

## **Evisceración Transvaginal post-histerectomía. A propósito de un caso poco frecuente**

### **Intravaginal evisceration post-hysterectomy. A uncommon case presentation**

**Mario Gutiérrez Machado<sup>I</sup>; Juan Antonio Suárez González<sup>II</sup>; Rafael Rodríguez Treto<sup>III</sup>; Heidy Isabel González Aguiar<sup>III</sup>; Hilda Elena Rodríguez Mantilla<sup>IV</sup>; Maria Elena Benavides Casal<sup>IV</sup>**

<sup>I</sup> Especialista de I grado en MGI, Especialista de I y II Grados en Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención integral a la mujer. Profesor Instructor del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara. Hospital Universitario Ginecoobstétrico Mariana Grajales. Santa Clara, Villa Clara.

<sup>II</sup> Especialista de I grado en MGI. Especialista de I y II Grados en Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención integral a la mujer. Profesor Auxiliar del ISCM de Villa Clara. Hospital Universitario Ginecoobstétrico Mariana Grajales. Santa Clara, Villa Clara.

<sup>III</sup> Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital universitario Ginecoobstétrico Mariana Grajales. Santa Clara, Villa Clara.

<sup>IV</sup> Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor instructor. Hospital universitario Ginecoobstétrico Mariana Grajales. Santa Clara, Villa Clara.

---

#### **RESUMEN**

La evisceración vaginal es muy poco frecuente. Se presenta normalmente en mujeres posmenopáusicas. Está relacionada con cirugía vaginal previa, especialmente histerectomía y con debilidad del piso pélvico. Requiere la intervención quirúrgica de emergencia para incluso reseca el tramo de intestino afectado si así lo requiere y reparar el defecto en el fondo vaginal. Se presenta el caso de una Evisceración Vaginal post-histerectomía total abdominal en una mujer de 39 años, que se repara por vía vaginal y evoluciona favorablemente.

**Palabras clave:** Evisceración vaginal, histerectomía.

---

## ABSTRACT

Vaginal evisceration is not common. Normally, it presents in postmenopausal women. It is related to previous vaginal surgery, especially hysterectomy and to weakness of pelvic floor. It requires emergence surgical intervention to resection of the involved bowel portion if it was necessary, and to repair defect of vaginal fundus. This is a case of vaginal evisceration post-hysterectomy in a woman aged 39, repaired by vaginal route with a favorable evolution.

**Key words:** Vaginal evisceration, hysterectomy.

---

## INTRODUCCIÓN

La evisceración se cataloga como un accidente precoz después de una laparotomía, 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. La evisceración total ocurre básicamente por la desunión de la aponeurosis.<sup>1-4</sup> También se ha descrito una evisceración parcial o subcutánea cuando no se abre la piel.

Cualquier herida (quirúrgica o accidental) puede experimentar este tipo de complicación, que es de carácter grave cuando ocurre en heridas abdominales o torácicas, pues no solo complica o tienden a hacerlo las incisiones realizadas, sino que además la pérdida de la continuidad anatómica de la pared con salida al exterior de estructuras adyacentes, provoca alteraciones fisiopatológicas que requieren una atención de urgencia en el período posoperatorio de estos intervenidos.

Los pacientes que presentan evisceración, generalmente tienen una o varias enfermedades asociadas, y si a esos padecimientos se añaden otras condiciones de riesgo, se incrementa la probabilidad de ocurrencia de dicha complicación, cuya patogenia está comúnmente determinada por la suma de varias de estas.<sup>4-6</sup>

La cirugía de alto riesgo (intervenciones urgentes por peritonitis y oclusión intestinal, operación de grandes obesos o carcinomas diseminados y grandes laparotomías xifopúbicas) suele ser muy frecuente en estos pacientes.<sup>5-7</sup>

En la patogenia de la evisceración concomitan varias causas, entre ellas la edad (demasiado joven o demasiado viejo).<sup>2,3</sup>

La existencia de una evisceración grande, por las alteraciones que sufre la presión intraabdominal, origina déficit del retorno venoso en el sistema porta y cava, por lo regular bien tolerados si no existe algún problema cardiocirculatorio coincidente.

La evisceración transvaginal es una situación infrecuente. Se puede presentar en diferentes contextos clínicos. Presentamos un caso relacionado con una cirugía ginecológica previa en una paciente premenopáusica. Analizamos en este trabajo los principales factores de riesgo y las variantes terapéuticas para esta patología.

## PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente MYC, con Historia Clínica 134039, de 39 años; trabajadora, estado civil acompañada, con antecedentes obstétricos de 4 embarazos, 2 partos eutócicos y 2 abortos provocados.

Tres meses previos al ingreso, se realizó una histerectomía total abdominal debido al diagnóstico de mioma uterino anemizante.

Consulta en emergencia por exteriorización transvaginal de asas delgadas. Dolor abdominal intenso en hipogastrio. Se recoge el antecedente de un estado gripal acompañado de una tos intensa.

