



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Dehiscencia de cúpula vaginal tras histerectomía laparoscópica: a propósito de un caso

María Fernández Rial*, María Isabel Pardo Pumar, Marta Robles Gaitero,
Olalla Ouviaña Millán, María José Alonso Vaquero y José Eloy Moral Santamarina

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra, España

Recibido el 10 de febrero de 2013; aceptado el 3 de mayo de 2013
Disponible en Internet el 17 de enero de 2014

PALABRAS CLAVE

Dehiscencia de cúpula vaginal;
Histerectomía total;
Laparoscopia;
Prolapso de intestino delgado

KEYWORDS

Vaginal cuff dehiscence;
Total hysterectomy;
Laparoscopy;
Small bowel prolapsed

Resumen La dehiscencia de cúpula vaginal tras histerectomía total con evisceración de intestino delgado a través de la misma es una complicación rara y, aún más si cabe, en las mujeres premenopáusicas. El manejo adecuado incluye diagnóstico precoz y tratamiento quirúrgico y la combinación de abordaje abdominal y vaginal puede facilitar la reparación.

Presentamos el caso de una paciente premenopáusica con prolapso de intestino delgado a través de dehiscencia de cúpula vaginal 7 meses después de histerectomía total.

© 2013 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Vaginal vault dehiscence after total laparoscopic hysterectomy: A propos of a case

Abstract Vaginal vault dehiscence after total hysterectomy with small bowel prolapse through the vagina is a rare complication, especially in premenopausal women. Appropriate management includes early diagnosis and surgical treatment. The combination of an abdominal and vaginal approach may facilitate repair.

We present the case of a premenopausal woman with prolapse of the small bowel through vaginal cuff dehiscence 7 months after total laparoscopic hysterectomy.

© 2013 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La dehiscencia de cúpula vaginal tras histerectomía es una complicación rara^{1–4} y puede acompañarse de evisceración de órganos pélvicos, lo que constituye una urgencia quirúrgica^{1,5–9}.

Aunque se presenta con más frecuencia en mujeres posmenopáusicas, se han descrito casos en mujeres en edad

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: maria_frial@hotmail.com
(M. Fernández Rial).

fértil^{8,10,11}. Se presenta clínicamente con dolor pélvico y sangrado vaginal^{1,2,6,8,10} y, en caso de evisceración, el órgano más frecuentemente afectado es el intestino delgado^{6,8,10-12}. La combinación de abordaje vaginal y abdominal puede facilitar su reparación^{5,6,8-12}.

Descripción del caso

Paciente de 49 años, sin antecedentes médicos de interés, que acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por dolor abdominal de 48 h de evolución tras relación sexual.

Como antecedentes quirúrgicos destacan conización por L-SIL en 2008 e hysterectomía total más doble anexectomía por vía laparoscópica en julio de 2010 por L-SIL persistente. Entre sus antecedentes ginecológicos destacan 2 partos eutócicos, menstruaciones regulares y preservativo como método anticonceptivo.

El postoperatorio de la hysterectomía había cursado con normalidad, siendo dada de alta al tercer día y esta era la segunda relación sexual mantenida tras la intervención.

A la exploración física, el abdomen era blando, depresible y sin signos de irritación peritoneal. A la exploración ginecológica se objetivó dehiscencia de la cúpula vaginal de aproximadamente 2 cm a través de la cual se observa un asa de intestino delgado. La porción eviscerada (aproximadamente 3 cm) se encontraba algo eritematosa pero impresionaba ser viable.

La analítica y la radiografía abdominal no presentaron alteraciones.

La paciente es ingresada en nuestro servicio para la realización de una reparación urgente. Tras la reducción de la evisceración bajo anestesia general (fig. 1) se palpa por vía vaginal una adherencia del asa eviscerada a ángulo izquierdo de cúpula vaginal y, al no poder garantizar la ausencia de lesión intestinal, se decide la realización de una laparoscopia diagnóstica, comprobando la integridad intestinal y la presencia de adherencias a nivel del ángulo izquierdo de la cúpula vaginal, que son liberadas sin incidencias por vía laparoscópica (fig. 2).

Posteriormente se procede, por vía vaginal, a la sutura del defecto de la cúpula mediante puntos sueltos de vycril del 0 (figs. 3 y 4).

El postoperatorio cursó sin incidencias y la paciente fue dada de alta al tercer día postoperatorio, con cobertura antibiótica de amplio espectro durante 7 días.

Un año después de la reparación quirúrgica, la paciente se encuentra asintomática.

