



Evisceración vaginal post histerectomía vaginal. A propósito de un caso.

Pedro Martí Carvajal ¹ .

Elio Pineda ² .

Cristina Martí ³ .

¹1. Médico especialista en Cirugía General, laparoscópica y ginecológica. Profesor de Postgrado de Cirugía del Hospital Manuel Núñez Tovar, Maturín Estado Monagas. Miembro asociado de la Sociedad Venezolana de Coloproctología. Venezuela

²2. Médico especialista en Cirugía General. Profesor de Postgrado de Cirugía del Hospital Manuel Núñez Tovar, Maturín Estado Monagas. Venezuela

³3. Médico Cirujano. Universidad Central de Venezuela. Médico rural Hospital Eudoro González, Carayaca. Edo Vargas. Venezuela
cristina_marti_amarista@hotmail.com

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina - Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 02 de Noviembre del 2010 a la Revista Vitae Academia Biomédica Digital.

RESUMEN

La evisceración vaginal es una complicación poco frecuente, se han reportado 85 casos a nivel mundial. Los factores de riesgo son: histerectomía previa, traumatismo vaginal, maniobras de valsalva, uso crónico de esteroides, entre otros. Representa una emergencia quirúrgica, que

puede ser abordada por vía abdominal, vaginal o combinación de ambas. Se debe determinar la viabilidad de las asas intestinales, decidir si es necesaria su resección y corregir el defecto de la cúpula vaginal. Se presenta el caso de un paciente femenino de 78 años con una evisceración vaginal posterior a histerectomía vaginal, la cual se repara por vía combinada y evoluciona satisfactoriamente.

PALABRAS CLAVE: evisceración, histerectomía, vaginal

SUMMARY

Vaginal evisceration is a rare complication, 85 cases have been reported worldwide. Risk factors are prior hysterectomy, vaginal trauma, Valsalva maneuver, chronic use of steroids, among others. Represents a surgical emergency that can be treated by abdominal, vaginal or combination of both. The viability of the bowel should be determined, decide if surgical resection is necessary and correct the defect of the vaginal vault. This is the case of a 78 years old female patient with a vaginal evisceration after vaginal hysterectomy, which was successfully repaired using a combined approach and evolved successfully.

KEY WORDS: evisceration, hysterectomy, vaginal.

EVISCERACIÓN VAGINAL POST HISTERECTOMÍA VAGINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

INTRODUCCIÓN

Se entiende por evisceración a la salida de un tramo intestinal a través de un orificio no natural quedando expuestas o cubiertas solo por la piel, posterior a una intervención quirúrgica. Esta situación es provocada fundamentalmente por alteración de alguna fase del proceso de cicatrización, con salida de las vísceras abdominales a través de los bordes de la incisión, tras una dehiscencia de todos los planos de la pared abdominal.⁽¹⁾ La evisceración vaginal es una situación poco frecuente. Hybernaux en 1864 describió una ruptura vaginal y evisceración de asas delgadas en una mujer post menopáusica y en 1970 se describió la primera evisceración espontánea de intestino delgado transvaginal por McGregor. Hasta la fecha se han descrito solo 85 casos de evisceración del intestino delgado transvaginal a nivel mundial.^(2,3) Es una complicación poco frecuente de la histerectomía, existiendo controversia sobre la vía (abdominal, laparoscópica o vaginal) más propensa a provocarlo. También puede ocurrir espontáneamente, en consecuencia a un trauma, instrumentación vaginal o cualquier evento que aumente la presión intra abdominal. La evisceración vaginal representa una emergencia quirúrgica, la cual puede ser manejada por vía vaginal, abdominal o combinación de ambas.⁴

Presentamos el reporte de un caso de evisceración vaginal y mostramos los factores de riesgo, presentación clínica y opciones terapéuticas de esta rara condición.

Reporte del caso

Motivo de consulta: dolor abdominal.

Enfermedad actual: Paciente BM, femenina de 78 años quien relata el inicio de su enfermedad el 20/06/2010, caracterizado por tos seca en accesos, a partir del 22/06/2010 se asocia dolor abdominal de fuerte intensidad en hipogastrio, concomitantemente sensación de peso vaginal y flujo vaginal serohemático.

