

Multimed 2020; 24(4)

Julio-Agosto

Caso clínico

## **Evisceración vaginal post histerectomía abdominal. Presentación de un caso**

Vaginal evisceration after abdominal hysterectomy. Filing a case  
Evisceração vaginal após histerectomia abdominal. Arquivar um caso

Adolfo Luis Malcolm Suárez. <sup>1</sup>\* <http://orcid.org/0000-0001-8743-6613>

<sup>1</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Hospital Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo. Granma, Cuba.

\*Autor para la correspondencia. Email: [adomals.grm@infomed.sld.cu](mailto:adomals.grm@infomed.sld.cu)

### **RESUMEN**

**Introducción:** la evisceración vaginal después de una cirugía pélvica es una emergencia quirúrgica extremadamente rara. La dehiscencia laparotómica consiste en la desunión y separación precoz de los bordes de una herida quirúrgica suturada, con exteriorización o sin ella del contenido de la cavidad abdominal.

**Presentación de caso:** el caso que aquí se reporta es el de una mujer de 36 años con antecedentes de hipertensión arterial. Intervenida hacia 3 meses de histerectomía abdominal por fibromiomas, sin prolapso uterino. Acude al cuerpo de guardia del hospital por dolor abdominal, sensación de ocupación vaginal y estreñimiento. Niega distensión abdominal y síntomas respiratorios. Ya en el cuerpo de guardia refiere deseos de defecar y al pujar ocurre una protrusión de intestino delgado de más o menos 3 cm, irreductible a través de orificio vaginal. Se realizó laparatomía, revisión por vía vaginal, reducción de las asas intestino delgado y ampliación del orificio por donde se produjo la evisceración.

**Discusión:** se localizaron los bordes del peritoneo parietal, se sutura la cúpula vaginal con puntos continuos y se colocó una malla en el fondo de la pelvis recubierta por peritoneo. Se utilizaron los datos provenientes de la historia clínica hospitalaria. Exámenes complementarios, la entrevista y el examen físico de la paciente, a pesar las probables complicaciones no hubo perdida de tiempo y la operación fue un éxito.

**Conclusiones:** la evolución fue satisfactoria, gracias a la labor del personal médico que estuvo a cargo del caso.

**Palabras clave:** Evisceración vaginal; Histerectomía; Protrusión de intestino delgado.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** vaginal evisceration after pelvic surgery is an extremely rare surgical emergency. Laparotomic dehiscence consists of disunity and early separation of the edges of a sutured surgical wound, with or without externalization of the contents of the abdominal cavity.

**Case presentation:** the case reported here is that of a 36-year-old woman with a history of high blood pressure. She underwent 3 months of abdominal hysterectomy for fibromyomas, without uterine prolapse. She comes to the hospital guard corps for abdominal pain, a feeling of vaginal occupation and constipation. He denies abdominal bloating and respiratory symptoms. Already in the body of guard it refers desires to defecate and when pushing a protrusion of small intestine of more or less 3 cm occurs, irreducible through the vaginal opening. Laparotomy, vaginal revision, reduction of the small intestine loops and enlargement of the hole through which evisceration occurred were performed.

**Discussion:** the edges of the parietal peritoneum were located, the vaginal dome was sutured with continuous stitches, and a mesh was placed at the bottom of the pelvis covered by peritoneum. The data from the hospital medical history were used. Complementary examinations, the interview and the physical examination of the patient, despite the probable complications, there was no loss of time and the operation was successful.

**Conclusions:** the evolution was satisfactory, thanks to the work of the medical personnel who were in charge of the case.

---

**Key words:** Vaginal evisceration; Hysterectomy; Small bowel protrusion.

## RESUMO

**Introdução:** a evisceração vaginal após cirurgia pélvica é uma emergência cirúrgica extremamente rara. A deiscência laparotômica consiste em desunião e separação precoce das bordas de uma ferida cirúrgica suturada, com ou sem externalização do conteúdo da cavidade abdominal.

**Apresentação do caso:** o caso relatado aqui é o de uma mulher de 36 anos com histórico de pressão alta. Ela foi submetida a 3 meses de histerectomia abdominal por fibromiomas, sem prolapso uterino. Ele veio à guarita do hospital devido a dor abdominal, sensação de ocupação vaginal e constipação. Ele nega inchaço abdominal e sintomas respiratórios. Já no corpo de guarda refere desejos de defecar e ao empurrar uma protrusão do intestino delgado de mais ou menos 3 cm, ocorre irreduzível através da abertura vaginal. Foram realizadas laparometria, revisão vaginal, redução das alças do intestino delgado e aumento do orifício através do qual a evisceração ocorreu.

**Discussão:** as margens do peritônio parietal foram localizadas, a cúpula vaginal foi suturada com pontos contínuos e uma malha foi colocada na parte inferior da pelve coberta por peritônio. Foram utilizados os dados do histórico médico do hospital. Exames complementares, entrevista e exame físico do paciente, apesar das prováveis complicações, não houve perda de tempo e a operação foi bem-sucedida.

**Conclusões:** a evolução foi satisfatória, graças ao trabalho da equipe médica responsável pelo caso.

**Palavras-Chave:** Evisceração vaginal; Histerectomia; Saliência intestinal pequena.

Recibido: 12/5/2020

Aprobado: 2/6/2020

## Introducción

La evisceración vaginal después de una cirugía pélvica es una emergencia quirúrgica extremadamente rara. La dehiscencia laparotómica consiste en la desunión y separación precoz de los bordes de una herida quirúrgica suturada, con exteriorización o sin ella, del contenido de la cavidad abdominal. <sup>(1)</sup>

La dehiscencia puede ser parcial o total. La parcial, también se denomina eventración aguda cubierta. Aparece cuando ceden los planos parietales profundos (peritoneo, músculos y aponeurosis) y la completa, es aquella en la que todos los planos de la pared abdominal se han separado, incluso la piel. En ocasiones el intestino, protegido por una capa de fibrina, no asoma por la herida; otras veces se exterioriza de forma evidente y se constituye una evisceración propiamente dicha, entidad conocida y peligrosa, que obliga a efectuar una nueva cirugía de urgencia. <sup>(2-4)</sup>

La edad constituye un factor predisponente de evisceración en el paciente laparotomizado, de forma que a medida que esta se incrementa van sumándose a este factor otros múltiples factores, tales como enfermedades crónicas, debilitamiento del sistema inmunológico o aumento del deterioro biológico en las diferentes funciones celulares del organismo, cuyo buen estado es directamente proporcional al metabolismo de numerosos elementos químicos esenciales para la cicatrización (hidroxiprolina, colágena y fibrina, etc.). La literatura demuestra un mayor riesgo de evisceración en mujeres por encima de los 65 años. <sup>(5)</sup>

### **Presentación de caso**

Mujer de 36 años con antecedentes de hipertensión arterial. Intervenida hace 6 meses de histerectomía abdominal por fibromiomas, sin prolapso uterino. Acude al cuerpo de guardia del hospital por dolor abdominal y sensación de ocupación vaginal de dos días de evolución tras episodio de estreñimiento y tos. Niega distensión abdominal y síntomas respiratorios. Ya en el cuerpo de guardia refiere deseos de defecar y al pujar ocurre una protrusión de intestino delgado de más o menos 3 cm, irreductible a través de orificio vaginal.

En las pruebas de laboratorio hemoglobina 7,7 mg/l, no encontramos otras alteraciones en los parámetros analíticos. Ante los hallazgos antes descritos se decide

---

pasar al salón para intervención quirúrgica de urgencia bajo anestesia general. Se realizó laparatomía, revisión por vía vaginal, reducción de las asas intestino delgado y ampliación del orificio por donde se produjo la evisceración. Se localizaron los bordes del peritoneo parietal, se sutura la cúpula vaginal con puntos continuos y se colocó una malla en el fondo de la pelvis recubierta por peritoneo. No ocurrió necrosis de las asas intestinales por lo que no fue necesario resecar ningún trayecto. La paciente evoluciono de forma favorable durante el postoperatorio, egresada al sexto día.

## Discusión

La evisceración vaginal es una complicación poco frecuente después de una histerectomía por vía abdominal. Según casos estudiados por Corradina y Urdaneta, este evento quirúrgico ocurre con mayor frecuencia relacionado con las histerectomías vaginales (63%) seguida de la vía abdominal (32%) y laparoscópica (5%).<sup>(6-8)</sup>

Un estudio de la Clínica Mayo entre 1970 y 2000 objetivó una incidencia de 0,032% de evisceración vaginal después de las reparaciones pélvicas e histerectomías. La mayor parte de los casos ocurren durante el primer año postoperatorio. Las alteraciones hormonales conjuntamente con las atrofas a nivel aparato genital femenino representa un factor de riesgo en el periodo posmenopáusico.<sup>(2, 7,9)</sup>

Hasta un 70 % de los pacientes con evisceración presentan alguna afección grave asociada, como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes mellitus, cáncer, procesos infecciosos o alteraciones del estado nutricional (obesidad, delgadez y estados carenciales, entre otros). La medicación con esteroides también suele ser un antecedente en los pacientes con evisceraciones. Se ha demostrado que la diabetes puede actuar a consecuencia de un retraso en la actividad fagocitaria, favorece el desarrollo bacteriano, disminuye la síntesis de colágeno y anula la cicatrización.

Según Nazario y Carbonell, existen varios factores determinantes que pueden influir en su aparición, tanto por una deficiente técnica anestésica de relajación durante el cierre como por una también deficiente técnica quirúrgica (nudos demasiado apretados, abarcar demasiada cantidad de tejido en los bordes con los puntos, suturas continuas

muy apretadas, cierres apresurados y con puntos desiguales en la línea de sutura, necrosis producidas por quemaduras extensas del electrocauterio, etc.).<sup>(10,11)</sup>

Asimismo, las complicaciones preoperatorias y en el postoperatorio inmediato como perforaciones de asas intestinales, íleos prolongados, tos, hipo persistente, etc. influirán en la aparición. También, el tamaño y la localización de algunas incisiones de la laparatomía, junto a peritonitis fecaloideas, intervenciones urgentes, etc. serán determinantes para que exista una evisceración posterior.<sup>(12)</sup>

En cuanto al tipo de incisión y su relación con esta patología postoperatoria, algunos estudios de Armas Pérez expresan que es menos frecuente la evisceración tras incisiones transversas que en las medias, y que son menos frecuentes en la región vaginal que en la parte superior del abdomen. Existe también una relación directa entre el tamaño de la incisión y el fallo de la pared en el postoperatorio inmediato. El tratamiento planteado es el quirúrgico ya que una intervención rápida y oportuna disminuye en gran medida la morbilidad intestinal. El refuerzo pélvico con malla es muy acertado pues previene las recurrencias.<sup>(13,14)</sup>

## **Conclusiones**

Se demuestra que cuando la eventración ocurre en un lugar cercano a un centro con actividad quirúrgica, las posibilidades del éxito y de una adecuada evolución aumentan a la medida que no se pierda tiempo.

## **Referencias bibliográficas**

1. Corradina I, Urdaneta JM, García JI, Villalobos NI, Contreras A, Zambrano NB. Calidad de vida en supervivientes al cáncer de cuello uterino. Rev Venez Oncol 2017; 29(3): 219-28.
2. Lozada Hernández EE, Mayagoitia González JC, Smolinski Kureka R, Álvarez Canales JJ, Montiel Hinojosa L, Hernández Villegas L. Comparación de dos técnicas de sutura para cierre aponeurótico en laparotomía media en pacientes con alto riesgo de evisceración posquirúrgica. Rev Hispanoam Hernia 2016; 4(4): 137-43.

3. Yanar F, Oner G, Ozcinar B, Kaan Gok AF, Ertekin C. Spontaneous transvaginal small bowel evisceration following hysterectomy: a case report. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2019; 25(4): 424-6.
4. Serati M, Casarin J, Braga A. Transvaginal repair of a misunderstood large bowel evisceration six months after vaginal hysterectomy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017; 217: 180-1.
5. Toh JWT, Lee T, Chiong C, Ctereko G. Transvaginal evisceration of small bowel. *ANZ J Surg* 2019; 89(6): 774-6.
6. Hur HC, Lightfoot M, Gomez McMillin M, Kho KA. Vaginal cuff dehiscence and evisceration: A review of the literature. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2016; 28(4): 297-303.
7. Goodenough CJ, Ko TC, Kao LS, Nguyen MT, Holihan JL, Alawadi Z, et al. Development and validation of a risk stratification score for ventral incisional hernia after abdominal surgery: Hernia expectation rates in intra-abdominal surgery (The HERNIA project). *J Am Coll Surg* 2015; 220: 405-13.
8. Gili Ortiz E, González Guerrero R, Béjar Prado L, Ramírez Ramírez G, López Méndez J. Dehiscencia de la laparotomía y su impacto en la mortalidad, la estancia y los costes hospitalarios. *Cir Esp* 2015; 93(7): 444-9.
9. Fernández Rial M, Pardo Pumar MI, Robles Gaitero M, Ouviaña Millan O, Alonso Vaquero MJ, Moral Santamarina JE. Dehiscencia de cúpula vaginal tras histerectomía laparoscópica: a propósito de un caso. *Obstet Ginecol* 2014; 57(2): 71-4.
10. Nazario Dolz AM, Luna Vázquez L, González Peña E. Dr. C. José Miguel Gonzalo Goderich Lalán: un paradigma de la cirugía general. *MEDISAN* 2017; 21(9): 2086-96.
11. Carbonell Tatay F. León Herszage (1931-2016): Buenos Aires (Argentina) Genuino y destacado representante de la Escuela Argentina de Cirugía de la Pared Abdominal. *Rev Hispanoam Hernia* 2016; 4(2): 79-81.
12. Damian Madeo S. Cirugía de la patología de la pared abdominal en Argentina. Historia y actualidad. *Rev Hispanoam Hernia* 2018; 6(3): 115-7.
13. Armas Pérez BA, Agramante Burón O. Maniobras y artificios quirúrgicos en la hernia inguinal. *Rev Cubana Cir* 2015; 54(3): 195-9.

14. Henriksen NA, Deerenberg EB, Venclauskas L, Fortelny RH, Miserez M, Muysoms FEI. Meta-analysis on Materials and Techniques for Laparotomy Closure: The MATCH Review. *World J Surg* 2018; 42(6): 1666–78.

#### **Conflicto de intereses**

Los autores no declaran conflictos de intereses.

#### **Contribución de autoría**

Adolfo Luis Malcolm Suárez: como autor originó la idea del tema: Eventración vaginal post histerectomía abdominal. Hospital Docente Ginecobstétrico "Carlos Manuel de Céspedes". Enero 2020. Realizó el diseño, redacción y corrección del estudio, además de la recogida de información y procesamiento del artículo, y en la búsqueda de bibliografía actualizada.

Yo, Adolfo Luis Malcolm Suárez, declaro la veracidad del contenido del artículo: Eventración vaginal post histerectomía abdominal. Enero 2020.