

CASO CLÍNICO

1. Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Perú
2. Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins, Essalud, Lima, Perú
 - a. Departamento de ginecología y obstetricia
 - b. ORCID 0000-0002-4073-5699
 - c. ORCID 0000-0001-9837-2715
 - d. ORCID 0000-0001-8340-2715
 - e. Médico residente de ginecología y obstetricia

Conflictos de interés: Los autores declaran que el presente trabajo no ha sido publicado o enviado a otra revista biomédica, tiene el consentimiento de la institución mencionada y no existe conflicto de interés de algún tipo

Financiamiento: Este artículo ha sido financiado por los autores

Recibido: 18 marzo 2021

Aceptado: 11 junio 2021

Publicación en línea:

Correspondencia:

José Sandoval Paredes

📍 Calle Rio de Janeiro N° 145 Dpto. 204
Jesús María

☎ 999041839 – 3208010

✉ jsandovalpar@hotmail.com

Citar como: Sandoval-Paredes J, Silva Olivera A, Sandoval Paz C. Rotura vaginal y evisceración relacionadas a úlcera de contacto por útero prolapsado: reporte de caso. Rev Peru Ginecol Obstet. 2021;67(4). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v67i2372>

Rotura vaginal y evisceración relacionadas a úlcera de contacto por útero prolapsado: reporte de caso

Vaginal rupture and evisceration related to contact ulcer due to prolapsed uterus: case report

José Sandoval-Paredes^{1,a,b}, Arnaldo Silva Olivera^{1,a,c}, Cindy Sandoval Paz^{2,d,e}

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v67i2372>

RESUMEN

La evisceración vaginal se presenta en 0,36% a 0,96% de las pacientes postoperadas de histerectomía. La causa más frecuente es la dehiscencia de la cúpula vaginal, con mayor riesgo en la histerectomía laparoscópica en relación a la de abordaje abierto. Se describe el caso de una mujer de 63 años con historia de prolapso total de útero, sin antecedente quirúrgico, que ingresó a emergencia por evisceración vaginal. La rotura ocurrió en la pared vaginal posterior, en donde se había formado una úlcera por roce. Se realizó laparotomía para reducir el intestino y reparar el desgarro de la pared vaginal. La corrección del prolapso se practicó ocho meses después con resultados satisfactorios. El tipo de cirugía reparadora depende del tipo y viabilidad de la víscera herniada y se puede realizar por vía vaginal, abdominal o combinada, mediante laparotomía o laparoscopia.

Palabras clave. Evisceración pélvica, Prolapso de órganos pélvicos, Dehiscencia de la herida operatoria.

ABSTRACT

Vaginal evisceration occurs in 0.36% to 0.96% of postoperative hysterectomy patients. The most frequent cause is vaginal vault dehiscence, with a higher risk in laparoscopic hysterectomy than in open approach. We describe the case of a 63-year-old woman with a history of total prolapse of the uterus, with no surgical history, who was admitted to the emergency room for vaginal evisceration. The rupture occurred in the posterior vaginal wall, where a friction ulcer had formed. Laparotomy was performed to reduce the bowel and repair the tear in the vaginal wall. Correction of the prolapse was done eight months later with satisfactory results. The type of reparative surgery depends on the type and viability of the herniated viscus and can be performed vaginally, abdominal or combined, by laparotomy or laparoscopy.

Key words: Pelvic evisceration; Pelvic organ prolapse; Operative wound dehiscence.

INTRODUCCIÓN

La evisceración por la vagina es una emergencia quirúrgica que obliga a un rápido reconocimiento, evaluación y manejo para evitar lesiones mayores en la víscera prolapsada.

La primera publicación la realizó McGregor⁽¹⁾, en 1907, al describir el caso de una mujer de 63 años, sin antecedentes quirúrgicos, que presentó evisceración de asas intestinales por la vagina luego de una caída. Se han publicado al respecto más de cien artículos, la mayoría referidos a la presentación de casos individuales o series de casos (≥ 3 pacientes). Algunos describen la incidencia y características de la evisceración post histerectomía⁽²⁻⁵⁾. Esta urgencia se presenta generalmente secundaria a una histerectomía, siendo rara sin antecedente quirúrgico.

La dehiscencia de la cúpula o manguito vaginal se asocia con evisceración total o parcial que puede complicarse con isquemia mesentérica aguda y terminar en resección intestinal⁽⁶⁾.

