

Evisceración vaginal por dehiscencia tardía de la cúpula vagina

Vaginal evisceration due to late dehiscence of the vaginal vault

Julio Michel Arias-Manganelly¹, Yuliel Varona-Rodríguez^{1,2}, Yohan Manuel Claro-Jay¹

¹Hospital General Docente “Martín Chang Puga”. Camagüey. ²Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Cuba.

Recibido: 22 de octubre de 2023

Aprobado: 20 de noviembre de 2023



RESUMEN

La evisceración vaginal por dehiscencia de la cúpula, es una temible e infrecuente complicación, que puede aparecer luego de la histerectomía abdominal total; el tiempo que puede ocurrir es variable desde días, hasta 30 años después de realizada la cirugía. El diagnóstico es clínico y el tratamiento quirúrgico, asociado al uso de antibioticoterapia de amplio espectro; debe ser inmediato, ya que, se trata de una urgencia, con riesgo de mortalidad cercana al 10 % por peritonitis secundaria y choque séptico. Se presenta el caso de una paciente blanca, femenina, de 72 años de edad, con antecedentes de histerectomía abdominal total, por fibroma uterino, hace alrededor de 10 años; acudió al cuerpo de guardia de cirugía por presentar salida de asas delgadas por la vagina. Se realiza laparotomía exploratoria de urgencia, encontrando pérdida de continuidad de aproximadamente siete centímetros en cúpula vaginal, confirmando el diagnóstico, por donde prolapsan alrededor de 40 centímetros de íleon terminal, logrando reducir sin accidente. La exploración de la porción reincorporada no presentó perforación ni compromiso vascular. Se cierra la cúpula vaginal, por vía abdominal y luego se da un segundo plano por vía vaginal. No presentó complicaciones posoperatoria, logrando su egreso de la institución al oncenavo día.

Palabras clave: HISTERECTOMÍA ABDOMINAL; EVISCERACIÓN VAGINAL; DEHISCENCIA DE LA CÚPULA VAGINAL; URGENCIA QUIRÚRGICA; REPORTE DE CASO.

Descriptores: HISTERECTOMÍA VAGINAL; PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS OPERATIVOS.

INTRODUCCIÓN

Según informes recientes de la American Journal of Gynecology después de la cesárea, la histerectomía es el proceder quirúrgico ginecológico que más se practica como consecuencia de fibromas, sangrado uterino anormal y endometriosis. ⁽¹⁾ Como toda cirugía, presenta complicaciones a corto, mediano y largo plazo, pudiendo mencionar las lesiones urológicas, gastrointestinales, hemorragia, infección, fístulas vesicovaginales y prolapso de la cúpula

SUMMARY

Vaginal evisceration due to dehiscence of the vault is a fearsome and rare complication that can appear after the total abdominal hysterectomy, the time that can occur is variable from days to 30 years after the surgery. The diagnosis is clinical and the surgical treatment associated with the use of broad-spectrum antibiotic therapy should be immediate as it is an emergency with a risk of mortality close to 10% by secondary peritonitis and septic shock. We present the case of a 72-year-old female white patient with a history of total abdominal hysterectomy due to uterine fibroma about 10 years ago, who went to the surgical guard for presenting thin loops out of the vaginal. Emergency exploratory laparotomy was performed finding continuity loss of approximately 7 centimeters in vaginal vault, confirming the diagnosis, where prolapse about 40 centimeters of terminal ileum, managing to reduce it without accident. Exploration of the reincorporated portion showed no perforation or vascular involvement. The vaginal vault is closed through the abdomen and then given a vaginal background. She presented no postoperative complications, discharged from hospital on the eleventh day.

Keywords: ABDOMINAL HYSTERECTOMY; VAGINAL EVISCERATION; VAGINAL VAULT DEHISCENCE; SURGICAL URGENCY; CASE REPORT.

Descriptors: HYSTERECTOMY, VAGINAL; SURGICAL PROCEDURES, OPERATIVE.

Translated into English by:
Julio César Salazar Ramírez

vaginal, entre otras. ⁽²⁾ La dehiscencia parcial o total de los bordes anterior y posterior del manguito vaginal, luego de la histerectomía, es una complicación con una incidencia tan baja, que oscila entre 0,32 % y 1,2 %, puede o no, concomitar en su evolución con exteriorización del contenido de la cavidad abdominopélvica. ^(3,4)

Esta temible complicación fue descrita por vez primera en 1864 por Hynernaux y posteriormente en



Citar como: Arias-Manganelly JM, Varona-Rodríguez Y, Claro-Jay YM. Evisceración vaginal por dehiscencia tardía de la cúpula vaginal. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2023; 48: e3575. Disponible en: <https://revzoilomarinellosld.sld.cu/index.php/zmv/article/view/3575>.



