

Evisceración transvaginal

Transvaginal evisceration

Enia Ramón Musibay^I; René Borges Sandrino^{II}

^IEspecialista en I Grado en Cirugía General. Instructora. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J Finlay". La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor auxiliar. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J Finlay". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se presenta una paciente de 55 años de edad que acude al cuerpo de guardia del Hospital General Docente "Dr. Carlos J. Finlay" con una evisceración transvaginal con compromiso vascular. Se realizó una hemicolectomía derecha urgente con cierre intraperitoneal de la cúpula vaginal, fue egresada a los 8 días con estado de salud satisfactorio.

Palabras clave: Evisceración transvaginal, hemicolectomía derecha, laparotomía urgente.

ABSTRACT

This is the case of a female patient aged 55 seen in the Emergency Room of "Dr. Carlos J. Finlay" Teaching General Hospital presenting with transvaginal evisceration and vascular involvement. A urgent right hemicolectomy was performed with intraperitoneal closure of vaginal cupula being discharged at 8 days with a satisfactory health condition.

Key words: Transvaginal evisceration, right hemicolectomy, laparotomy.

INTRODUCCIÓN

La evisceración vaginal es una afección poco frecuente. Alrededor de 50 casos fueron registrados el pasado siglo. Dada su rareza, hay pocos estudios sobre su incidencia, sin embargo algunos autores señalan un 0,14 %.¹ Se presenta con mayor frecuencia en mujeres posmenopáusicas histerectomizadas y el intervalo de tiempo entre el acto quirúrgico y la complicación es variable, desde poco días a años. La cirugía ginecológica previa, las alteraciones de la cúpula vaginal y el hipostrogenismo son factores de riesgo que propician la evisceración debido a la degeneración tisular progresiva del suelo pelviano.^{1,2}

El intestino delgado es el órgano que se eviscera con mayor frecuencia, lo cual requiere de una intervención de urgencia que lleva implícito la resección parcial de este órgano si el riego arterial está comprometido.³

Presentación de caso

Paciente YGH, de 55 años de edad, hipertensa, ama de casa con antecedentes obstétricos de 5 embarazos, 2 partos y 3 abortos provocados.

Cinco meses previos al ingreso es intervenida quirúrgicamente por fibroma uterino anemizante, se realizó histerectomía total abdominal con doble anexectomía, sin complicaciones posoperatorias y evolución satisfactoria.

La paciente acude a emergencias por salida de asas intestinales a través de la vagina, dolor y distensión abdominal, precedido de coito después de 8 meses de abstinencia sexual.

Al examen físico encontramos estado febril y a nivel del abdomen distensión, dolor a la palpación y descompresión; a la auscultación los ruidos hidroaéreos abolidos, exteriorización de asas intestinales delgadas a través de la vagina con compromiso vascular de algunas de ellas (figuras 1 y 2).



Fig. 1. Procidencia de asas intestinales a través del introito vaginal.



Fig. 2. Asas delgadas con compromiso vascular.

Se comenzó hidratación y antibiótico terapia inmediata en el cuerpo de guardia con lavado de las asas con solución de suero fisiológico y empaquetamiento para traslado al quirófano. Se realiza laparotomía de urgencia con reducción de asas al abdomen con ayuda a través de la vagina; se constató compromiso de la vascularización de aproximadamente 25 cm de íleon terminal a menos de 4 cm de la válvula ileocecal, por lo que fue necesario realizar hemicolectomía derecha (figura 3).



Fig. 3. Íleon terminal con compromiso vascular.

Se observó desgarro de la cúpula, la cual se reparó por sutura directa con sutura absorbible de Vicryl 1 transabdominal (figura 4.) La evolución fue favorable, la paciente fue egresada a los 8 días.

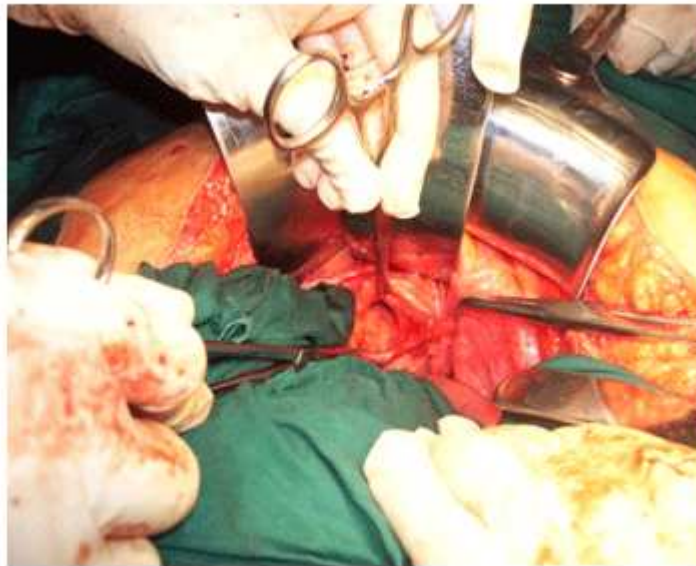


Fig. 4. Desgarro de la cúpula vaginal.