Los factores de riesgo se relacionan fundamentalmente con el estado menopáusico. En mujeres premenopáusicas sucede por traumatismos durante el coito, violaciones e introducción de cuerpos extraños. En



mujeres posmenopáusicas, se vincula con cirugía vaginal previa o histerectomía, en 65 a 75% de los casos^(4,6,7). Otros factores asociados son la cicatrización deficiente de la cúpula vaginal (por dificultad técnica, malignidad, uso crónico de esteroides, desnutrición y radiación tisular), el esfuerzo de Valsalva por tos crónica o estreñimiento y la infección o el hematoma posoperatorio de la cúpula vaginal. Aun así, muchas mujeres no tienen un evento precipitante identificable. El íleon es la víscera que se prolapsa con más frecuencia, aunque también se ha descrito la salida del apéndice, el epiplón o la trompa uterina⁽⁸⁾.

La evisceración sin antecedente quirúrgico generalmente ocurre en mujeres posmenopáusicas con atrofia genital y enteroceles. La ulceración vaginal debida a atrofia severa sumado al esfuerzo al defecar, se comunica como factores comúnmente asociados⁽⁹⁾.

La clínica que precede a la evisceración vaginal se caracteriza por dolor y presión abdominal, sangrado vaginal en la mayoría de casos, y secreción acuosa^(2,3).

Se presenta el caso clínico de evisceración de asas intestinales por vía vaginal en una paciente con antecedente de útero prolapsado y úlcera vaginal, que fue resuelto en dos momentos. Se expone la revisión del tema para proponer un manejo adecuado de esta urgencia quirúrgica.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer de 63 años que llegó a emergencia por protrusión de las vísceras abdominales por la vagina, refiriendo que 12 horas antes, realizando labores domésticas, sintió un intenso dolor abdominal tipo cólico que la obligó al reposo inmediato. Al mismo tiempo observó asas intestinales saliendo por sus genitales. Fue evacuada a un establecimiento primario, en donde redujeron la víscera prolapsada, colocaron un tapón vaginal y la refirieron al hospital. A la evaluación de ingreso se encontró el abdomen blando, depresible, con ligero dolor a la palpación profunda en hipogastrio. En la inspección de los genitales se evidenció el intestino delgado por fuera del introito vaginal (figura 1), aparentemente sin zonas de isquemia. Se irrigó con agua estéril, se redujo la evisceración, se colocó un tapón de soporte y se preparó para cirugía.

Esta paciente había sido diagnosticada de prolapso genital de grado III y úlcera vaginal posterior tres meses antes; se le indicó estriol tópico.

Como antecedentes ginecoobstétricos refirió cuatro partos vaginales, una cesárea y un aborto; tuvo una sola pareja sexual y negó relaciones sexuales desde hacía cuatro años. Los antecedentes quirúrgicos fueron una laparotomía por peritonitis a los 23 años, hernioplastia inguinal a los 24 años, cesárea con ligadura de trompas a los 38 años y colecistectomía a los 53 años.

La analítica sanguínea y marcadores tumorales eran normales, la tomografía se informó sin mayores alteraciones.

En la laparotomía se realizó evaluación total de los intestinos para confirmar su viabilidad y descartar zonas de isquemia. En el fondo de saco de

FIGURA 1. EVISCERACIÓN VAGINAL. SE EVIDENCIA PORCIÓN DEL ÍLEON PROLAPSADO A TRAVÉS DE LA VAGINA.





Douglas se observó una solución de continuidad en sentido transversal de aproximadamente 15 cm, que comunicaba con la vagina. Los bordes eran edematosos y la pared presentaba áreas blanquecinas engrosadas no sangrantes (figura 2). Por estas características, se recortó los bordes de esta abertura con un margen de 2 cm, muestra que se envió a estudio patológico. Se suturó la lesión en dos planos, el primero con puntos imbricados usando vicril 1 y el segundo plano en sutura de Lembert continuo con vicril 0.

El servicio de patología informó que el tejido re- cortado enviado estuvo constituido por extensa erosión, fibrosis, tejido de granulación, ulceración, denso infiltrado inflamatorio y presencia de algunos focos de granulación con células gigantes tipo cuerpo extraño.

Evaluada a los 15 días de la intervención quirúrgica, se apreció el prolapso genital total con una zona ulcerada de 5 x 4 cm en la mucosa vaginal posterior (figura 3). La herida operatoria por donde se produjo la evisceración, ubicada en la zona posterior de la úlcera, se encontró con adecuada cicatrización.

FIGURA 2. ZONA DE EVISCERACIÓN: SOLUCIÓN DE CONTINUIDAD DE 15 CM EN EL FONDO DE SACO POSTERIOR.

