



REPORTE DE CASO

DOI: <https://doi.org/10.18597/rcog.3141>

MANEJO DE EVISCERACIÓN INTESTINAL TRANSVAGINAL SECUNDARIA A DEHISCENCIA DE LA CÚPULA VAGINAL POSTERIOR A HISTERECTOMÍA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Management of transvaginal bowel evisceration secondary to vaginal vault dehiscence following hysterectomy: Case report and review of the literature

Santiago Rueda Espinel, MD^{*1}; Facundo Cobos Mantilla, MD²

Recibido: febrero 04/18 - Aceptado: junio 28/19

RESUMEN

Objetivos: reportar un caso de evisceración intestinal transvaginal posterior a histerectomía abdominal total y realizar una revisión de la literatura sobre su diagnóstico y tratamiento.

Materiales y métodos: se presenta el caso de una paciente de 48 años que consulta a una institución de alta complejidad por evisceración intestinal transvaginal de 10 horas de evolución, se realiza laparotomía para reducción de la evisceración y reparación del defecto de cúpula vaginal. Se hace una búsqueda en Medline vía PubMed, Embase, Elsevier, Medigraphic, Wolters Kluwer Health y UpToDate con los términos: “dehiscencia de

cúpula vaginal”, “evisceración intestinal transvaginal”, “dehiscencia posterior a histerectomía”, “complicaciones histerectomía”, y en bola de nieve a partir de los estudios identificados, en idiomas inglés y español.

Resultados: se incluyeron 14 estudios. El diagnóstico de la evisceración transvaginal es eminentemente clínico al observar salida de contenido abdominal por vagina, se puede asociar a signos de peritonitis u obstrucción intestinal. Su manejo inicial debe intentar el empaquetamiento vaginal y la profilaxis antibiótica. Se han descrito varias técnicas quirúrgicas para corregir el defecto de la cúpula vaginal y reforzar el cierre de la dehiscencia de la cúpula.

Conclusiones: la evisceración transvaginal se considera una urgencia quirúrgica. Se requieren más estudios que evalúen la seguridad y la efectividad de las diferentes intervenciones para el manejo.

Palabras clave (MesSH): dehiscencia de la herida operatoria; prolapso visceral; histerectomía.

* Correspondencia: Santiago Rueda Espinel, calle 37 #15-25, oficina 403. santiago.rueda.e@hotmail.com

1 Médico cirujano, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga (Colombia).

2 Especialista en ginecología. Profesor de cátedra, Universidad Industrial de Santander-Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga (Colombia).

ABSTRACT

Objetives: To report a case of transvaginal bowel evisceration following total abdominal hysterectomy, and to conduct a review of the literature on its diagnosis and treatment.

Materials and methods: A 48-year-old female patient who presented to a high complexity institution with transvaginal bowel evisceration lasting 10 hours. Laparotomy was performed in order to reduce the evisceration and repair the vaginal vault defect. A search was conducted in Medline via PubMed, Embase, Elsevier, Medigraphic, Wolters Kluwer Health and UpToDate using the terms “vaginal vault dehiscence,” “transvaginal bowel evisceration,” “dehiscence following hysterectomy,” “hysterectomy complications,” and using a snowball search strategy based on the studies identified, both in English and Spanish.

Results: Fourteen studies were included. The diagnosis of transvaginal evisceration is primarily clinical with the observed bulging of the abdominal content through the vagina. It may also be associated with signs of peritonitis or bowel obstruction. Initial management must be an attempt at vaginal packing and prophylactic antibiotics. Several surgical techniques have been described for vaginal vault correction and reinforcement of dehiscence closure.

Conclusions: Transvaginal evisceration is considered a surgical emergency. Further studies assessing the safety and effectiveness of the various management interventions are required.

Key words: Surgical wound dehiscence; visceral prolapse; hysterectomy.

INTRODUCCIÓN

La dehiscencia de la cúpula vaginal es la separación de la sutura o ruptura de los bordes de una incisión a nivel vaginal y del peritoneo, posterior a la realización de una histerectomía (1). Concomitantemente puede haber o no evisceración, lo cual se refiere a la expulsión de contenido intraperitoneal por el defecato hasta protruir por el introito vaginal (2), situación

que representa una de las urgencias quirúrgicas en ginecología por el riesgo de perforación intestinal, necrosis y sepsis secundaria (3).

Respecto a la dehiscencia de la cúpula vaginal se ha informado una incidencia que oscila entre 0,03 y 4,1 % de las mujeres sometidas a una histerectomía (1,4,5) esta variabilidad podría ser explicada por subregistro o tecnologías que incrementan el riesgo (6).