DISCUSIÓN

Según *Ramírez* en su estudio sobre herniación vaginal, el 62 % de las mujeres tenían antecedentes de histerectomía vaginal, el 32 %, de histerectomía abdominal, y el 5 % laparoscópica. Señaló además como factor de riesgo asociado el estado hipostrogénico, que genera atrofia de la pared vaginal.⁴

Otros describieron una serie de factores de riesgo relacionados con mala técnica quirúrgica, infección posoperatoria, hematoma, coito antes de la curación completa, edad, radioterapia y tratamiento con corticoides.⁵

El tiempo que transcurre entre la histerectomía y la evisceración es muy variable; en la literatura revisada se señala un tiempo que va de semanas hasta 20 años después de la histerectomía, en el caso que describimos sucedió tras un periodo de 5 meses.⁶

El tratamiento de esta afección es quirúrgico y de urgencia, previas medidas de protección de las asas delgadas con sufrimiento para evitar traumas sobre agregados. El abordaje puede ser por vía vaginal, indicada cuando concurre prolapso de la cúpula vaginal tras una histerectomía o casos de enterocele en pacientes de alto riesgo; la vía abdominal convencional, laparoscópica, o una combinación de estas. La vía vaginal unida a la laparoscopia con parche de epiplón es una opción terapéutica más para pacientes de alto riesgo. La combinada es considerada la más adecuada por la mayoría de los autores, sobre todo ante la sospecha de isquemia intestinal. Una vez reducido el contenido eviscerado (generalmente asas delgadas) se procede a evaluar su viabilidad y reseca si es necesario, luego debe extirparse el tejido vaginal desvitalizado y lavar las superficies contaminadas; por último reparar el defecto vaginal mediante puntos con material irreabsorbible o colocando una malla no absorbible de polipropileno.^{7,8}

Hay controversia sobre el momento ideal para reparar la disfunción del suelo pelviano. Algunos autores creen que la mejor opción es repararlo en un segundo tiempo quirúrgico, lo que conllevaría un menor índice de infecciones, aunque un

riesgo añadido por una segunda anestesia y cirugía, la decisión depende fundamentalmente de la viabilidad y calidad de los tejidos, así como del estado general de la paciente.⁹ Es criterio del autor que si tenemos en cuenta la etiología de este proceso parecería adecuado colocar una malla a nivel del suelo pelviano en un primer tiempo si no existe peligro de sepsis como en el caso que se presenta. La vía de abordaje más adecuada depende de la experiencia del cirujano y las condiciones anatómicas del suelo pélvico a reparar.

En cuanto a cómo debe llevarse a cabo la reparación, unos abogan por el refuerzo de la cúpula vaginal con los ligamentos cardinales, útero sacros o realizando una sacropexia, sin embargo otros prefieren la reparación primaria. Para prevenir la recurrencia del enterocele, puede ser útil la obliteración del fondo del saco de Douglas (procedimiento de Moschowitz).

En el caso de defectos amplios de la pared vaginal pueden usarse colgajos miocutáneos, omentales y musculares, aunque en la actualidad se prefieren sustituciones protésicas (PTFE o polipropileno).¹⁰⁻¹²

Pocos casos de los reportados en la literatura han requerido de hemicolectomía derecha por necrosis del intestino, como en el caso presentado. El uso de antibióticos es discutido, aunque el autor prefiere su manejo a dosis terapéuticas, teniendo en cuenta el riesgo de sepsis que acompaña a este tipo de intervención.

CONCLUSIONES

A pesar de su poca frecuencia, la evisceración transvaginal representa una emergencia quirúrgica, el tratamiento adecuado de las disfunciones pelvianas, la realización de cirugías ginecológicas con una técnica depurada evitará en gran medida la aparición de la misma y su repercusión sobre los órganos de la cavidad abdominal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Croak AJ, Gebhart JB, Klingele CJ, Schroeder G, Lee RA, Podratz KC. Characteristics of patients with vaginal rupture and evisceration. *Obstet Gynecol.* 2004;103:572-6.
2. O'Brien LM, Bellin LS, Isenberg G, 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.
3. Lobato Miguélez JL, Villasante Morán A, Pérez Sanjosé C. Evisceración intestinal transvaginal después de histerectomía. *Ginecología y Obstetricia Clínica.* 2009;10(4):246-8.
4. Ramírez PT, Klemer DP. Vaginal evisceration after hysterectomy: a literature review. *Obstet Gynecol Surv.* 2002 Jul;57(7):462-7.
5. 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://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol35_1_09/gin08109.htm

6. Hur HC, Guido RS, Mansuria SM, Haacker MR, Sanfilippo JS, Lee TT. Incidence and patient characteristics of vaginal cuff dehiscence after different modes of hysterectomies. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. 2007;14(3):311-7.
7. Gutiérrez Machado M, Suárez González JA, Rodríguez Treto R. Evisceración transvaginal posthisterectomía. A propósito de un caso poco frecuente: *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2009;35(1).
8. 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.
9. Merkur Lekarski P. Abdominal wall closure techniques-the results of the Polish surgeons' survey. *Polish*. 2005;19(113):646-50.
10. Álvarez J. Evisceración. En: Álvarez J, Porrero JL, Dávila D, editores. *Cirugía de la pared abdominal*. Madrid: Arán Ediciones; 2003. p. 55-60.
11. Kim SM, Choi HS, Byun JS, Kim HR. Transvaginal evisceration after radical abdominal hysterectomy. *Gynecol Oncol*. 2002;85(3):543-4.
12. 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.

Recibido: 13 de septiembr de 2010.

Aprobado: 30 de septiembre de 2010.

Dra. *Enia Ramón Musibay*. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J Finlay". Calle 114 y ave. 31. Marianao. La Habana, Cuba. Correo electrónico: eborges@infomed.sld.cu