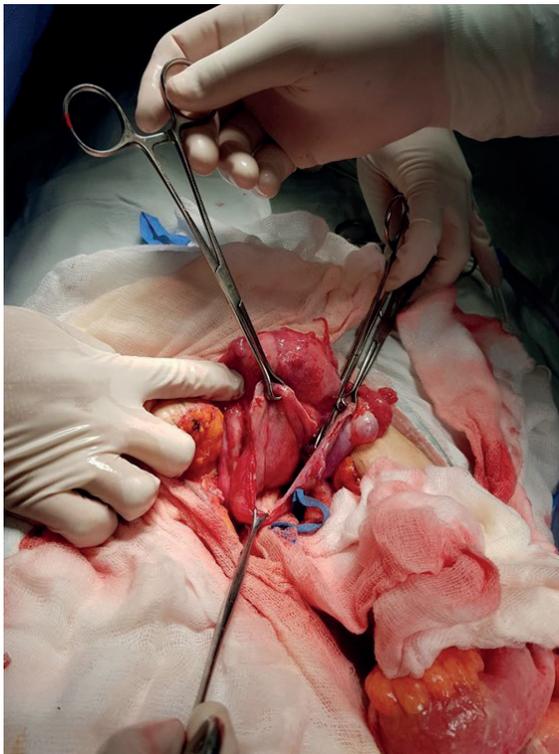
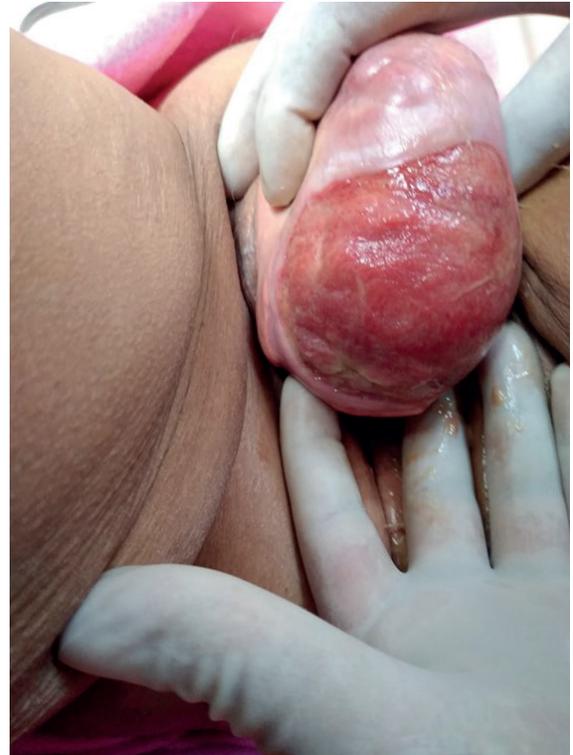


FIGURA 3. ÚLCERA EN LA PARED POSTERIOR DE LA VAGINA UN MES DESPUÉS DE LA EVISCERACIÓN, NÓTESE LA CICATRIZ OPERATORIA EN LA ZONA POSTERIOR DE LA ÚLCERA.



Se intentó reducir la úlcera vaginal con estriol tó- pico y peróxido de hidrógeno, sin obtener resul- tados favorables. A los ocho meses se efectuó la cura quirúrgica del prolapso mediante hister- ectomía vaginal, salpingooforectomía bilateral, culdoplastia posterior de Mc Call y colpoperi- neoplastia anterior y posterior (figura 4). La evo- lución posoperatoria fue favorable. En el control de los seis meses, se apreció un hiato genital de 4 cm y la cúpula vaginal a 8 cm del introito. La paciente no refería molestias.

FIGURA 4. EL INTROITO DESPUÉS DE LA HISTERECTOMÍA VAGINAL Y COLPO- RRAFIA ANTEROPOSTERIOR.





DISCUSIÓN

La causa más frecuente de evisceración vaginal es la dehiscencia de la cúpula vaginal después de una histerectomía. Las relaciones sexuales antes de la cicatrización de la cúpula vaginal es el factor más importante en pacientes jóvenes histerectomizadas.

Fuchs⁽¹⁰⁾ halló 23 evisceraciones (0,96 %) en 2 382 histerectomías totales. El estudio de Ceccaroni⁽¹¹⁾ con 8 635 pacientes histerectomizadas encontró una tasa de evisceración de 0,39% (34 pacientes)⁽⁷⁾. Uccella⁽⁵⁾, en una serie de 12,398 histerectomías, hubo dehiscencia de cúpula en 0,64% de 3 573 histerectomías laparoscópicas, 0,2%, en 4 291 histerectomías abdominales y 0,13 %, en 4 534 histerectomías vaginales. Ala Nissila⁽¹²⁾ describió 22 casos de dehiscencia en 13,645 histerectomías (0,16%); la evisceración ocurrió en 1,27% de las histerectomías laparoscópicas totales, en 0,11% de las histerectomías laparoscópicas convencionales (con cierre de cúpula por vagina), en 0,05% de histerectomías vaginales y en 0,02% de histerectomías abdominales.