La evisceración transvaginal dada por la dehiscencia de la cúpula vaginal fue reportada por primera vez en 1864 por Hyernaux (7). Su incidencia varía entre un 0,32 (8) a 1,2 %. Esta mayor frecuencia ha sido asociada a la histerectomía robótica (9).

Se han identificado diversos factores de riesgo asociados a la dehiscencia de la cúpula vaginal, principalmente aquellos relacionados con edad avanzada, aumento en la presión abdominal y cicatrización deficiente secundaria a patologías malignas, radioterapia, uso crónico de esteroides, malnutrición, anemia e inmunosupresión (6,10). Las pacientes con obesidad presentan mayores complicaciones, además suelen presentar otras comorbilidades como hipertensión arterial y diabetes, que a su vez aumentan el riesgo (11). Otros factores que se han visto relacionados son la multiparidad, menopausia, tabaquismo, estreñimiento, tos crónica, hipotiroidismo e infecciones o hematomas en sitio operatorio que comprometen la cúpula vaginal (1-3).

La dehiscencia de la cúpula vaginal se puede presentar de manera espontánea y sin desencadenante, sin embargo, en la mujer premenopáusica el evento precipitante más frecuente es reanudar las relaciones sexuales sin tener una curación completa de la cúpula (1-3). En la mujer posmenopáusica el principal evento desencadenante es el incremento en la presión intraabdominal (3,10), asociado con prolapso pélvico o cirugía vaginal previa (8). La dehiscencia poshisterectomía se ha asociado a técnica quirúrgica deficiente, hematoma o infección de la cúpula (12). En cuanto a los factores de riesgo para evisceración, el más importante es la dehiscencia de la cúpula (12).

La evisceración transvaginal es considerada una urgencia quirúrgica que debe ser manejada por el ginecólogo, quien debe hacer su diagnóstico y tratamiento lo más temprano posible. El objetivo de este artículo es reportar el caso de una paciente que presenta un cuadro de abdomen agudo debido a la evisceración de intestino delgado secundario a dehiscencia de la cúpula vaginal posterior a la realización de una histerectomía abdominal total, y hacer una revisión de la literatura de su manejo en cuanto a su diagnóstico y tratamiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso clínico de una paciente de 48 años que consulta al servicio de urgencias del Hospital Universitario de Santander, ubicado en la ciudad de Bucaramanga, entidad pública de alta complejidad, centro de referencia del nororiente del país, que atiende población del régimen subsidiado por el Estado en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia. La paciente consulta por presencia de masa dolorosa que protruye por la vagina. Concomitantemente cursa con dolor abdominal generalizado de predominio en hipogastrio y múltiples episodios eméticos de contenido gástrico.

Como antecedentes quirúrgicos la paciente refiere que 11 meses atrás le realizaron histerectomía abdominal total y cistopexia por patología benigna; a los 5 meses refiere realización de colpografía anterior y posterior. Respecto a los antecedentes ginecológicos refiere menarquia a los 15 años, ciclos regulares, fecha de última menstruación 2 años previos al evento; gestaciones 2, partos 2, los partos fueron eutócicos, con pesos al nacer de 3000 y 2700 g; último parto hacía 15 años, nunca usó métodos de planificación, niega vida sexual en los últimos 6 años y nunca se había realizado tamización para cáncer de cérvix.

Al examen físico de ingreso se encontró paciente en regulares condiciones generales, álgica, diaforética, tensión arterial 115/70 mm/Hg, frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto,

saturando 95 % al ambiente y temperatura de 36 °C. Se evidencia mucosa oral seca, abdomen distendido, ruidos intestinales ausentes, dolor a la palpación de hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal. A la inspección vaginal se evidenció evisceración consistente en asa de intestino sin haustras ni tenias, sin signos aparentes de isquemia, que no reduce espontánea ni manualmente (figura 1). No se realizan paraclínicos de ingreso, se indica manejo quirúrgico inmediato por sospecha de obstrucción intestinal secundaria a evisceración transvaginal por defecto en cúpula vaginal.

En conjunto entre cirugía general y ginecología se realiza abordaje inicial por laparotomía mediana infraumbilical, se identifica la evisceración de una porción de íleon terminal a través de un defecto en cúpula vaginal de aproximadamente 3 cm de diámetro (figura 2), se reducen las asas al compartimiento abdominal y se determina que sufrieron un proceso de isquemia reversible por lo cual no se resecan; se repara el defecto en cúpula con sutura continua cruzada con vicryl 1-0 y técnica Moschowitz en fondo de saco. Se inicia cubrimiento antibiótico con cefalosporinas de primera generación. Durante el posoperatorio se reinicia la vía oral al segundo día con dieta líquida clara. La paciente se recupera adecuadamente y es dada de alta al cuarto día de hospitalización. Posteriormente, en control ambulatorio, se encuentra paciente con adecuada corrección del defecto.

Aspectos éticos. Se obtuvo consentimiento informado por escrito de la paciente para la publicación del caso clínico, y se tomaron las precauciones necesarias para garantizar la confidencialidad de la información y el anonimato de la paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Con base en la pregunta: ¿cuál es el tratamiento de las pacientes que presentan evisceración transvaginal secundaria a dehiscencia de la cúpula vaginal posterior a la realización de una histerectomía?, se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline vía PubMed, Embase, Elsevier,



Figura 1. Evisceración transvaginal consistente en asa de intestino delgado

Wolters Kluwer Health y en las páginas de Medigraphic, National Institutes of Health (NIH), The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), European Journal of Obstetrics and Gynecology (EJOG), con los términos en inglés “vaginal cuff dehiscence”, “intestinal transvaginal evisceration”, “dehiscence after a hysterectomy”, “hysterectomy complications”. Se excluyeron reportes asociados a cirugía robótica por no ser frecuentemente realizada en nuestro medio. A partir de las referencias bibliográficas obtenidas se realizó una búsqueda por el método de “bola de nieve”, se filtró por las publicaciones de los últimos diez años. Se incluyeron aquellos artículos con dehiscencia de la cúpula vaginal y evisceración transvaginal como población de estudio. Las variables evaluadas fueron la edad, el tipo de histerectomía realizada, el tiempo transcurrido desde la cirugía hasta la complicación, órgano prolapsado, vía de acceso para su corrección, técnica quirúrgica de reparación del defecto de la cúpula vaginal y el peritoneo, así como las medidas posoperatorias.

RESULTADOS

Se incluyeron 14 referencias en total, cuatro son estudios de cohorte (1,3,4,13) dos de ellos cohortes

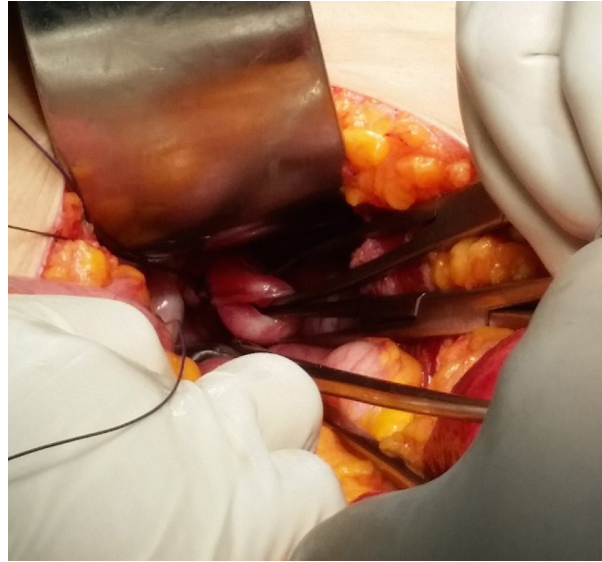


Figura 2. Defecto en cúpula vaginal de aproximadamente 3 cm de diámetro

multicéntricas (1,4), un estudio de corte transversal (11), tres revisiones de la literatura (2,6,10), dos series de casos (5,14) y cuatro reportes de casos (8,12,15,16) (tabla 1).

En cuanto a la asociación con el tipo de histerectomía, la literatura es inconsistente. Algunos autores no han encontrado diferencias en la incidencia (3), mientras que otros han reportado que el evento se asocia más con la técnica laparoscópica, seguida de las vías abdominal y vaginal (4,5,11). Agdi *et al.*, en una serie de 54 casos, informa que el 51,9 % de estos ocurren tras histerectomía laparoscópica, mientras que el 33,3 y el 14,8 % ocurren tras histerectomía abdominal y vaginal respectivamente (1). Los estudios más recientes sugieren que el riesgo de dehiscencia para procedimientos laparoscópicos es 9 veces mayor (15), esto incluye la cirugía robótica (6).