Discusión

La evisceración vaginal tras hysterectomía es una complicación rara^{2,3,5-7,9-12} descrita por primera vez en la literatura en 1864 por Hyernaux^{1,12}. Puede ocurrir desde semanas a años después de la intervención quirúrgica^{1,11} y es más frecuente en mujeres posmenopáusicas^{8,10,11}.

La etiología exacta de esta complicación quirúrgica no está clara pero existen diversos factores que contribuyen a la debilidad de la cúpula vaginal, siendo la cirugía vaginal anterior, el estatus menopáusico y la presencia de enterocele la tríada común⁶. Se incluyen también la lesión térmica por

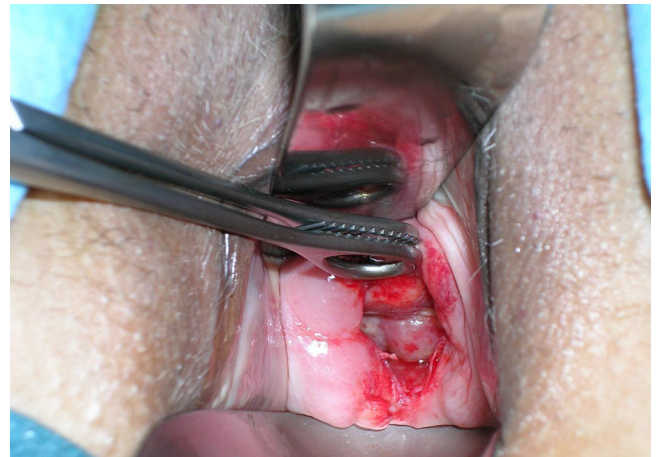


Figura 1 Asa de intestino delgado, ya reducida.



Figura 2 Liberación de adherencias vía laparoscópica.

electrocoagulación, infección o hematoma postoperatorio, reanudación de la actividad sexual antes de la cicatrización completa, radioterapia previa, corticoterapia crónica, aumento de presión intraabdominal por tos crónica o manio-



Figura 3 Sutura del defecto de cúpula vaginal con puntos sueltos de vycril 0.



Figura 4 Comprobación de cierre de cúpula vía laparoscópica.

bra de Valsalva, hipoestrogenismo, atrofia, traumatismo y diabetes mellitus^{1,7,10-12}.

En nuestro servicio, aproximadamente el 70% de las histerectomías se realizan vía laparoscópica. En esta intervención se utiliza movilizador Rumi con colpotomizador de Koh y se realiza la colpotomía con energía monopolar a 45 W. Una vez extraído el útero íntegro vía vaginal, se procede a sutura vía laparoscópica de la cúpula vaginal para lo que se emplea vicryl del uno en puntos sueltos y, posteriormente, se realiza fijación de ligamentos uterosacros a la colpotomía.

En mujeres premenopáusicas se ha propuesto como factor precipitante más importante el intervalo de tiempo transcurrido hasta la reanudación de la actividad sexual, en posmenopáusicas se asocia con incremento de la presión intraabdominal^{2,6,8}.

En contraste con la literatura previa, los últimos artículos publicados sugieren que el riesgo de dehiscencia de cúpula vaginal para procedimientos cerrados es casi 9 veces mayor que para cirugía abierta^{2,3}. Agdi et al.¹, combinando los casos publicados y los suyos propios, concluyen que el 51,9% de las dehiscencias de cúpula vaginal ocurren tras histerectomía laparoscópica, mientras que el 33,3 y el 14,8% ocurren tras histerectomía abdominal y vaginal, respectivamente. Hur et al.¹³ publican una incidencia acumulada del 4,93% para histerectomía laparoscópica, 0,29% para histerectomía vaginal y 0,12% para histerectomía abdominal.

Se cree que el mayor número de casos existentes en cirugía laparoscópica se debe al uso de la electricidad para hemostasia y corte en la colpotomía, ya que produce mayor necrosis y alteración de la vascularización que el corte con tijera utilizado en la histerectomía vaginal o abdominal convencional^{2,3,7,9,13}. Además, hay que considerar que la posibilidad de debilitamiento de la sutura con el empleo de bajanudos, la falta de integridad del propio nudo y la cantidad mínima de tejido en el que se apoya la sutura también aumentan el riesgo de dehiscencia². Otro factor a tener en cuenta sería la mayor rapidez de recuperación y el menor dolor de las pacientes intervenidas por laparoscopia lo que las lleva a reanudar la actividad sexual más precozmente, incrementando así el riesgo de dehiscencia^{1,2}.

Los síntomas más comunes son el sangrado genital, el dolor pélvico o abdominal^{1,2,6,8,10} y, en caso de evisceración, la sensación de masa en la vagina^{2,6,8,10}. El órgano más frecuentemente prolapsado es el íleon^{6,8,10-12} pero se han descrito prolapsos de omento, sigma, apéndice o trompa de Falopio en caso de histerectomías simples¹⁰⁻¹².

La reparación del defecto puede hacerse por vía vaginal, abdominal, laparoscópica o combinando varias técnicas^{1,5-12}, dependiendo de las características de la paciente, la viabilidad del intestino y la experiencia del cirujano en laparoscopia⁶ y ha de ser lo más inmediata posible^{6,10,12}, pudiendo retrasarse en caso de infección hasta que esté tratada¹⁰. Antes de reparar el defecto, debería inspeccionarse el intestino para comprobar su viabilidad^{6,10}, lavar la cavidad peritoneal y, por último, proceder al cierre de la vagina^{5,12}. La laparoscopia o la combinación de abordaje laparoscópico y vaginal minimizan la morbilidad inherente a la laparotomía y permiten la inspección del intestino y el lavado peritoneal^{5,9} e incluso reparar la dehiscencia⁶. Algunos autores proponen la reparación con colgajos de epiplón en pacientes con mala cicatrización secundaria a mala calidad tisular^{5,12}. Si se hace necesaria la resección intestinal por daño en el mismo, también podría realizarse por vía laparoscópica⁶.

La literatura consultada propone el cierre del defecto con puntos sueltos de material monofilamento absorbible tras reavivar bordes para facilitar la cicatrización^{2,3,7,9,12}. Las publicaciones más recientes recomiendan el uso de sutura de púas bidireccional^{2,4}. Se puede dejar un drenaje para minimizar la formación de abscesos¹².

La profilaxis antibiótica debe iniciarse siempre^{1,10-12}, ya que la contaminación de las asas intestinales con la flora vaginal podría causar peritonitis¹⁰.

En conclusión, la dehiscencia de cúpula vaginal es una complicación rara que ocurre con más frecuencia tras histerectomía laparoscópica y se atribuye entre otros factores al uso de electrocoagulación. Es precisamente esta técnica, en combinación con la vía vaginal, la que puede utilizarse para su resolución. El uso de tijera fría, junto con el uso de suturas discontinuas de material absorbible, aproximando una cantidad lo suficientemente amplia de tejido en el cierre de la cúpula vaginal tras colpotomía, puede ayudar a evitar este tipo de complicaciones.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Agdi M, Al-Ghafri W, Antolin R, Arrington J, O'Kelley K, Thomson AJ, et al. Vaginal vault dehiscence after hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol.* 2009;16:313–7. Epub 2009 Mar 14.
2. Nick AM, Lange J, Frumovitz M, Soliman PT, Schmeler KM, Schlumbrecht MP, et al. Rate of vaginal cuff separation following laparoscopic or robotic hysterectomy. *Gynecol Oncol.* 2011;120:47–51. Epub 2010 Sep 24.
3. Rivlin ME, Meedks GR, May WL. Incidence of vaginal cuff dehiscence after open or laparoscopic hysterectomy: A case report. *J Reprod Med.* 2010;55:171–4.
4. Siedhoff MT, Yunker AC, Steege JF. Decreased incidence of vaginal cuff dehiscence after laparoscopic closure with bidirectional barbed suture. *J Minim Invasive Gynecol.* 2011;18: 218–23.
5. Narducci F, Sonoda Y, Lambaudie E, Leblanc E, Querleu D. Vaginal evisceration after hysterectomy: The repair by a laparoscopic and vaginal approach with a omental flap. *Gynecol Oncol.* 2003;89:549–51.
6. Yaakovian MD, Hamad GG, Guido RS. Laparoscopic management of vaginal evisceration: Case report and review of the literatura. *J Minim Invasive Gynecol.* 2008;15:119–21.
7. Robinson BL, Liao JB, Adams SF, Randall TC. Vaginal cuff dehiscence after robotic total laparoscopic hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2009;114(2 Pt 1):369–71.
8. Ramirez PT, Klemer DP. Vaginal evisceration after hysterectomy: A literature review. *Obstet Gynecol Surv.* 2002;57:462–7.
9. Chongo GO, Hong DG, Cho YL, Park IS, Lee YS. Vaginal evisceration after total laparoscopic radical hysterectomy in cervical cancer. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;202:e7–8. Epub 2010 Jan 27.
10. Yüce K, Dursun P, Gültekin M. Posthysterectomy intestinal prolapsed after coitus and vaginal repair. *Arch Gynecol Obstet.* 2005;272:80–1. Epub 2005 Apr 27.
11. 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.
12. Rajesh S, Kalu E, Bong J, Wales N. Evisceration 5 years post abdominal hysterectomy. *Obstet Gynaecol Res.* 2008;34: 425–7.
13. 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;14:311–7.