Algunos atribuyen la alta incidencia de evisceración en la cirugía laparoscópica total al uso de electrocirugía, pero la mayoría considera que es por la técnica del cierre de la cúpula vaginal⁽¹³⁾.

Fuchs⁽¹⁰⁾ concluye que la sutura continua de la cúpula puede ser superior a la sutura interrumpida en la prevención de las evisceraciones.

El tiempo medio para la dehiscencia de la cúpula es de siete semanas en operadas de histerectomía laparoscópica y 13 semanas en histerectomía abdominal⁽³⁾. Baines⁽¹⁴⁾ publica un caso de evisceración que sucedió 17 años después de una histerectomía abdominal total.

Canturk⁽¹⁵⁾ describe el caso de una mujer de 63 años con evisceración vaginal luego de histerectomía robótica para tratar el cáncer de cuello uterino. La reparación se realizó igualmente por abordaje robótico, con imágenes de fluorescencia en el intraoperatorio para la evaluación de la perfusión intestinal.

El caso clínico expuesto trata de una evisceración vaginal espontánea que presentó como factores de riesgo un prolapso genital total con úlcera vaginal amplia, intratable, producida por el roce de la ropa interior. Se reportan pocos casos de evisceración por el adelgazamiento de la pared vaginal en la zona ulcerada⁽¹⁶⁾.

Existen publicaciones parecidas, como la de Schreiner⁽¹⁷⁾, que describe una mujer de 40 años con lupus eritematoso que usaba glucocorticoides, con prolapso uterino total y una gran úlcera vaginal por donde se produjo la rotura y posterior evisceración de asas intestinales. En la intervención quirúrgica se confirmó la viabilidad intestinal. Se realizó histerectomía vaginal y fijación sacroespinal de la cúpula. Shehata⁽¹⁶⁾ describe a una mujer de 66 años con antecedentes de cáncer de intestino e irradiación, quien presentó una evisceración vaginal oculta. Siddiqui⁽¹⁸⁾, en el año 2011, publicó un caso de evisceración vaginal espontánea en una mujer que adolecía de un prolapso de varios años controlado con pesario, el cual se desplazó dos semanas antes de la evisceración.

La evisceración vaginal es una urgencia quirúrgica. La técnica depende del tipo y viabilidad de la víscera herniada y se puede realizar mediante laparotomía o laparoscopia, por vía vaginal, abdominal o combinada. La intervención consiste en reducir el contenido abdominal eviscerado, evaluar la viabilidad del mismo y practicar resección segmentaria en caso exista compromiso vascular. Posteriormente, se repara el defecto vaginal con puntos de material no absorbible^(3,8).

El abordaje abdominal es la mejor opción cuando existe trauma o isquemia intestinal⁽⁷⁾. El tratamiento por vía vaginal se recomienda en los casos de evisceración por dehiscencia de la cúpula cuando se confirme la integridad de la víscera prolapsada y se excluya la posibilidad de resección intestinal⁽¹⁹⁾.

La decisión de reparar la disfunción del suelo pélvico en el mismo acto quirúrgico o en un segundo tiempo depende de la calidad y viabilidad de los tejidos. En la evisceración por dehiscencia de la cúpula vaginal se recomienda realizar la corrección del prolapso en el mismo acto operatorio; si el tejido vaginal y de soporte están deteriorados, como en el caso clínico presentado, se sugiere mejorar las condiciones y tratar el prolapso en una segunda intervención quirúrgica.