El tiempo que transcurre entre la histerectomía y la evisceración es muy variable y depende del tipo de histerectomía (10). Agdi *et al.* describen que en las pacientes que se intervinieron por vía laparoscopia dicho intervalo es de 4 a 7 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 (1). En dos estudios de cohorte se reportó una relación inversamente proporcional entre el

Tabla 1.
Revisión sistemática de la literatura sobre evisceración transvaginal en el periodo 2006-2017

Autor	País	Año publicación	Diseño	Variables extraídas
Agdi M, <i>et al.</i> (1)	Canadá	2009	Cohorte multicéntrico	Factores de riesgo
Hur HC, <i>et al.</i> (2)	EE.UU.	2016	Revisión de la literatura	Factores de riesgo, prevención y manejo
Iaco PD, <i>et al.</i> (3)	Irlanda	2006	Cohorte	Prevención
Ceccaroni M, <i>et al.</i> (4)	Italia	2011	Cohorte multicéntrico	Diagnóstico y manejo
Hur HC, <i>et al.</i> (5)	EE.UU.	2007	Serie de casos	Epidemiología y factores de riesgo
Hur HC, <i>et al.</i> (6)	EE.UU.	2016	Revisión de la literatura	Epidemiología, factores de riesgo, prevención, diagnóstico y manejo
Croak A, <i>et al.</i> (8)	EE.UU.	2004	Serie de casos	Diagnóstico
Cronin B, <i>et al.</i> (10)	EE.UU.	2012	Revisión de la literatura	Factores de riesgo y manejo
Hollman JP, <i>et al.</i> (11)	México	2014	Corte transversal	Epidemiología
Rajesh S, <i>et al.</i> (12)	Inglaterra	2008	Reporte de caso	Manejo
Uccella S, <i>et al.</i> (13)	EE.UU.	2012	Cohorte	Factores de riesgo y manejo
Matthews CA, <i>et al.</i> (14)	EE.UU.	2014	Serie de casos	Manejo
Pumar P, <i>et al.</i> (15)	España	2016	Reporte de caso	Manejo
Lobato JL, <i>et al.</i> (16)	España	2016	Reporte de caso	Manejo

tiempo de presentación de la complicación y la edad de las pacientes; la presentación temprana fue más frecuente en pacientes jóvenes (menos de 6 meses) (3-4). En algunos estudios el tiempo informado es mayor y varía entre 6 meses y 5 años (3-4, 12,16).

En cuanto a la técnica quirúrgica de la laparoscopia, en un estudio de corte transversal se reportó que el uso de electricidad para hemostasia y corte produce mayor necrosis y alteración de la vascularización (6). Otro estudio lo asocia con un debilitamiento de la sutura por el uso de baja-nudos en dicha vía de

abordaje (5). Estos autores sugieren que el aumento ocular que se provee hace que la sutura se apoye en una cantidad de tejido insuficiente (5,6). Adicionalmente, podría exponer a las pacientes a un menor tiempo de recuperación, lo que llevaría a reanudar la actividad sexual más precozmente (15). Hollman y Rodríguez proponen realizar por laparoscopia la sutura transvaginal de la cúpula después de una histerectomía para reducir el riesgo de dehiscencia (11).

El intestino delgado es el órgano que más frecuentemente se eviscera, el íleon distal es la porción

más involucrada (4,12,13), sin embargo, se han descrito prolapsos de omento, sigmoides, apéndice y trompas de Falopio (3,6).

En relación con el manejo inicial, Hur *et al.* (2) recomiendan intentar reducir la evisceración cuidadosamente, posterior a ello pasar una sonda vesical para evitar la retención urinaria y empaquetar la vagina. Si el contenido transvaginal no es reductible, se describe que el órgano prolapsado se debe cubrir con compresas húmedas y trasladar a la paciente a quirófano de inmediato (2). Adicionalmente, Iaco *et al.*, mencionan medidas de soporte como: iniciar la reposición de líquidos endovenosos, analgesia y profilaxis antibiótica intravenosa de amplio espectro (3).

En cuanto al cierre del defecto a nivel de la cúpula vaginal, Matthews *et al.*, en una serie de casos, proponen el uso de puntos simples de material monofilamento absorbible tras desbridar los bordes (14). Además, se ha descrito la inclusión de mucosa vaginal junto con fascia pubocervical y fascia rectovaginal (2).

