luis Beristain-Hernández,¹ Mucio Moreno-Portillo¹

RESUMEN

Antecedentes: la evisceración vaginal es un evento raro asociado con diversos factores. En mujeres antes de la menopausia suele vincularse con traumatismos durante el coito, violaciones, lesiones iatrogénicas e introducción de cuerpos extraños. En mujeres posmenopáusicas se relaciona con cirugía vaginal previa en 73% de los casos.

Caso clínico: se reporta el caso de una paciente en la séptima década de la vida que seis días después de la histerectomía total abdominal tuvo evisceración vaginal. Se le efectuó laparotomía exploradora para reducción de la evisceración; sin embargo, por el daño vascular fue necesaria la resección intestinal con anastomosis primaria. El defecto del piso pérvico se trató con cierre primario.

Conclusión: la evisceración vaginal es una enfermedad rara, asociada con cirugía pérvica. Cuando sucede debe atenderse con urgencia. La vía abdominal es la de elección cuando existe traumatismo o isquemia intestinal, mientras que la vía vaginal combinada con la vía laparoscópica es una buena opción en pacientes seleccionadas.

Palabras clave: evisceración vaginal.

ABSTRACT

Background: Vaginal evisceration is a rare event associated to be associated with several factors. In premenopausal women it is often associated with trauma during intercourse, rape, iatrogenic injury and introduction of foreign objects. In post-menopausal women 73% of cases are associated with previous vaginal surgery or hysterectomy.

Case Report: Here we present the case of a female patient who had a vaginal evisceration six days after an abdominal hysterectomy. The patient underwent an abdominal reduction of the small bowel, but due to irreversible vascular compromise it was resected. The vaginal cuff was closed with interrupted non-absorbable sutures.

Conclusion: Vaginal evisceration is a rare disease associated with pelvic surgery. When it happens, it should be addressed as an emergency. The abdominal approach is the choice when there is trauma or intestinal ischemia, while the combined vaginal with laparoscopic approach is a good option in selected patients.

Key words: Vaginal Evisceration.

RÉSUMÉ

Antécédents : L'éviscération vaginale est un événement rare associée à être associée à plusieurs facteurs. Chez les femmes avant la ménopause est souvent associée à un traumatisme pendant les rapports sexuels, le viol, lésions iatrogènes et l'introduction de corps étrangers. Chez les femmes ménopausées est associée à la chirurgie par voie vaginale 73% des cas.

Observation: Nous rapportons le cas d'un patient dans la septième décennie de vie, six jours après hystérectomie abdominale totale avait éviscération vaginale. Il a été soumis à une laparotomie exploratrice pour la réduction de l'éviscération, cependant, pour les dommages vasculaires a été nécessaire résection intestinale avec anastomose primaire. Le défaut du plancher pérvien traité avec fermeture primaire.

Conclusion: L'éviscération vaginale est une maladie rare associée à la chirurgie pérvienne. Quand il arrive à traiter d'urgence. La voie abdominale est le choix quand il ya un traumatisme ou une ischémie intestinale, tandis que le combiné par voie vaginale à l'approche laparoscopique est une bonne option chez certains patients.

Mots-clés: Éviscération vaginale.

RESUMO

Antecedentes: Evisceração vaginal é um evento raro associada a ser associada a diversos factores. Em mulheres antes da menopausa é frequentemente associada com trauma durante a relação sexual, estupro, lesão iatrogênica e introdução de corpos estranhos. Em mulheres pós-menopausa está associada a cirurgia vaginal anterior 73% dos casos.

Relato de caso: Relatamos o caso de um paciente na sétima década de vida, seis dias após a histerectomia total abdominal teve evisceração vaginal. Ele foi submetido a laparotomia exploradora para a redução de evisceração, no entanto, para o dano vascular era necessária ressecção intestinal com anastomose primária. O assoalho pérvico defeito tratado com fechamento primário.

Conclusão: Evisceração vaginal é uma doença rara associada com a cirurgia pérvica. Quando acontece de ser abordada com urgência. A via abdominal é a escolha quando há trauma ou isquemia intestinal, enquanto o combinado vaginal com laparoscopia é uma boa opção em pacientes selecionados.

Palavras-chave: Evisceração vaginal.