CITMA Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas
Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas
Ave. de la Juventud s/n. CP 75100, Las Tunas, Cuba

el año 1907 Mc Gregor describe un caso de evisceración vaginal (EV) postraumática, sin presentar cirugía previa, ^(5,6) dentro del contenido eviscerado se aprecia con más frecuencia el íleon terminal, seguido de casos de evisceración de epiplón, colon, trompas uterinas y apéndice cecal. ^(3,7)

Las causas de EV difieren entre mujeres pre y posmenopáusicas, en estas últimas, hay una importante asociación con el prolapso vaginal crónico; indistintamente del antecedente de cirugía vaginal, la atrofia vaginal presente en este grupo de edad, tiene una asociación estrecha con el hipoestrogenismo, la devascularización tisular crónica y la debilidad del suelo pélvico. ^(4,6,8)

Dentro de las principales manifestaciones clínicas descritas en la EV se encuentra el dolor agudo y súbito bajo vientre, sangrado vaginal atípico, aumento del flujo vaginal, sensación de bulto o masa en la vagina, además de síntomas y signos de infección o peritonitis, haciéndola una verdadera urgencia quirúrgica. ⁽⁹⁾

Debido a la baja frecuencia de presentación de la EV, no más de 100 artículos, se encuentran publicados en buscadores de referencia como Google académico, Lilacs, Scielo y PubMed, desde su primera descripción hasta la actualidad, encontrando limitados reportes de casos en revistas nacionales. Por tal motivo, el presente artículo tiene como objetivo describir el curso clínico quirúrgico, de un nuevo caso de evisceración intestinal transvaginal por dehiscencia de la cúpula vaginal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de piel blanca, femenina, 72 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial crónica, para la cual cumple tratamiento con captopril (25mg), 1 tableta cada 8 horas e hidroclorotiazida (25mg), 1 tableta al día, fumadora inveterada. Como antecedentes ginocobstétricos se confirman 4 embarazos, tres partos, u aborto, además de una histerectomía abdominal total (HAT) realizada hace diez años, por presentar fibroma uterino. No se recoge el antecedente de prolapso vaginal. Acude al servicio de guardia de cirugía general del Hospital Docente "Martín Chang Puga", Nuevitas, provincia Camagüey, refiriendo que luego de un esfuerzo, sintió un fuerte dolor en bajo vientre, acompañado de sangramiento vaginal y salida de asas intestinales por la vagina.

Al examen físico presenta facies dolorosa, muy ansiosa. No se constata gradiente térmico distal, temperatura axilar de 36,7°C, frecuencia cardíaca 105 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 25 respiraciones por minuto, saturación pulsátil de oxígeno 99 %.

Abdomen globuloso, ruidos hidroaéreos aumentados, blando, depresible, doloroso a la palpación en toda su extensión, sin reacción peritoneal, no se palpa tumoración ni visceromegalia. En el examen, ginecológico, se aprecia salida de asas delgadas por

la vagina, hiperémicas y con peristaltismo (**imagen 1 y 2**). Con el antecedente de histerectomía, los datos recogidos durante el interrogatorio y examen físico, se llegó al diagnóstico presuntivo de EV, decidiendo anunciar urgentemente al salón de operaciones, previa realización de exámenes complementarios preoperatorios.

Resultado de los exámenes complementarios: hematocrito 0,41L/L, leucograma $11,6 \times 10^9/L$, polimorfonucleares 0,66 %, linfocitos 0,34 %, tiempo de coagulación 6 minutos, tiempo de sangramiento 1 minuto, conteo plaquetario $360 \times 10^9/L$, glucemia 9,1 mmol/L, grupo y factor Rh O positivo, electrocardiograma de 12 derivaciones sin alteraciones.