Rajesh *et al.*, en un reporte de caso publicado en Inglaterra, proponen que los pedículos de los ligamentos uterosacros y cardinales sean suturados a la vagina, así como obliterar el fondo de saco con la unión entre la cúpula y la superficie anterior del colón recto sigmoides. Como opción terapéutica plantean la realización de procedimientos descritos para la reparación de fístulas véscico-vaginales usando colgajos de epiplón (procedimiento de Bastiaanse), interponiendo músculo bulbo-cavernoso y piel de los labios vulgares (Martius), el colgajo miocutáneo gracilis (Ingelman-Sundberg) y el colgajo miocutáneo de glúteo mayor o músculo recto anterior (12).

Lobato *et al.* sugieren que la reparación puede ser por vía abdominal, vaginal o una combinación de ambas (16), sin embargo Hur *et al.* recomiendan que la decisión sea individualizada dependiendo de la estabilidad de la paciente y las habilidades de quien hará la corrección (2).

CONCLUSIONES

La evisceración transvaginal es una urgencia quirúrgica. Su manejo inicial debe intentar el empaquetamiento vaginal y la profilaxis antibiótica. Hay diferentes alternativas quirúrgicas para corregir el defecto de la cúpula vaginal que permite la evisceración. Se requieren más estudios que evalúen la seguridad y la efectividad de las diferentes intervenciones para el manejo.

AGRADECIMIENTOS

Agradecidos con el cuerpo humano, libro y templo de conocimiento.

REFERENCIAS

1. Agdi M, Al-Ghafri W, Antolin R, Arrington J, O'Kelley K, Thomson AJM, et al. Vaginal vault dehiscence after hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol.* 2009;16(3):313-7. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2009.01.006>
2. Hur HC, Lightfoot M, McMillin MG, Kho KA. Vaginal cuff dehiscence and evisceration: A review of the literature. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2016;28(4):297-303. <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000294>
3. Iaco PD, Ceccaroni M, Alboni C, Roset B, Sansovini M, D'Alessandro L, et al. Transvaginal evisceration after hysterectomy: Is vaginal cuff closure associated with a reduced risk? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2006;125(1):134-8. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2005.08.009>
4. 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. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2011.05.013>
5. 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(3):311-7. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2006.11.005>
6. Hur HC, Falcone T, Eckler K. Vaginal cuff dehiscence after hysterectomy. 2016 [visitado 2019 jun];1-8. Up to Date. Editorial Wolters Kluwer. 2019. Di-

- ponible en: <https://www.uptodate.com/contents/vaginal-cuff-dehiscence-after-hysterectomy/print>
7. Hyernaux M. Rupture traumatique du vagin; issue des intestines a l'exterieur; application du grand forceps au detroit superieur; gurison. Bull Mem Acad Med Belg 1864;2:957.
 8. Croak AJ, Gebhart JB, Klinge CJ, Schroeder G, Lee RA, Podratz KC. Characteristics of patients with vaginal rupture and evisceration. *Obstet Gynecol.* 2004;103(3):572-6. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000115507.26155.45>
 9. Kho RM, Akl MN, Cornella JL, Magtibay PM, Wechter ME, Magrina JF. Incidence and characteristics of patients with vaginal cuff dehiscence after robotic procedures. *Obstet Gynecol.* 2009;114:231-5. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181af36e3>
 10. Cronin B, Sung VW, Matteson KA. Vaginal cuff dehiscence: Risk factors and management. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;206(4):284-8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.08.026>
 11. Hollman JP, Rodríguez G. Complicaciones de la histerectomía total abdominal ginecológica por patología benigna. *Arch Inv Mat Inf.* 2014;VI(1):25-30.
 12. Rajesh S, Kalu E, Bong J, Wales N. Evisceration 5 years post abdominal hysterectomy. *J Obstet Gynaecol Res.* 2008;34(3):425. Disponible en: <https://ezp.lib.unimelb.edu.au/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=e-db&AN=32575052&site=eds-live&scope=site> <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2008.00778.x>
 13. 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. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e318264f848>
 14. Matthews CA, Kenton K. Treatment of vaginal cuff evisceration. *Obstet Gynecol.* 2014;124(4):705-8. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000463>
 15. Pumar P, Gaitero MR, Vaquero A. Dehiscencia de cúpula vaginal tras histerectomía laparoscópica: a propósito de un caso. *Obstet Ginecol.* 2016;57(2):2014-7. <https://doi.org/10.1016/j.pog.2013.05.001>
 16. Lobato JL, Villasante A, Pérez C, Marques M, López M. Evisceración intestinal transvaginal después de histerectomía. *Rev Cubana Cir.* 2010 [citado 2019 jun 15];49(4):69-73. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474932010000400010&lng=es

Conflicto de intereses: ninguno declarado.