En 1864, Hyeriaux describió la rotura vaginal y evisceración de las asas del intestino delgado en una mujer posmenopáusica.¹ En una amplia revisión realizada por Kowalski y colaboradores, de 1901 a 1996, en la bibliografía mundial sólo se informaron 60 casos.² Cuando sucede en mujeres premenopáusicas suele relacionarse con traumatismos durante el coito, violaciones, lesiones iatrogénicas e introducción de cuerpos extraños. En mujeres posmenopáusicas se vincula con cirugía vaginal previa en 73% de los casos.³

CASO CLINICO

Paciente femenina de 72 años de edad, sin antecedentes de importancia, con histerectomía total abdominal con evolución postoperatoria sin complicaciones, por eso se le dio de alta del hospital. Al sexto día postoperatorio, al realizar esfuerzo físico (maniobra de Valsalva), la paciente tuvo salida de las asas intestinales a través de la vagina, motivo por el que acudió al servicio de Urgencias de nuestro hospital. A su ingreso se encontró a la paciente en regulares condiciones generales, con dolor abdominal intenso, con salida de asas del intestino delgado por la vagina, con evidencia de daño vascular en parches. (Figuras 1, 2)

Se intentó la reducción de la evisceración, sin lograrlo. Se le realizó una laparotomía exploradora para reducción de la evisceración; sin embargo, debido al daño vascular fue necesario realizar una resección intestinal, con anastomosis primaria. (Figura 3) El defecto del piso pélvico se trató con cierre primario. La evolución de la paciente fue



Figura 1. Evisceración vaginal.



Figura 2. Evisceración vaginal.

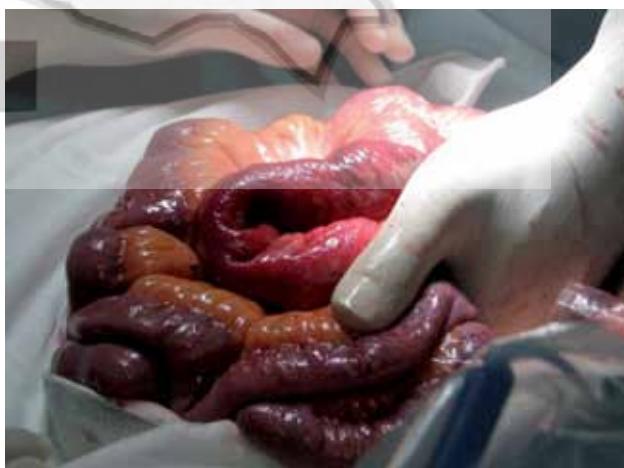


Figura 3. Laparotomía exploradora.

¹ Servicio de Cirugía Endoscópica, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Secretaría de Salud. México DF.

² Servicio de Gastrocirugía, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social. México DF.

Correspondencia: Dr. César David Quiróz Guadarrama. Hospital General Dr. Manuel Gea González, Servicio de Cirugía Endoscópica. Calzada de Tlalpan 4800, México 14080 DF. Correo electrónico: radheyadq@hotmail.com

Recibido: abril 2013.

Aceptado: mayo 2013.

Este artículo debe citarse como: Quiróz-Guadarrama CD, Martínez-Ordaz JL, Rojano-Rodríguez ME, Beristain-Hernández JL, Moreno-Portillo M. Evisceración vaginal. Informe de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2013;81:349-352.

mala, con dehiscencia de la anastomosis que requirió nueva intervención, con elaboración de ileostomía, que se cerró a los ocho meses, con buena evolución.

DISCUSIÓN

La evisceración vaginal es un suceso insólito relacionado con diversos factores. Ramírez y Klemer revisaron la incidencia de herniación vaginal y encontraron que 62% de las mujeres tenían antecedentes de histerectomía por vía vaginal, 32% por histerectomía por laparotomía, y 5% de histerectomía laparoscópica.⁴ Otro factor de riesgo asociado es el estado hipoestrogénico, que atrofia la pared vaginal y predispone a la ulceración y perforación de ésta. Por último, los defectos de la cúpula vaginal y del piso pélvico (enterocele en 63% de los casos descritos).

Somkuti y colaboradores describieron una serie de factores de riesgo: mala técnica quirúrgica, infección postoperatoria, hematoma, coito antes de la curación completa, edad, radioterapia, tratamiento con corticoesteroides, traumatismo o violación, vaginoplastia previa y, como en nuestro caso, maniobras de Valsalva.⁵

Entre las causas obstétricas, las maniobras abortivas, aunque raras, son las más frecuentes porque el parto operatorio requiere un gran traumatismo y sólo se encontró un caso en esta revisión.

Sánchez y su grupo informaron un caso secundario a cirugía y radioterapia por cáncer cervicouterino.⁶ Cortés informó un caso de evisceración vaginal asociado a LUI.¹

Dharmalingam M y colaboradores revisaron 59 casos de la bibliografía y encontraron que la protrusión de una masa a través de la vagina, dolor abdominal y sangrado transvaginal son los síntomas más comunes de presentación. Lo común es que esto suceda después de la actividad sexual, instrumentación vaginal o por aumento de la presión intrabdominal. El órgano más comúnmente encontrado fue el intestino delgado, particularmente el ileón.⁷

La evisceración vaginal es una urgencia quirúrgica. La reanimación agresiva con líquidos, y el empleo de profilaxis antimicrobiana son decisivos.