De la exploración física se destacaba dolor abdominal difuso sin signos de irritación peritoneal. Asas delgadas exteriorizadas por la vagina. (Fig.)

Como conducta inmediata se protegen las asas delgadas para evitar traumas sobreagregados y se decide cirugía de urgencia mediante un abordaje vaginal realizando lavado de asas intestinales con suero fisiológico, cubriéndolas con paños húmedos. Se realiza la reducción del contenido visceral al abdomen, maniobra dificultosa por el importante edema visceral y mesial sumado al estrecho orificio de la cúpula vaginal. Se comprueba la vitalidad de las asas en sufrimiento. Cierre de la cúpula vaginal con puntos separados de material reabsorbible. Se le añade tratamiento antibiótico a dosis terapéuticas.

Evolución favorable. Alta a los 7 d del posoperatorio.

## CONCLUSIONES

La evisceración vaginal es una patología poco frecuente. Poco más de 50 casos fueron registrados en el correr del siglo pasado.<sup>1,2</sup>

Habitualmente presenta un antecedente quirúrgico previo, más frecuentemente la histerectomía por vía vaginal, aunque también se presenta como complicación del abordaje abdominal.<sup>3,4</sup>

Se presenta con mayor frecuencia en mujeres posmenopáusicas y el intervalo de tiempo entre el acto quirúrgico y la complicación es variable, desde poco días a años; se presenta habitualmente en el contexto de un incremento brusco de la presión intraabdominal (acceso de tos, esfuerzo defecatorio, etc.).

Es menos frecuente en la mujer premenopáusica, en este caso se relaciona con el traumatismo del coito, trauma obstétrico, cuerpos extraños.<sup>5, 6</sup>

En las mujeres posmenopáusicas, la cirugía vaginal previa, las alteraciones de la cúpula vaginal y el hipoestrogenismo son factores de riesgo principales para la evisceración.<sup>7</sup>

La disminución de los estrógenos determina atrofia de la pared vaginal, que puede determinar su ulceración y perforación.<sup>8</sup>

En cuanto a las alteraciones de la cúpula vaginal, *Somkuti* identifica como factores favorecedores, entre otros, la infección posoperatoria, hematoma, coito precoz, corticoterapia, vaginoplastia previa, maniobra de Valsalva.<sup>6</sup>

*Kowalski* identifica como principales factores de riesgo en las pacientes posmenopáusicas, la cirugía vaginal previa, el hipoestrogenismo y sus consecuencias en la mucosa vaginal, disfunción del suelo pelviano, enfermedades del colágeno, irradiación previa.<sup>9</sup>

El tratamiento de esta patología es quirúrgico y de urgencia, previas medidas de protección de las asas delgadas en sufrimiento para evitar traumas sobreagregados.

Los objetivos son la reducción intestinal, eventual resección de asas desvitalizadas y la reparación del defecto vaginal. No existe consenso en cuanto a la oportunidad de la reparación de la disfunción del suelo pelviano, en el mismo acto o en diferido. La decisión depende en parte de la viabilidad y calidad de los tejidos; algunos optan por la reparación primaria<sup>8,9</sup> y otros autores en diferido, argumentando entre otros factores, menor índice de infecciones.<sup>10,11</sup>

El abordaje puede ser vaginal, abdominal o combinado, este último es considerado el más adecuado por la mayoría de los autores, sobre todo ante la sospecha de isquemia intestinal.<sup>12</sup>

La vía convencional es la más utilizada, aunque está ganando terreno, al igual que en la práctica quirúrgica en general, la videolaparoscopia, que brinda las ventajas ya conocidas de este abordaje.<sup>13,14</sup>

En cuanto a la técnica quirúrgica, son variables las posibilidades de reparación. El cierre simple de la cúpula vaginal puede ser suficiente, el cual fue realizado en esta paciente, como ya fue dicho.

Otros autores están a favor del uso de una malla de material no reabsorbible, PTFE o polipropileno para reforzar la sutura.<sup>15-17</sup>

De los procedimientos asociados al cierre del defecto pueden describirse el refuerzo de la cúpula vaginal con los ligamentos cardinales o útero-sacros, o una sacropexia.<sup>10,11</sup> Otras medidas son la colpectomía y la obliteración del fondo de saco de Douglas.<sup>12-16</sup>

Como profilaxis de esta patología es importante la identificación, control y tratamiento de los factores involucrados en su aparición.<sup>17,18</sup> Al presentarse esta complicación, realizar una correcta valoración lesional para definir la técnica y oportunidad más adecuadas,<sup>19,20</sup> y un correcto seguimiento posoperatorio para identificar precozmente alteraciones que puedan determinar una recidiva del cuadro.<sup>21</sup> Es discutido el uso de antibióticos en estos casos, en nuestra experiencia en todos los casos de reintervenciones se utiliza antibióticoterapia a dosis terapéuticas para evitar complicaciones sépticas en estos casos.