Antecedentes: 1) Hipertensión arterial estadio II, no controlada. 2) Histerectomía vaginal 8 meses previos a enfermedad actual. 3) Obstétricos: IVG IP. Menopausia: 50 años.

Examen físico: Tensión arterial: 150/90 mmHg. Frecuencia cardíaca: 107 lpm. Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, aumentados de intensidad; abdomen blando deprimible, doloroso a la palpación superficial y profunda de hipogastrio. Ginecológico: se evidencia evisceración de asas delgadas vía vaginal no reductible con signos de necrosis. (Fig 1)



Fig 1. : Se evidencian asas evisceradas con signos de necrosis.

Manejo: Se protegen las asas evisceradas y es llevada al quirófano donde se realiza una laparotomía exploradora y se evidencia defecto de aproximadamente 3 cm de diámetro en cúpula vaginal con paso de asas de intestinales a vagina y edema importante del mesenterio. Por vía vaginal se logra el paso de mas asas intestinales para realizar resección del segmento necrosado, el cual fue de aproximadamente 40 cm (Fig 2, 3a y 3b).



Fig 2. Debido a que la evisceración era irreductible se hace pasar la mayor longitud de asas vía vaginal para resecar en tejido viable y realizar anastomosis.



A

B

Fig 3. A y B : Resección del segmento necrosado vía vaginal.

Se toman muestras para biopsia. Se realizó cierre de ambas bocas y reducción por vía abdominal a cavidad. Posteriormente se realiza anastomosis termino-terminal en 2 planos y cierre del defecto vaginal con poliglactina 910 (0) y sacropexia de la cúpula. Síntesis por planos (Imagen 4).



Fig 4 : Aspecto final de la cirugía

Se indica antibioticoterapia endovenosa con Unasyn ® a dosis terapéuticas.

La paciente es llevada a Unidad de Cuidados Intensivos, donde indican Sulbactam sódico/ Cefoperazona a dosis de 1,5 g iv cada 8 horas y Piperazilina/Tazobactan 4,5 gramos iv cada 12 horas. Permanece por 3 días con evolución favorable y es dada de alta.

Reporte de biopsia: N° B-11.081. Congestión y hemorragia con necrosis de la mucosa. Intestino delgado.

DISCUSIÓN

La evisceración vaginal posterior a una histerectomía es un caso poco frecuente ^(5,6,7). Una

revisión de 59 casos de evisceración vaginal reportados desde 1900 hasta 2002 mostró que 37 (63%) tuvieron una histerectomía vaginal previa, 19 (32%) tuvieron una histerectomía abdominal previa (2 de las cuales fueron histerectomías radicales), y 3 (5%) tuvieron una histerectomía laparoscópica previa ⁽⁴⁾. Otro estudio muestra que existe un mayor riesgo de dehiscencia de la cúpula vaginal tras una histerectomía laparoscópica en comparación con la vía vaginal y abdominal; postulando que el uso de energía térmica y otros factores únicos de la cirugía laparoscópica pueden ser responsables.⁽⁸⁾ Otros factores de riesgo implicados son traumatismos, instrumentación vaginal, aumento de la presión intra abdominal, relaciones sexuales tempranas tras histerectomía, menopausia, radioterapia previa, administración crónica de esteroides, mala técnica quirúrgica, infección post operatoria, hematoma, vaginoplastia previa. ^(4, 9, 10, 11, 12) La presentación clínica habitual es dolor pélvico o vaginal, sangrado vaginal, sensación de masa en introito vaginal o entre las piernas ⁽⁴⁾. El ileo terminal es la víscera implicada con mayor frecuencia, aunque se ha descrito epiplón. ^(13, 14, 15)

La intervención primaria en la evisceración vaginal consiste en la estabilización de la paciente, administración de líquidos parenterales, protección de las asas intestinales evisceradas, antibioticoterapia empírica y tratamiento quirúrgico de emergencia. ⁽¹⁶⁾ El tratamiento quirúrgico puede hacerse por vía vaginal, abdominal o combinación de ambas. El cierre por vía vaginal está indicado en pacientes con evisceración vaginal asociado a prolapso de la cúpula vaginal post-histerectomía. En los casos en que el intestino eviscerado es viable y se puede reducir en la cavidad peritoneal sin complicaciones, el cierre del defecto vaginal puede ser logrado por vía vaginal. Sin embargo, en pacientes con enteroceles, el defecto vaginal puede ser localizado superior a la vagina, como fue en este caso. En estas circunstancias, la vía vaginal no es viable porque el intestino, queda atrapado y estrangulado fuera del abdomen, impidiendo el acceso al defecto. En estos casos, la laparotomía es necesaria para acceder al defecto, reducir el intestino en el abdomen, y la resección del intestino no viable. No existe consenso para decidir el momento de la reparación de la cúpula vaginal dependiendo de la viabilidad de los tejidos y su calidad, riesgo de infecciones, entre otros factores. ^(4,11,17,18)

REFERENCIAS

1. Gutiérrez Machado Mario, Suárez González Juan Antonio, Rodríguez Treto Rafael, González Aguiar Heidy Isabel, Rodríguez Mantilla Hilda Elena, Benavides Casal María Elena. Evisceración Transvaginal post-histerectomía. A propósito de un caso poco frecuente. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2009 Mar [citado 2010 Oct 28] ; 35(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000100008&lng=es.
2. Yuce K, Dursun P, Gultekin M. Posthysterectomy intestinal prolapse after coitus and vaginal repair. Arch Gynecol Obstet. 2005;272:80-1.
3. O'Brien LM, Bellin LS, Isenberg GA, Goldstein SD. Spontaneous transvaginal small-bowel evisceration after perineal proctectomy: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum*.2002;45:698-9.

4. Ramirez PT, Klemer DP. Vaginal evisceration after hysterectomy: a literatura review. *Obstet Gynecol Surv.* 2002 Jul;57(7):462-7.
5. Cardosi RJ, Hoffman MS, Roberts WS, Spellacy WN. Vaginal evisceration after hysterectomy in premenopausal women. *Obstet Gynecol.* 1999;94(5 Pt 2):859.
6. Dawlatly B, Lavie O, Lopes A. Transvaginal evisceration of small bowel after radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy. *Gynecol Oncol.* 1999;73:165-166.
7. Kim SM, Choi HS, Byun JS, Kim YS, Kim HR. Transvaginal evisceration after radical abdominal hysterectomy. *Gynecol Oncol.* 2002;85:543-544.
8. Hur HC, Guido RS, Mansuria SM, Hacker MR, Sanfilippo JS, Lee TT. Incidence and patient characteristics of vaginal cuff dehiscence after different modes of hysterectomies. *J Minim Invasive Gynecol.* 2007 May-Jun;14(3):311-7.
9. Croak AJ, Gebhart JB, Klingele CJ, Schroeder G, Lee RA, Podratz KC. Characteristics of patients with vaginal rupture and evisceration. *Obstet Gynecol.* 2004 Mar;103(3):572-6.
10. R.V. Patankar, S.D. Scott, F.P McGinn. Intestinal prolapse through the vagina. *Postgrad Med J* (1993) 69, 818-819.
11. Kowalski LD, Seski JC, Timmins PF, Kanbour AI, Kunschner AJ, Kanabour- Shakir A. Vaginal evisceration: presentation and management in postmenopausal women. *J Am Coll Surg.* 1996 Sep; 183(3):225-9.
12. 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 Aug; 171(2): 567-568.
13. Ferri J, Simón C, Ruiz G. Vaginal evisceration: surgical repair with synthetic mesh. *Int J Gynaecol Obstet.* 1996;54:183-184.
14. Ferrera PC, Thibodeau LG. Vaginal evisceration. *J Emerg Med.* 1999;17:665-667.
15. Ginsberg DA, Rovner ES, Raz S. Vaginal evisceration. *Urology.* 1998;51:128-129
16. Woo Dae Kang, Seok Mo Kim, and Ho Sun Cho. Vaginal evisceration after radical hysterectomy and adjuvant radiation. *J Gynecol Oncol.* 2009 March; 20(1): 63-64.
17. Virtanen H, Ekholm E, Kiilhoma P. Evisceration after enterocele repair: a rare complication of vaginal surgery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 1996;7:344-7
18. Parra RS, Ribeiro da Rocha J, Feres O. Spontaneous transvaginal small bowel evisceration: a case report. *Clinics (Sao Paulo).* 2010 May; 65(5): 559-561. doi: 10.1590/S1807-59322010000500015