El fórnix posterior de la vagina es el lugar más frecuente de herniación y la evisceración se produce a través del saco de Douglas. El abordaje de este trastorno puede ser por vía vaginal pura, indicada cuando ocurre prolapo de la cúpula vaginal luego de la histerectomía o casos de enterocele y pacientes de alto riesgo, o vía abdominal pura,

mediante laparoscopia, laparotomía o una combinación de ambas. La vía vaginal unida a la laparoscopia con parche de epiplón es una opción terapéutica más para pacientes de alto riesgo.⁸

La intervención quirúrgica consta de varias fases: 1) reducción del contenido abdominal eviscerado, 2) evaluar la viabilidad del intestino y resecar el isquémico, 3) extirpar el tejido vaginal desvitalizado, lavar las superficies contaminadas y, por último, 4) reparar el defecto vaginal, mediante puntos con material no-absorbible o colocando una malla no absorbible de polipropileno.⁹

Existe controversia acerca del momento ideal para reparar la disfunción del piso pélvico. Algunos autores creen que la mejor opción es repararlo en un segundo tiempo quirúrgico, lo que implica menor índice de infecciones, aunque un riesgo añadido por la segunda anestesia y cirugía. En cuanto a cómo debe realizarse la reparación, algunos autores abogan por el refuerzo de la cúpula vaginal con los ligamentos cardinales o uterosacros con una sacropexia.

Sin embargo, la mayoría de los autores prefiere la reparación primaria.¹⁰ Una técnica eficaz para la reparación del piso pélvico es la culdoplastia modificada de McCall para prevenir la recurrencia del enterocele; también puede ser útil la obliteración del fondo del saco de Douglas (procedimiento de Moschowitz).

En el caso de defectos amplios de la pared vaginal podrían utilizarse los procedimientos descritos para la reparación de fistulas vesicovaginales tras radioterapia con un pedículo omental (procedimiento de Bastiaanse), interponiendo músculo bulbo cavernoso y piel de los labios vulvares (procedimiento de Martius), el colgajo miocutáneo gracilis (procedimiento de Ingelman-Sundberg) o el colgajo miocutáneo de glúteo mayor o de músculo recto anterior.¹¹ El objetivo común de todos estos procedimientos es aumentar la vascularización y promover la buena cicatrización.

CONCLUSIONES

La evisceración vaginal es una enfermedad rara, asociada con cirugía pélvica. Cuando sucede es una urgencia. La vía abdominal es la de elección cuando existe traumatismo o isquemia intestinal, mientras que la vía vaginal combinada con la vía laparoscópica es una buena opción en pacientes seleccionadas.¹²

REFERENCIAS

1. Cortés AA, Eguiarte CR, Manzanares CG, González RP. Evisceración Vaginal. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Ginecología y Obstetricia de México 2000; 68:171-173.
2. Kowalski LD, Seski JC, Timmins PF, Kanbour AI, Kunschner AJ. Vaginal evisceration: presentation and management in postmenopausal women. J Am Coll Surg 1996; 183: 225-229.
3. Croak AJ, Gebhart JB, Klingele CJ, Schroeder GI, Lee RA, Podratz KC. Characteristics of patients with vaginal rupture and evisceration. Obstet Gynecol 2004; 103: 572-576.
4. Ramírez PT, Klemer DP. Vaginal evisceration after hysterectomy: a literature review. Obstet Gynecol Surv 2002; 57: 462-467.
5. Somkuti SG, Vieta PA, Daugherty JF, Hartley LW, Blackmon EB. Transvaginal evisceration after hysterectomy in premenopausal women: a presentation of three cases. Am J Obstet Gynecol 1994; 171: 567-568.
6. Sánchez HJ, Naranjo TA, Ciria BR, Gallardo BJ, Rufián PS. Evisceración vaginal. Cir Esp 2008; 84:101-111.
7. Dharmalingam MO, Greenhalf JO, Smith KM. Vaginal evisceration following total abdominal hysterectomy. J Obstet Gynaecol 2004; 24:194-195.
8. Feiner BI, Lissak AL, Kedar RO, Lefel OS, Lavie OO. Vaginal evisceration long after vaginal hysterectomy. Obstet Gynecol 2003; 101:1058-1059.
9. Kim SM, Choi HS, Byun JS, Kim YS, Kim HR. Transvaginal evisceration after radical abdominal hysterectomy. Gynecol Oncol 2002; 85: 543-544.
10. Narducci FA ,Sonoda YS, Lambaudie EL, Leblanc EP, Querleu DI. Vaginal evisceration after hysterectomy: the repair by a laparoscopic and vaginal approach with a omental flap. Gynecol Oncol 2003; 89: 549-551.
11. Lledo JB, Roig MP, Serra AS, Astaburuaga CR, Gimenez FD. Laparoscopic repair of vaginal evisceration: a case report. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2002; 12:446-448.
12. Joy SD, Phelan MM, McNeill HW. Postcoital vaginal cuff rupture 10 months after a total vaginal hysterectomy. A case report. J Reprod Med 2002; 47: 238-240.