Se presenta un caso de una evisceración transvaginal post-histerectomía abdominal, patología de excepción con pocos casos publicados mundialmente y una revisión del tema. La cirugía vaginal previa, las alteraciones de la cúpula vaginal y la disminución de los estrógenos son los tres factores de riesgo fundamentales para la evisceración vaginal en la mujer posmenopáusica y es menos frecuente en la mujer premenopáusica, en este caso se relaciona con el traumatismo del coito,

trauma obstétrico, cuerpos extraños, etc. Es discutido el abordaje quirúrgico para su resolución quirúrgica ya sea por vía vaginal, laparotomía o laparoscopia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Karma JA, Wengert PA, Kerstein M. Vaginal evisceration. *South Med J*. 1995;88:355-6.
2. Ramírez PT, Klemer DP. Vaginal evisceration after hysterectomy: a literatura review. *Obstet Gynecol Surv*. 2002 Jul; 57(7):462-7.
3. Dawlatly B, Lavie O, López A. Transvaginal evisceration of small bowel after radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy. *Gynecol Oncol*. 1999;73:165-6.
4. Francia Ramos L, Del Campo Abad R, García Sierra JC. Evisceración vaginal. Presentación de un nuevo caso y breve revisión de la literatura médica. *Arch Cir Gen Dig*. 2005 Jun 02. Disponible en: <http://cirugest.com/revista/2005/17/2005-06-02.htm>
5. Croak AJ, Gebhart JB, Klingele CJ, Schroeder G, Lee RA, Podratz KC. Characteristics of patients with vaginal ruptura and evisceration. *Obstet Gynecol*. 2004 Mar; 103(3):572-6.
6. Somkuti SG, Vieta PA, Daugherty SF, Harthley LW, Blackman EB Jr. Transvaginal evisceration after hysterectomy in premenopausal women: a presentation of three cases. *Am J Obstet Gynecol*. 1994 Aug;171(2):567-8.
7. Amaya Lozano JL, Correa Antúnez MI, Espin Jaime M, Leal Macho A, Vinagre Velasco LM, Téllez de Peralta F. Evisceración vaginal. Aportación de dos casos y revisión de la bibliografía. *Cir Esp*. 2000;68:496-7.
8. Ginsberg DA, Rouner ES, Raz S. Vaginal evisceration. *Urology*. 1998;51:128-9.
9. Kowalski L, Sexy J, Timmins P, Kanbour A, Kunschner A, Kanbour-Shakir A. Vaginal evisceration: presentation and management in postmenopausal women. *J Am Coll Surg*. 1996 Sep;183(3):225-9.
10. Friedel W, Kaiser IH. Vaginal evisceration. *Obstet Gynecol*. 1975;45:315-9.
11. 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.
12. Álvarez J. Evisceración. En: Álvarez J, Porrero JL, Dávila D, editores. *Cirugía de la pared abdominal*. Madrid: Arán Ediciones; 2003. p. 55-60.
13. Webster C, Neumayer L, Smout R, Horn S, Daley J, Henderson W, et al. Prognostic models of abdominal wound dehiscence after laparotomy. serie en Internet. Consulta: 17 mayo 2004.

14. Salvador A, Villalba F, Galindo P, Enguix MJ, Iglesias R, Mir J, et al. La evisceración como complicación de la cirugía abdominal. *Cir Esp*. 2003;74 Supl 1:86.
15. Bellón-Caneiro JM. Abdominal wall closure in laparotomy artículo en línea *Cir Esp*. 2005;77(3):114-8.
16. Merkur Lekarski P. Abdominal wall closure techniques—the results of the Polish surgeons' survey. *Polish* 2005;19(113):646-50.
17. Miranda de Melo R. Mass closure of the abdominal wall [serie en Internet]. 2005;27(4). [citado 15 Dic 2006]. Disponible en: <http://72.32.42.212/documentos/revista/vol27/numero4 /cg054l.pdf>
18. Sahlin S, Ahlberg J, Granstrom L, Ljungstrom KG. Monofilament versus multifilament absorbable sutures for abdominal closure. *Br J Surg*. 2003;80:322-4.
19. Israelsson LA, Johnson T. Closure of midline laparotomy incisions with polydioxanone and nylon: the importance of suture technique. *Br J Surg*. 2004;81:1606-8.
20. Latif J, Leiro F, Rodríguez MJ, Brizuela G, Fernández G, Dilascio F, Cardus M. Eventración aguda abierta. *Prensa Méd Argent*. 2005;92(4):228-35.
21. Cigdem MK, Onen A, Otçu S, Duran H. Postoperative abdominal evisceration in children: possible risk factors. *Pediatr Surg Int*. 2006; 22(8):677-80.

Recibido: 28 de noviembre de 2008.  
Aprobado: 10 de diciembre de 2008.

Dr. Mario Gutiérrez Machado. E-mail: [chmb@capiro.vcl.sld.cu](mailto:chmb@capiro.vcl.sld.cu)