

C A S O C L Í N I C O

Evisceración intestinal transvaginal sin cirugía previa

J. Manuel Hidalgo Fernández*, A. del Rey Moreno**, J.J. Hidalgo Díaz***

*DUGC Ginecología. **DUGC Cirugía. Hospital del Área Sanitaria del Norte de Málaga. ***Médico Interno Residente de Traumatología. Hospital Regional de Málaga

RESUMEN

Describimos un caso clínico de evisceración transvaginal en una paciente sin cirugía ginecológica, y realizamos una revisión de la literatura.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Transvaginal, evisceración, colposacropexia

ABSTRACT

Transvaginal bowel evisceration without previous surgery

We report the case and three-year monitoring of a patient with transvaginal evisceration who has not been previously undergone surgery. In addition, a literature review has been carried out.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Transvaginal, evisceration, colposacropexy

Introducción

La evisceración vaginal es una complicación excepcional, más aún en ausencia de cirugía ginecológica previa o traumatismo vaginal. Hybernaux describió, en 1864, una rotura vaginal con evisceración de asas intestinales en una mujer posmenopáusica. McGregor, en 1907, realiza la primera publicación oficial de una evisceración vaginal (citado por Bueno et al.¹). Kowalski et al. revisaron los casos publicados hasta 1996, y observaron que la tríada más frecuente asociada a la evisceración vaginal fue la cirugía vaginal previa (73%), el estado posmenopáusico (68%) y la presencia de enterocele (63%)².

La evisceración vaginal es una rara complicación de un enterocele^{1,3,5,6}, con salida de vísceras abdominales, generalmente del intestino delgado, a través de un defecto vaginal. Se presenta con más frecuencia en mujeres posmenopáusicas, generalmente hysterectomizadas^{1,3,4}. También puede presentarse de forma espontánea, después de un traumatismo vaginal o tras episodios que aumentan la presión intraabdominal²⁻⁵. La clínica que presentan estas pacientes es sangrado vaginal, dolor pélvico o masa eviscerada a través de la vagina; el intestino delgado es el órgano que se eviscera con mayor frecuencia. Esta patología representa una urgencia quirúrgica^{1-3,5,6}. El tratamiento se basa en la resección del intestino afectado si no es viable, en la reparación del defecto vaginal y en corregir las anomalías del suelo de la pelvis².

Dirección para correspondencia:

J.M. Hidalgo Fernández. Correo electrónico: jmgine@gmail.com

Caso clínico

Paciente de 83 años de edad, múltipara, que vivía sola y tenía autonomía total para las actividades de la vida diaria. Entre sus antecedentes personales destacaban la presencia de diabetes mellitus, dacriocistectomía y osteosíntesis de tobillo.

Acude al servicio de urgencias porque al hacer un esfuerzo notó una sensación de desgarramiento, sangrado vaginal y salida de «algo» a través de la vagina, que no podía reintroducir. Al realizarle la historia clínica, la paciente refirió que desde hacía un año presentaba un bultoma en los genitales, que reducía manualmente y por el que no había consultado previamente.

En la exploración se observó un prolapso uterino de grado IV, con una amplia ulceración en toda la cara posterior de la vagina, en cuyo centro se apreciaba una solución de continuidad por la que protruían asas de intestino delgado eritematosas con signos de isquemia leve, pero viables (figura 1). La paciente presentaba globo vesical, que precisó sondaje. Ecográficamente, el útero era atrófico, con un endometrio denso y heterogéneo de 13 mm de grosor.

Se decidió realizar una intervención quirúrgica urgente con la colaboración del servicio de cirugía, previo lavado de las asas intestinales con suero fisiológico. En la exploración quirúrgica se observó que las asas intestinales eran viables, por lo que se optó por un abordaje transvaginal, reintroduciendo las asas intestinales evisceradas, y el cierre del defecto vaginal en dos planos, con intención de realizar



Figura 1. Asas evisceradas por la cara posterior de la vagina

una cirugía reparativa en un segundo tiempo. Asimismo, se intentó hacer una biopsia de endometrio, que no se consiguió porque el orificio cervical externo estaba estenoso.

A las 48 horas, tras una evolución tórpida y la sospecha clínica de una posible obstrucción intestinal, se decidió, junto con el servicio de cirugía, realizar una laparotomía media exploradora y, en caso de ser posible, una colposacropexia. En la laparotomía se apreciaron las asas con vitalidad conservada, realizándose una histerectomía total con doble anexectomía y una colposacropexia con malla de polipropileno. En la pieza extirpada se observó un gran pólipo endometrial de 2 cm de diámetro (figura 2), que se informó en la anatomía patológica como pólipo fibroso benigno.

Tras la segunda intervención, la paciente desarrolló una infección concomitante de la herida abdominal por *Pseudomonas aeruginosa* y un hematoma de pared, y a las 2 semanas de la reintervención presentó un episodio de insuficiencia cardíaca congestiva. La paciente fue dada de alta tras 26 días de ingreso.