IMAGEN 1. Examen ginecológico donde se observa, asas delgadas evisceradas por la vagina



IMAGEN 2. Asas evisceradas



Se practicó laparotomía exploratoria, encontrando pérdida de continuidad de aproximadamente siete cm, en cúpula vaginal, confirmando el diagnóstico, por donde prolapsan alrededor de 40cm de íleon terminal a 8cm de la válvula ileocecal, logrando reducir sin accidente. La exploración de la porción reincorporada no presentó perforación ni compromiso vascular (**imagen 3**). Se cierra en un

primer tiempo la cúpula vaginal por vía abdominal y luego en un segundo plano, por vía vaginal.

La paciente cumplió tratamiento antimicrobiano por diez días con ceftriaxona 1 gramo intravenoso (iv) cada 12 horas, más metronidazol 500mg, iv cada 8 horas, finalmente es egresada de la institución al 11^{no} día del posoperatorio, sin complicaciones.

IMAGEN 3. Porción del íleon terminal reducido de aspecto hiperémico, vista desde el abdomen



DISCUSIÓN

El caso en cuestión se presentó en una paciente adulto mayor, con antecedente de histerectomía por vía abdominal, que diez años después, acude a urgencias, por presentar salida de contenido abdominal por el introito vaginal, luego de haber realizado un esfuerzo físico. La dehiscencia de la cúpula vaginal (DCV) y la EV es una de las complicaciones menos frecuente en pacientes histerectomizadas, más aún, si ésta se realizó por vía abdominal. Rueda Espinel S et al, ⁽³⁾ en una revisión sistemática encontraron que más del 50 % de este evento, ocurre cuando el procedimiento quirúrgico es realizado con la técnica laparoscópica, seguido de la vía abdominal y por último el abordaje vaginal, con 14,8 %, además se aprecia una heterogeneidad en la información recolectada.

No obstante, artículos más recientes ^(5,7) señalan la baja incidencia de este tipo de complicación, cuando se compara la HAT respecto a la técnica mínima invasiva. Otros factores de riesgos no asociados al proceder quirúrgico, pueden ser precipitantes de

esta temible complicación en el período posmenopáusico, como es la atrofia y úlceras vaginales, comorbilidades respiratorias, desnutrición, hábito tabáquico, uso de quimioterapia, radioterapia, consumo prolongado de corticoesteroides, además de las condiciones que aumentan la presión intraabdominal. ^(5-7,9)

El momento que puede ocurrir la DCV y/o EV posterior a la histerectomía es variable. Según Triviño Cuellar et al, ⁽²⁾ puede producirse precozmente, como al tercer día del posoperatorio hasta, 30 años después de realizada la intervención quirúrgica, datos que no corresponden con el planteamiento de Rueda Espinel S. et al, ⁽³⁾ el cual en su artículo de revisión, manifiesta, que en las pacientes que se intervinieron por vía laparoscópica, dicho intervalo es de cuatro a siete semanas, mientras, que en los abordajes por vía abdominal es mayor, de 13 a 22 semanas y vía vaginal es de 52 a 116 semanas, nuestro caso tardó diez años en presentar esta complicación.

El diagnóstico es eminentemente clínico al observar la salida de asas intestinales a través del introito vaginal, como en el caso que presentamos, otros síntomas como el sangrado vaginal, dolor pélvico y la sensación de presión abdominal son bastante frecuentes, sin embargo, no existen síntomas específicos que puedan justificar la sospecha de EV. ⁽¹⁰⁾ El tratamiento quirúrgico debe ser inmediato, ya que, se trata de una urgencia con una mortalidad de 6 a 10 %, la laparotomía es la vía de elección, más aún, cuando el paciente presenta otras complicaciones, ya que permite visualizar la extensión del daño, pero también se puede actuar por vía vaginal o combinación de ambas. ^(2,6,10)

Las exposición del intestino y contacto directo con la flora vaginal aumentan el riesgo de peritonitis secundaria y choque séptico, lo que obliga que todos estos pacientes cumplan un tratamiento antimicrobiano de amplio espectro, además una vigilancia estrecha en el posoperatorio. ^(1,2)

Finalmente se puede señalar que la evisceración transvaginal, constituye una complicación de la cirugía ginecológica. El hábito de fumar, aumento de la presión intraabdominal, la etapa posmenopáusica, son factores de riesgo para la DCV o EV. El íleon terminal es la víscera afectada con mayor frecuencia, el diagnóstico es puramente clínico, constituyendo una emergencia quirúrgica, por lo que se debe actuar con prontitud, con el objetivo de reducir la morbilidad y mortalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. McMaster CB, Molins C. Evisceración del intestino delgado después de la ruptura espontánea del manguito vaginal. Cureus [revista en internet]. 2019 [citado 17 de octubre 2023]; 11(8): e5535. Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.5535>.
2. Triviño-Cuellar LS, Garzón-Pulido LS, Quintero-Mora LF, Geney-Montes MC, Niño-González GE. Evisceración intestinal transvaginal por dehiscencia de la cúpula vaginal posterior a la histerectomía: reporte de caso. Ginecol. Obstet. Mex. [revista en internet]. 2022 [citado 17 de octubre 2023]; 90 (10): 850-855. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/gom.v90i10.5459>.