En conclusión, es necesario evaluar la mucosa vaginal en los prolapsos, para detectar úlceras que adelgacen la pared vaginal. En toda histerectomía es importante un correcto cierre de la cúpula vaginal, que aleje la posibilidad de dehiscencia y la consiguiente evisceración.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McGregor AN. Rupture of the vaginal wall with protrusion of small intestine in a woman 63 years of age; replacement, suture, recovery. *BJOG*. 1907;11(3):252-8. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1907.tb11738.x>
2. Croak AJ, Gebhart JB, Klingele CJ, Schroeder G, Lee RA, Podratz KC. Characteristics of patients with vaginal rupture and evisceration. *Obstet Gynecol*. 2004;103(3):572-6. DOI: 10.1097/01.aog.0000115507.26155.45
3. Cronin B, Sung VW, Matteson KA. Vaginal cuff dehiscence: risk factors and management. *AJOG*. 2012;206(4):284-8. DOI: 10.1016/j.ajog.2011.08.026
4. Kowalski LD, Seski JC, Timmins PF, Kanbour AI, Kunschner AJ, Kanbour-Shakir A. Vaginal evisceration: presentation and management in postmenopausal women. *J Am Coll Surg*. 1996;183(3):225-9. PMID: 8784315
5. Uccella S, Ceccaroni M, Cromi A, Malzoni M, Berretta R, De Iaco P, et al. Vaginal cuff dehiscence in a series of 12,398 hysterectomies: effect of different types of colpotomy and vaginal closure. *Obstet Gynecol*. 2012;120(3):516-23. DOI: 10.1097/AOG.0b013e318264f848
6. Cruickshank L, Amin A, DeSilva A. Small bowel evisceration: a late complication following vaginal hysterectomy. *J Obstet Gynaecol*. 2018;38(5):733. doi: 10.1080/01443615.2018.1444397
7. Quiroz-Guadarrama CD, Martinez-Ordaz JL, Rojano-Rodriguez ME, Beristain-Hernandez JL, Moreno-Portillo M. [Vaginal evisceration. Report of a case and a literature review]. *Ginecol obstet Mexico*. 2013;81(6):349-52.
8. Alvite Canosa M, Rivas Duro J, Fandino Garcia D, Alvarez Gutierrez A, Monjero Ares I, Perez Moreiras I, et al. Spontaneous vaginal evisceration. *Rev espanola enf digestivas*. 2011;103(3):162-3. DOI: 10.4321/S1130-01082011000300015
9. Moen MD, Desai M, Sulkowski R. Vaginal evisceration managed by transvaginal bowel resection and vaginal repair. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2003;14(3):218-20. doi: 10.1007/s00192-003-1056-1
10. Fuchs Weizman N, Einarsson JI, Wang KC, Vitonis AF, Cohen SL. Vaginal cuff dehiscence: risk factors and associated morbidities. *J Soc Laparoendoscop Surgeons*. 2015;19(2). doi: 10.4293/JSLs.2013.00351
11. Ceccaroni M, Berretta R, Malzoni M, Scioscia M, Roviglione G, Spagnolo E, et al. Vaginal cuff dehiscence after hysterectomy: a multicenter retrospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011;158(2):308-13. doi: 10.1016/j.ejogrb.2011.05.013
12. Ala-Nissila S, Laurikainen E, Makinen J, Jokimaa V. Vaginal cuff dehiscence is observed in a higher rate after total laparoscopic hysterectomy compared with other types of hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2019;98(1):44-50. DOI: 10.1111/aogs.13459
13. Fanning J, Kesterson J, Davies M, Green J, Penezic L, Vargas R, et al. Effects of electrosurgery and vaginal closure technique on postoperative vaginal cuff dehiscence. *J Soc Laparoendoscop Surgeons*. 2013;17(3):414-7. doi: 10.4293/10860813X13693422518515
14. Baines G, Jackson SR, Price N. Laparoscopic management of spontaneous vaginal vault dehiscence and bowel evisceration 17 years following total abdominal hysterectomy. *Gynecol Surg*. 2017;14(1):1. Doi: 10.1186/s10397-017-1004-6
15. Canturk M, Ozben V, Kose MF, Baca B. Robotic repair of vaginal evisceration after hysterectomy and the role of intraoperative near-infrared fluorescence imaging. *J Robotic Surg*. 2017;11(3):383-6. doi: 10.1007/s11701-017-0688-y
16. Shehata F, Bougie O, Baker K, Khalil H. Occult vaginal evisceration: case report. *J Obstet Gynaecol Canada*. 2019. DOI: 10.1016/j.jogc.2018.11.025
17. Schreiner L, Santos TG, Nygaard CC, Oliveira DS. Vaginal evisceration related to genital prolapse in premenopausal woman. *Internat Braz J Urol*. 2017;43(4):766-9. <https://doi.org/10.1590/s1677-5538.ibju.2016.0249>
18. Siddiqui I, Samee A, Hall C, Cooper J, O'Mahony F. Spontaneous vaginal evisceration. *BMJ case reports*. 2011;2011. <http://dx.doi.org/10.1136/bcr.10.2010.3410>
19. Bleull S, Smith H, Shapiro R. Transvaginal management of vaginal cuff dehiscence with bowel evisceration following delayed diagnosis. *Case reports. Obstet Gynecol..* 2017;2017:4985382. Doi: 10.1155/2017/4985382