



## EVISCERACIÓN TRANSVAGINAL POST HISTERECTOMÍA ABDOMINAL. REPORTE DE UN CASO

**Palabras clave:** Prolapso visceral; Histerectomía; Colostomía.

**Keywords:** Visceral Prolapse, Hysterectomy, Colostomy.

---

**James Neira**

Profesor, Cátedra de Cirugía General  
Universidad de Guayaquil.  
Médico, Sala San Aurelio  
Hospital Luis Vernaza  
Guayaquil – Ecuador

**Irlanda Moyota**

Residente postgradista de Cirugía General  
Hospital Luis Vernaza  
Guayaquil – Ecuador

**Lúver Macías J**

Residente postgradista de Cirugía General  
Hospital Luis Vernaza  
Guayaquil – Ecuador

**David Yépez**

Residente postgradista de Cirugía General  
Hospital Luis Vernaza  
Guayaquil – Ecuador

## RESUMEN

La evisceración es la salida de vísceras abdominales a través de un orificio no natural con una incidencia entre 0.03 y 4.1%. Esta condición con frecuencia ocurre tras una histerectomía abdominal (47%), una histerectomía vaginal (29.4%) o luego de practicarse un abordaje laparoscópico (23.6%). Tiene mayor incidencia en mujeres posmenopáusicas histerectomizadas, mientras que el intervalo de tiempo entre el acto quirúrgico y la complicación puede variar de pocos días a algunos años. Por otra parte, en la mayoría de los casos, el órgano eviscerado es el intestino delgado, lo que representa una emergencia quirúrgica. Teniendo en cuenta que la evisceración transvaginal es una entidad muy rara, además de la escasa información al respecto, se presenta el caso de una paciente de 81 años, con antecedentes de histerectomía abdominal, que acudió al servicio médico por presentar ocho horas de evolución de cuadro clínico caracterizado por dolor pélvico y salida del intestino grueso (colón sigmoide) por canal vaginal. La paciente fue sometida a laparotomía exploratoria, colostomía tipo Hartmann, rectopexia a promontorio y restitución del tránsito en segundo tiempo; luego de presentar una evolución satisfactoria, fue dada de alta.

## INTRODUCCIÓN

La evisceración intestinal transvaginal posterior a histerectomía es una situación inusual y poco conocida por los profesionales de la salud, lo que se evidencia en los pocos casos publicados hasta la fecha, de ahí la singularidad e importancia del caso aquí reportado.

Con una incidencia entre 0.03 y 4.1% **(1)**, la evisceración consiste en la salida de vis-

ceras abdominales a través de un orificio no natural, lo que las deja expuestas a agentes externos. En 2009, Partsinevelos *et al.* **(2)** publicaron una revisión de 51 casos en la que se observó que el mayor porcentaje de casos se produjo tras histerectomía abdominal (47%), seguido de histerectomía vaginal (29.4%) y de abordaje laparoscópico (23.6%). Por su parte, un estudio realizado en 2012 señala una mayor incidencia de dehiscencia de cúpula vaginal después de someterse a histerectomía laparoscópica (1.14%) que tras someterse a histerectomía abdominal (0.10%) y vaginal (0.14%) **(3)**.

Analizando los diferentes abordajes laparoscópicos de la histerectomía es posible observar que la incidencia de evisceración es mayor en la histerectomía total laparoscópica que en la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia, mientras en la histerectomía laparoscópica la sutura intracorpórea de la cúpula vaginal obtiene mejores resultados que la sutura vía vaginal **(4)**.

Entre los factores predisponentes de esta condición se incluyen estar en embarazo, haber tenido cirugías pélvicas, ser múltipara, sufrir neuropatía, obesidad, menopausia y tabaquismo, además de los de tipo genético y los asociados con la raza de la paciente **(5)**. Por su parte, el tiempo entre el acto quirúrgico y la complicación puede variar entre 1 día y 25 años **(6)**. El estudio a realizarse para su diagnóstico es de tipo clínico y se evalúa según los síntomas presentados, los cuales consisten en sensación de plenitud o percepción de un cuerpo extraño vaginal y presencia de una masa suave y abultada, que, a menudo, cursan con síntomas urinarios. La exploración física es fundamental; de no evidenciarse un prolapso total se solicita a la paciente que puje una vez para observar la protrusión del órgano **(6,7,8)**. La eviscera-

ción vaginal representa una emergencia quirúrgica que puede manejarse por vía vaginal, abdominal, o ambas, dependiendo del caso.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 81 años de edad con antecedentes patológicos de hipertensión arterial y diabetes mellitus. Antecedentes quirúrgicos: histerectomía más colpoperinorrafia en dos ocasiones, la primera por prolapso genital, realizada dos años previo al ingreso, y la segunda, cuatro meses previo al ingreso. Antecedentes obstétricos: cuatro partos vaginales.

La paciente acude a consulta médica por presentar cuadro clínico de ocho horas de evolución caracterizado por dolor intenso

en hipogastrio, irradiado a región genital, y salida de intestino grueso (colón sigmoide) por vagina luego de realizar maniobra de Valsalva. Al realizar el examen físico se obtienen los siguientes signos: presión arterial: 150/80 mmHg; pulso: 95/min; frecuencia respiratoria: 22/min; temperatura: 36°C, y saturación: 98%.

Paciente con mucosa oral seca, abdomen suave, depresible, doloroso a palpación superficial y profunda en hipogastrio, con dolor de leve intensidad, ruidos hidroaéreos disminuidos; sin signos de irritación peritoneal.

Se observa presencia de masa que protruye por vagina y que corresponde a segmento de intestino grueso (sigmoides) con cambios de coloración (ver Figura 1).



Fig 1. Salida de sigmoides por el orificio vaginal, con cambios de coloración (flecha).

Fuente: Imagen obtenida a partir de los datos del estudio.

En los exámenes de laboratorio se obtuvieron los siguientes resultados: biometría hemática: leucocitos: 16.310/mm<sup>3</sup>, neutrófilos: 88.2 %, hemoglobina: 12.5 g/dL, hema-

tocrito: 38.4 %, PH: 7.2 PCO<sub>2</sub>:27.5 mmHg, HCO<sub>3</sub>: 16.6 mEq/L, Na: 132 mEq/L, K: 3.9 mEq/L. Cl: 98 mEq/L, PCR: 8.99 mg/L, lactato 3.0 mmol/L. Por su parte, en la radiografía

de abdomen se encontraron niveles hidroaéreos. Diagnóstico de ingreso: evisceración intestinal transvaginal.

La paciente fue sometida a laparotomía exploratoria y reducción manual de eventración; entre los hallazgos más relevantes se tiene presencia de sigmoides eventrado por orificio

vaginal con cambios de coloración (ver Figura 2 y 3). Se realizó resección aproximada de 20 cm de segmento de colon sigmoideo desvitalizado, formación de colostomía tipo Hartmann, con rafia primaria de cúpula vaginal sin colocación de malla, y rectopexia de la fascia endopelvica anterior al recto.



Fig 2. Segmento de colon sigmoideo reducido, con cambios de coloración (flecha).

Fuente: Imagen obtenida a partir de los datos del estudio.



Fig 3. Segmento resecao de colon sigmoideo.

Fuente: Imagen obtenida a partir de los datos del estudio.

La paciente es dada de alta a los 10 días del postoperatorio, en buena condición general. Luego de seis meses de la cirugía se realiza restitución exitosa del tránsito intestinal.

## DISCUSIÓN

La evisceración es una complicación raramente reportada, siendo el íleon terminal la víscera que principalmente se ve implicada. No obstante lo anterior, hay casos que describen salida de epiplón, trompas de Falopio, apéndice y quiste ovárico (3,4). En el presente caso se reporta evisceración de colon sigmoides.

El principal factor relacionado con la evisceración intestinal por cúpula vaginal es la histerectomía por vía vaginal, abdominal o laparoscópica, ya que causa un acortamiento de los ligamentos redondos y anchos, lo que los deja sin soporte, además de cortar y dejar con o sin soporte a los ligamentos uterosacros y cardinales. La pérdida de estos soportes relaja el diafragma pélvico y la membrana perineal (2,3,4).

Otros factores asociados incluyen estado hipoestrogénico, que produce atrofia de la cúpula vaginal; mala técnica quirúrgica; infección o hematoma postquirúrgico; coito antes de la completa cicatrización; maniobras de Valsalva; edad; tabaquismo; tratamiento crónico con corticosteroides; radioterapia, y obesidad. En lo que respecta al tiempo entre el acto quirúrgico y la aparición de la complicación, este varía según lo reportado en la literatura, pudiendo ser de 1 día hasta 25 años (6); en el presente caso habían transcurrido 20 años.

El prolapso de la cúpula vaginal se clasifica en tres grados (3):

- Grado I: no llega al introito
- Grado II: llega al introito
- Grado III: va más allá del introito.

El cuadro clínico se caracteriza por: dolor a nivel vaginal o pélvico, protrusión del tejido o bulto a través del introito, masa que protruye por la vagina, dolor dorsal, incontinencia urinaria de esfuerzo y hemorragia vaginal.

La cirugía tiene como objetivo la reducción intestinal, la eventual resección de asas desvitalizadas y la reparación del defecto vaginal usando puntos con material no-absorbible o colocando una malla no absorbible de polipropileno (8). El abordaje puede ser vaginal, abdominal, o combinado, dependiendo de las condiciones de la paciente y de la viabilidad del intestino en el momento del tratamiento (8,9).

De acuerdo a lo visto en la literatura, el abordaje combinado se considera como el más adecuado, sobre todo ante la sospecha de isquemia intestinal. Además, este también se recomienda (11) para la evaluación adecuada y la efectiva reparación de los tejidos involucrados, al igual que se habla de la reparación del piso pélvico en el mismo tiempo quirúrgico. A pesar de que otros autores defiendan la reparación en un segundo tiempo (6), gracias a este abordaje se reduce la infección, pero se aumenta el riesgo quirúrgico y anestésico, aunque todo depende del estado hemodinámico del paciente y de la contaminación que exista en ese momento.

No obstante lo anterior, otros autores prefieren la reparación primaria (8-10,12). Una técnica eficaz para la reparación del piso pélvico es la culdoplastia modificada de McCall para prevenir la recurrencia del enterocele; también puede ser útil la obliteración del fondo del saco de Douglas (procedimiento de Moschowitz) (8,10,12). En muchos casos el cierre simple de la cúpula vaginal es suficiente, pero se puede colocar una malla de politetrafluoroetileno o polipropileno, ambos materiales no reabsorbibles, para reforzar la sutura.

En el caso aquí reportado se realizó resección de segmento sigmoideo desvitalizado, seguida de colostomía tipo Hartman y rectopexia sacra con el fin de resolver la emergencia, así como los factores de comorbilidad asociada a la paciente. La restitución del tránsito intestinal se llevó a cabo en un segundo tiempo, seis meses después de la resección.

## CONCLUSIÓN

La evisceración transvaginal es una complicación poco conocida con baja incidencia en pacientes histerectomizadas debido a la laxitud de los tejidos, por lo que un pronto diagnóstico y tratamiento es fundamental a la hora de evitar la morbimortalidad asociada.

El tratamiento adecuado de las disfunciones pelvianas y la realización de cirugías ginecológicas con una técnica depurada evitarán, en gran medida, la aparición de esta condición y su repercusión sobre los órganos de la cavidad abdominal.

## CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

El autor principal y los co-autores participaron en todo el proceso de elaboración de este reporte de caso.

## FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Ninguna declarada por los autores.

## CONFLICTOS DE INTERÉS

Ninguno declarado por los autores.

## REFERENCIAS

- González I, Aragón MA, Arribas T, Guardia L, Rojas B.** Evisceración vaginal tras tratamiento con radioterapia e histerectomía abdominal. *Rev. chil. obstet. ginecol.* . 2015;80(3):256-60. <http://doi.org/btzq>.
- Partsinevelos GA, Rodolakis A, Athanasiou S, Antsaklis A.** Vaginal evisceration after hysterectomy: a rare condition a gynecologist should be familiar with. *Arch Gynecol Obstet.* 2009;279(2):267-70. <http://doi.org/cpftwg>.
- Liao CY, Sung SY, Lin HL.** Peritonitis caused by vaginal evisceration following laparoscopy-assisted vaginal hysterectomy. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2013;52(2):285-6. <http://doi.org/btzt>.
- Kim MK, Kim S, Bae HS, Lee JK, Lee NW, Song JY.** Evaluation of risk factors of vaginal cuff dehiscence after hysterectomy. *Obstet Gynecol Sci.* 2014;57(2):136-43. <http://doi.org/btzt>.
- Sánchez-Hidalgo JM, Naranjo-Torres A, Ciriaco-Bru R, Gallardo-Valverde JM, Rufián-Peña S.** Evisceración vaginal. *Cir Esp.* 2008 [cited 2016 Nov 28];84(2):101-2. Available from: <https://goo.gl/7W21Gb>.
- Quiroz-Guadarrama CD, Martínez-Ordaz JL, Rojano-Rodríguez ME, Beristain-Hernández JL, Moreno-Portillo M.** Evisceración vaginal. Informe de un caso y revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Mex.* 2013 [cited 2016 Nov 28];81:349-52. Available from: <https://goo.gl/AMNr0B>.
- Sepúlveda Agudelo J, Quintero EM, Mejía MB, Oróstegui Correa S, Alarcón Nivia MA.** Prolapso de la Cúpula Vaginal. Revisión del Manejo Médico y Quirúrgico. *Revista de Ginecología.* 2009 [cited 2016 Nov 28];50(1). Available from: <https://goo.gl/Ysxzro>.
- Walters M, Ridgeway B.** Tratamiento Quirúrgico del Prolapso de Cúpula Vaginal. *Obstet Gynecol.* 2013 [cited 2016 Nov 28];121:354-74. Available from: <https://goo.gl/XkqPWj>.
- Martí Carvajal P, Pineda E, Martí C.** Evisceración vaginal post histerectomía vaginal. A propósito de un caso. *Academia Biomédica Digital.* 2010 [cited 2016 Nov 28];44. Available from: <https://goo.gl/V5oy6J>.

10. **Ramírez PT, Klemer DP.** Vaginal evisceration after hysterectomy: a literature review. *Obstet Gynecol Surv.* 2002;57(7):462-7. <http://doi.org/bmp7nt>.
11. **Chong 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(3): e7-e8. <http://doi.org/fp6n3d>.
12. **Gutiérrez Machado M, Suárez González JA, Rodríguez Treto R, González Aguiar HI, Rodríguez Mantilla HE, Benavides Casal ME.** Evisceración Transvaginal post-histerectomía. A propósito de un caso poco frecuente. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2009 [cited 2016 Nov 28];35(1):1-6. Available from: <https://goo.gl/dXKAot>.