



## CASO CLÍNICO

# Evisceración vaginal con antecedente de cirugía pélvica: 2 casos

M. Veciana Colillas\*, E.M. Vicedo Madrazo, S.M. Iglesias Ferreiro, M.L. Monje Beltran y J.M. Marqueta Sanchez

Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital de Palamós, Palamós, Gerona, España

Disponible en Internet el 13 de septiembre de 2013

### PALABRAS CLAVE

Evisceración vaginal;  
Histerectomía vaginal;  
Cirugía de suelo pélvico;  
Prolapso genital

### KEYWORDS

Vaginal evisceration;  
Vaginal hysterectomy;  
Pelvic surgery;  
Genital prolapse

**Resumen** Se presentan 2 casos de evisceración vaginal tras cirugía vaginal que han tenido lugar en nuestro centro con un intervalo de tiempo de 4 meses: en el primer caso se describe la evisceración vaginal a los 6 años de realizarse una histerectomía vaginal con plastia anterior y posterior convencional y presencia de rectocele; en el segundo caso nos encontramos frente a una paciente con antecedente de cirugía con malla total hacía 5 años e histerectomía vaginal hacía 4 años.

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Vaginal evisceration after prior pelvic surgery: a report of 2 cases

**Abstract** We report 2 cases of vaginal evisceration after prior pelvic surgery that were treated in our hospital during a 4-month period.

The first case of vaginal evisceration occurred in a woman who, 6 years previously, had undergone vaginal hysterectomy and conventional anterior and posterior plasty with recurrent rectocele. The second case of vaginal evisceration occurred in a woman who had undergone total mesh insertion 5 years previously, followed by vaginal hysterectomy one year later.

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

Existen muy pocos casos documentados de evisceración vaginal, tan solo se han descrito alrededor de 100 en la literatura. El primer caso se describió en 1864 tras la aplicación de fórceps<sup>1,2</sup> y el primero de evisceración vaginal espontánea fue descrito en 1907<sup>3</sup>. A partir de entonces, se han publicado casos en los que predominan los ante-

cedentes de cirugía pélvica previa y prolapso genital (más frecuentemente el enterocele) en mujeres posmenopáusicas. Al parecer, se ha visto una tendencia de rotura de la cúpula vaginal en pacientes histerectomizadas por vía abdominal y una rotura de pared posterior vaginal secundaria al enterocele en aquellas intervenidas por vía vaginal<sup>4,5</sup>.

En la literatura científica, se han descrito casos de evisceración vaginal en mujeres premenopáusicas tras un trauma vaginal (coito o instrumentación obstétrica)<sup>6</sup> y, en mujeres posmenopáusicas, secundario a histerectomía vaginal, abdominal o laparoscópica, al aumento brusco de la presión intraabdominal y a la debilidad de la pared vaginal secundaria a hipopostrogenismo<sup>1,2,5-7</sup>.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mveciana@ssibe.cat](mailto:mveciana@ssibe.cat) (M. Veciana Colillas).

La actitud terapéutica ante una evisceración vaginal es la cirugía, tanto por vía vaginal como por abdominal o ambas combinadas. Es importante realizar un diagnóstico precoz, intentar reducir manualmente la evisceración, administrar profilaxis antibiótica y llevar a cabo la reparación del defecto vaginal<sup>5,8-10</sup> con tal de preservar el intestino y minimizar la morbilidad aunque, en algunos casos, se requiera la resección parcial del mismo.

### Caso clínico

Se presentan 2 casos de evisceración vaginal tras cirugía vaginal que han tenido lugar en nuestro centro con un intervalo de tiempo de 4 meses.

El primer caso se trata de una mujer de 78 años con el antecedente de una histerectomía vaginal con plastia anterior y posterior realizada en 2005. En un control clínico posterior, se objetivó un rectocele de II-III grado que permanecía pendiente hasta decidir la actitud quirúrgica, dada la enfermedad de base.

La paciente acudió a urgencias en diciembre de 2011 por sensación de bultoma genital irreducible de varios días de evolución, acompañado de dolor en zona pubiana y sangrado genital. Hacía un mes que había sufrido una caída de nalgas. A la exploración, se objetivó protrusión de asas de intestino delgado por vagina que se redujeron manualmente, sin dificultad. En la especuloscopia posterior a la reducción, se observó solución de continuidad en la cúpula vaginal de 1,5 cm, aproximadamente. La paciente permanecía hemodinámicamente estable y sin signos de irritación peritoneal. Se la ingresó para control de la su enfermedad y tratamiento quirúrgico para reparar el defecto vaginal.

Durante el ingreso presentó un empeoramiento del estado general, decidiéndose intervenir de urgencia. Bajo anestesia general se realizó revisión de la vía vaginal y laparotomía exploradora (fig. 1), comprobándose la integridad del intestino delgado y realizándose una colporrafia de la



Figura 1 Caso 1. Defecto de vagina visto por vía abdominal.



Figura 2 Caso 2. Evisceración vaginal.

cúpula vaginal con cierta dificultad por tejido friable vía abdominal. Se tomó muestra de cúpula para enviar a anatomía patológica que reportó: proceso inflamatorio agudo fibrinoso y crónico granuloso inespecífico.

En controles posteriores, la paciente permanece asintomática y pendiente de valoración y manejo del rectocele.

El segundo caso se trata de una paciente de 75 años intervenida en 2 ocasiones. En 2007 se le colocó una malla total por un cistorrectocele de II-III grado y en 2008 se le realizó una histerectomía vaginal por elongación cervical, con controles posteriores dentro de la normalidad. No presentaba ningún otro antecedente de interés.

La paciente consultó en urgencias por presentar un bultoma vaginal de aparición brusca al orinar sin realizar esfuerzo, negando otra sintomatología previa.

A la exploración se identificaron asas intestinales a través de genitales externos (fig. 2), diagnosticándose de evisceración vaginal. Se indicó cirugía urgente. Se procedió a la reducción por vía abdominal de las asas ileales (aproximadamente 30 cm) sin dificultad, objetivándose viabilidad de las mismas. Se tomó biopsia de apéndice epiploico de sigma presente en la zona del defecto vaginal, cuya anatomía patológica refirió nódulo esteatonecrótico con fibrosis y extravasación hemática focal y macrófagos con hemosiderina.

Se realizó tacto vaginal combinado objetivándose un defecto vaginal de unos 3-4 cm, con bordes de vagina atróficos y friables; se cogió muestra para analizar que reportó presencia de mucosa vaginal con hiperplasia y áreas de ulceración focal epitelial en superficie junto a infiltrado inflamatorio agudo y crónico con fibrosis, extravasación hemática y reacción gigantomielocelular a material extraño.

La obesidad de la paciente y el campo operatorio dificultaron la sutura del defecto de vagina por vía abdominal por lo que se reparó con éxito el defecto parcial del orificio vaginal persistente por vía vaginal.

La paciente permaneció ingresada, con cobertura anti-biótica por riesgo de infección, presentando una evolución satisfactoria.

## Conclusión

A pesar de ser una complicación rara, no se debe descartar la evisceración vaginal en una mujer que presenta sangrado vaginal y dolor pélvico o sensación de masa vaginal, sobre todo en casos con antecedente de cirugía de suelo pélvico. Es importante una actitud activa con manejo quirúrgico para prevenir una mayor morbilidad.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Codd RJ, Scourfield B, Chakravarthy S, Williams GL, Department of Colorectal Surgery, Royal Gwent Hospital, Newport UK. Small bowel trans-vaginal evisceration following vault biopsy: General surgeons beware! *Ann R Coll Surg Engl.* 2010;92.
2. Cabezas Palacios MN, Guadix Martín P, Gómez Rosado JC, Jiménez Caraballo A. Evisceración transvaginal post-histerectomía radical y radioterapia adyuvante. *Prog Obstet Ginecol.* 2012;55:20-3.
3. Alvite-Canosa, M Rivas-Duro J, Fandiño-García D, Álvarez-Gutiérrez A, Monjero-Ares I, Pérez-Moreiras I, et al. Spontaneous vaginal evisceration. *Rev Esp Enferm Dig.* 2011;103:162-3.
4. 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.
5. Ramirez PT, Klemer DP. Vaginal evisceration after hysterectomy: A literature review. *Obstet Gynecol Surv.* 2002;57:462.
6. Feiner B, Lissak A, Kedar R, Lefel O, Lavie O. Vaginal evisceration long after vaginal hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2003;101 5 Pt 2:1058-9.
7. Nasr AO, Tormey S, Aziz MA, Lane B. Vaginal herniation: Case report and review of the literature. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193:95-7.
8. Rajesh S, Kalu E, Bong J, Wales N. Evisceration 5 years post abdominal hysterectomy. *J Obstet Gynaecol Res.* 2008;34:425-7.
9. Woo KM, Linden JA, Lowenstein RA, Varghese JC, Burch MA. Subtle vaginal evisceration resulting in small bowel evisceration: A case report Department of Emergency Medicine, Beth Israel Medical Center, Nee York. *J Emerg Med.* 2012;43: e125-8.
10. Yaakovian MD, Hamad GG, Guido RS. Laparoscopic management of vaginal evisceration: Case report and review of the literature. *J Minim Invasive Gynecol.* 2008;15:119-21.