Posteriormente, presentó una lumbalgia intensa que le impedía la deambulación, por lo que acudió a urgencias, fue valorada por el servicio de traumatología y diagnosticada de un pinzamiento radicular por desplazamiento del sacro, con posible origen en la tracción de la malla pélvica. Se instauró tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios, con lo que la paciente presentó una mejoría parcial de su sintomatología.

A los 6 meses la paciente presentaba un cistocele de grado IV (que tenía que corregir manualmente para poder orinar) asociado a un rectocele a pesar de la colposacropexia. Se



Figura 2. Pieza quirúrgica con pólipo fibroso

decidió realizar una cleisis tipo Le Fort debido a la intensa laxitud de los tejidos vaginales.

Durante el seguimiento, a los 3 años de la última intervención, la paciente sólo presentaba síntomas lumbosacros leves y la cleisis había mantenido los tejidos en su lugar.

Discusión

La evisceración vaginal es una patología excepcional^{1,2,5-7}. Casi siempre está relacionada con la cirugía ginecológica previa. Su incidencia es mayor tras la histerectomía. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres posmenopáusicas en relación con el hipopostrogenismo y la atrofia de las estructuras ginecológicas^{2,4,6}.

En los casos no relacionados con la cirugía previa, suele estar asociada a radioterapia^{1,2,4}, traumatismos en pacientes premenopáusicas²⁻⁶, traumatismos obstétricos^{1,2,5}, cuerpos extraños^{1,2,5}, pacientes prepuberales (pared fina inmadura)¹, tratamientos con corticoides^{1,4}, etc.

La zona de rotura es variable. Ésta se suele producir por la erosión de la pared vaginal adelgazada^{2,4}, y a menudo es una complicación de un enterocele^{1-3,5,6}. El enterocele es una hernia^{8,9} con todos sus componentes (cuello, saco y contenido).

El diagnóstico clínico es claro al observarse la salida de asas intestinales a través de la vagina. Otros síntomas frecuentes son la metrorragia, el dolor pélvico y la sensación de presión abdominal^{1,2,6,7}. La evisceración afecta principalmente al íleon y, con menor frecuencia, al omento, los apéndices epiploicos y las trompas de Falopio^{1,4}.

Esta patología tiene una mortalidad del 5,6%⁵. Supone una urgencia quirúrgica inmediata^{1-3,5,6}, su resolución depende

del tipo y la viabilidad de las vísceras herniadas^{1,3,5,6}, y puede realizarse por vía vaginal, abdominal o combinada^{1,2,4}. En un primer momento se procede a la reducción del contenido abdominal eviscerado, si es viable, y a la resección de éste si existe afectación vascular. Posteriormente, en la misma intervención, se realiza el cierre del defecto vaginal.

Realizar la reparación de la disfunción del suelo pélvico en el mismo acto quirúrgico o en un segundo tiempo depende de la calidad y la viabilidad de los tejidos. La reparación del suelo pélvico se puede hacer con malla, mediante refuerzo de la cúpula con los ligamentos cardinales o uterosacros, sacropexia o colpocleisis, tanto por vía abdominal como vaginal o laparoscópica^{1,2,4-6}.

Aunque *a posteriori* es fácil decidir, en el caso que nos ocupa hay que plantearse seriamente si la paciente no se habría beneficiado de una actitud más conservadora tras la cirugía urgente, y hasta qué punto no calculamos que, en una mujer con unos tejidos tan laxos, la colpocleisis podría no ser una solución adecuada, ya que al cambiar la dirección de la carga toda la presión abdominal se ejerce en el septo vesicovaginal. En cualquier caso, en pacientes de edad avanzada cabría tener en cuenta la posibilidad de complicaciones por desplazamiento del sacro debido a la

presión intraabdominal sobre la cúpula, que a su vez tensa la malla. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Bueno J, Serralta A, Planells M. Evisceración vaginal. Aportación de tres casos. *Cir Esp*. 2002; 71(2): 89-91.
2. Kowalski LD, Seski JC, Timmins PF. Vaginal evisceration: presentation and management in postmenopausal women. *J Am Coll Surg*. 1996; 183: 225-229.
3. Fernández C, Simó V, Garrido F. Evisceración vaginal. Aportación de un caso y revisión de la literatura. *Ciencia Ginecológica*. 2004; 8: 228-230.
4. Francia L, Campo R, García JC. Evisceración vaginal. Presentación de un nuevo caso y breve revisión de la literatura médica. *Arch Cir Gen Digest*. 2005; 2.
5. Moen MD, Desai M, Sulkowski R. Vaginal evisceration. Managed by transvaginal bowel resection and vaginal repair. *Int urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2003; 14: 218-220.
6. Bernal JC, Iglesias R, Landete FJ. Evisceración vaginal. Abordaje abdominal y reparación con malla sintética. *Prog Obstet Ginecol*. 2009; 52: 109.
7. Lobato JL, Villasante A, Pérez C. Evisceración intestinal transvaginal después de histerectomía. *Rev Ginecol Obstet Clin*. 2009.
8. Holley RL. Enterocèle. A review. *Obstet Gynecol Surv*. 1994; 49: 284-293.
9. Cortés AL, Eguarte R, Manzanares G. Evisceración vaginal. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Ginecol Obstet Mex*. 2000; 68: 171-173.