3. Rueda-Espinel S, Cobos-Mantilla F. Manejo de evisceración intestinal transvaginal secundaria a dehiscencia de la cúpula vaginal posterior a histerectomía: reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev. Colomb. Obstet. Ginecol.* [revista en internet]. 2019 [citado 17 de octubre 2023]; 70(2): 129-135. Disponible en: <https://doi.org/10.18597/rcog.3141>.
4. Ortega-Checa D, Vojvodic-Hernández I, Benavides-Morales D. Evisceración intestinal transvaginal encarcerada con perforación intestinal después de una colpografía con malla. Reporte de un caso. *Rev. Colomb. Cir.* [revista internet]. 2022 [citado 17 de octubre 2023]; 37: 708-14. Disponible en: <https://doi.org/10.30944/20117582.982>.
5. Granados-Casallas N, Restrepo-Castro OI, Gaitá-López A, Garzón-Sarmiento C, Castillo-Zamora MF. Evisceración vaginal espontánea en paciente con antecedente de histerectomía: reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* [revista en internet]. 2022 [citado 17 de octubre 2023]; 87(6): 412-418. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24875/RECHOG.22000051>.
6. García-Manzano RA, Argüello-Cancino JD, Dávila-Ruíz EO, Martínez-Santiago NY. Evisceración intestinal transvaginal espontánea idiopática. Reporte de caso. *Ginecol. Obstet. Mex.* [revista en internet]. 2020 [citado 17 de octubre 2023]; 88(3): 176-180. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92614>.
7. Alarcón-Gutiérrez J, Uriol-Valverde R, Aguilar-Ydiáquez C, Vargas-Becerra C, Casamayor-Quipuzcoa J, Burgos-Marquina CH, et al. Dehiscencia de cúpula vaginal y evisceración posquirúrgica: reporte de caso. *Rev. Peru. Ginecol. Obstet.* [revista en internet]. 2021 [citado 17 de octubre 2023]; 67(4): 00015. Disponible en: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v67i2364>.
8. Calderón-León MF, Ordóñez-Méndez WR, León-San-Miguel GA, Valdez-Campoverde GE, Solorzano-Acosta PV, Altamirano-Angamarca MC, et al. Prolapso y necrosis intestinal como complicación de un aborto. *Medicinas UTA* [revista en internet]. 2022 [citado 17 de octubre 2023]; 6(4): 39-46. Disponible en: <https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v6i4.1826.2022>.
9. Tsakona S, Iavazzo C, Fotiou A, Kokkali K, Vorgias G. Evisceración vaginal después de la histerectomía abdominal: informe de un caso. *Cureus* [revista en internet]. 2022 [citado 17 de octubre 2023]; 14(11): e31191. Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.31191>.
10. Missori G, Marchesini NLA, Mosca D, Ricciardolo AA, Serra F, Gelmini R. Evisceración vaginal del intestino delgado con resección ileal extraperitoneal de las asas herniadas: informe de un caso. *Frontiers in Surgery* [revista en internet]. 2022 [citado 17 de octubre 2023]; 9: 878760. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fsurg.2022.878760>.

Contribución de los autores

Julio Michel Arias-Manganelly |  <https://orcid.org/0000-0003-0223-8509>. Participó en: conceptualización, análisis formal, validación, redacción del borrador original, redacción, revisión y edición final.

Yuliel Varona-Rodríguez |  <https://orcid.org/0000-0001-6944-8645>. Participó en: conceptualización, investigación, análisis formal, metodología, supervisión, validación, visualización, redacción del borrador original, redacción, revisión y edición final.

Yohan Manuel Claro-Jay |  <https://orcid.org/0009-0001-5101-6745>. Participó en: metodología, supervisión, visualización, redacción, revisión y edición final.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores.