



PRESENTACIÓN DE CASO

Evisceración intestinal transvaginal encarcerada con perforación intestinal después de una colporrafia con malla. Reporte de un caso

Incarcerated transvaginal bowel evisceration with intestinal perforation after a mesh colpography. A case report

David Ortega-Checa¹ , Iván Vojvodic-Hernández¹ , Dante Benavides-Morales² 

- 1 Médico, FACS, especialista en Cirugía General, Departamento de Cirugía General y Digestiva, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - EsSalud; profesor, Universidad de San Martín de Porras, Lima, Perú
- 2 Médico, especialista en Ginecología y Obstetricia, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - EsSalud

Resumen

Introducción. La evisceración intestinal transvaginal es consecuencia, en la gran mayoría de casos, de dehiscencia del muñón vaginal posterior a histerectomía en pacientes postmenopáusicas. A través de la dehiscencia vaginal se produce la salida del contenido abdominopélvico, que puede presentarse como una evisceración simple, encarceración, obstrucción, estrangulamiento y perforación de un asa intestinal.

Caso clínico. Mujer de 78 años, con antecedente inmediato de colpocleisis y colporrafia con malla de polipropileno por prolapso vaginal, que presentó dehiscencia del muñón vaginal debido a rechazo de la malla, que condicionó la solución de continuidad de la pared vaginal, con prolapso, encarceración, obstrucción y perforación de íleon. Con el diagnóstico de evisceración intestinal transvaginal encarcerada con perforación intestinal se llevó a tratamiento quirúrgico, con abordaje inicial por vía vaginal para liberar el asa intestinal, luego por laparotomía se realizó resección y anastomosis de íleon, sacrocolpopexia con malla y plastia de Douglas. Presentó buena evolución postoperatoria.

Conclusión. La evisceración intestinal transvaginal con perforación intestinal es una entidad de muy rara presentación. El órgano más frecuentemente comprometido es el intestino delgado, especialmente el íleon. Puede complicarse con encarceración, obstrucción intestinal, isquemia y perforación. El manejo quirúrgico involucra resección intestinal, cuando hay signos de necrosis, con reparación y fijación del muñón vaginal.

Palabras claves: vagina; diafragma pélvico; íleon; evisceración; perforación intestinal; prótesis e implantes.

Fecha de recibido: 14/07/2021 - Fecha de aceptación: 07/12/2021 - Publicación en línea: 23/06/2022

Correspondencia: David Ortega-Checa, Jr. Trujillo 340 Magdalena, Lima, Perú. Teléfono: 51 997306025.

Dirección electrónica: davidortegach@gmail.com

Citar como: Ortega-Checa D, Vojvodic-Hernández, Benavides-Morales D. Evisceración intestinal transvaginal encarcerada con perforación intestinal después de una colporrafia con malla. Reporte de un caso. Rev Colomb Cir. 2022;37:708-14. <https://doi.org/10.30944/20117582.982>

Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons - BY-NC-ND <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

Abstract

Introduction. Transvaginal intestinal evisceration is a consequence, in the vast majority of cases, of dehiscence of the vaginal stump after hysterectomy in postmenopausal patients. Through vaginal dehiscence, the exit of the abdominopelvic content occurs, which can present as a simple evisceration, incarceration, obstruction, strangulation and perforation of an intestinal loop.

Clinical case. A 78-year-old woman with an immediate history of colpocleisis and polypropylene mesh colporrhaphy due to vaginal prolapse, presents dehiscence of the vaginal stump caused by rejection of the mesh that conditioned the solution of continuity of the vaginal wall, prolapse, incarceration, obstruction and perforation of the ileum. Surgical treatment was performed with the diagnosis of incarcerated transvaginal intestinal evisceration with intestinal perforation. The initial approach was to free the intestinal loop vaginally, followed by laparotomy, ileal resection and anastomosis, mesh sacrocolpopexy, and Douglas plasty were performed. He presented good postoperative evolution.

Conclusion. Transvaginal intestinal evisceration with intestinal perforation is a very rare entity. The most common organ involved is the small intestine, especially the ileum. It can be complicated by incarceration, intestinal obstruction, ischemia, and perforation. Surgical management involves intestinal resection, when there are signs of necrosis, with repair and fixation of the vaginal stump.

Keywords: vagina; pelvic floor; ileum; evisceration; intestinal perforation; prostheses and implants.

Introducción

Se denomina evisceración intestinal transvaginal a la salida del contenido abdominopélvico a través de una solución de continuidad en la pared vaginal¹. Ésta puede evolucionar hacia encarceración, obstrucción, estrangulamiento y/o perforación de un asa intestinal². La causa más frecuente es la dehiscencia del muñón vaginal, definida como la separación del espesor, total o parcial, de los bordes anterior y posterior luego de una histerectomía. Se presenta dehiscencia en menos del 1 % de las histerectomías, y de éstas, el 35 al 60 % cursan con evisceración^{3,4}. También pueden aparecer como consecuencia de un enterocele o por traumatismo vaginal.

Con el objetivo de revisar el manejo clínico quirúrgico se reporta el caso de una paciente con una evisceración intestinal transvaginal complicada con encarceración y perforación intestinal asociada a la utilización de malla de polipropileno en la cirugía de reparación de un prolapso vaginal recidivado.

Caso Clínico

Paciente mujer de 78 años de edad, con antecedente de histerectomía vaginal 28 años antes de

este episodio, quien luego de 18 años desarrolló prolapso vaginal y fue intervenida quirúrgicamente realizándose colpocleisis y colporrafia anterior. Al año siguiente presentó recidiva del prolapso vaginal y fue nuevamente sometida a cirugía de colpocleisis y colporrafia, esta vez con malla de polipropileno.

Tres meses antes del ingreso por el servicio de emergencia la paciente ya había sido evaluada en consultorio de ginecología donde se encontró al examen físico un prolapso de mucosa vaginal de aproximadamente 9 cm y en el ápice vaginal se observó una lesión de 2,5 cm por donde aparentemente protruía un segmento de pared intestinal de 5 cm, con extrusión de la malla. Se indicó tratamiento quirúrgico y se solicitaron los exámenes preoperatorios, sin embargo, la paciente no regresó.

Ingresó al servicio de emergencia por presentar dolor, distensión abdominal y ausencia de flatos. Refería que desde 8 meses antes presentaba secreción vaginal marrón oscura y maloliente (fecaloide) en regular cantidad. Presencia de escasa secreción amarillenta por la sonda nasogástrica. Al examen físico, el abdomen se presentaba con moderada distensión, blando, depresible, no

doloroso, con ruidos hidroaéreos escasos, sin reacción peritoneal. También se observó protrusión de cúpula vaginal con presencia a nivel central de un segmento del intestino delgado con la mucosa evertida, a través de la cual se intro-

dujo una sonda Nelaton obteniéndose abundante secreción intestinal verde oscura (Figuras 1 y 2). Los exámenes de laboratorio revelaron hipoalbuminemia de 2,4 gr/dl y glucosa sérica en 129 mg/dl; resto sin alteraciones.

Con lo anterior, se planteó el diagnóstico de evisceración intestinal transvaginal encarcerada con perforación y obstrucción intestinal en resolución. Se inició nutrición parenteral total cinco días después y se solicitó una resonancia magnética abdominopélvica que reveló introito vaginal ampliado de 5 cm de diámetro anteroposterior, el cual estaba ocupado en su interior por asas intestinales y mesenterio protruido (Figura 3).



Figura 1. Prolapso vaginal con perforación en la cúpula ocupada por asa intestinal perforada; se distingue claramente la mucosa intestinal. Fuente: original de los autores.



Figura 2. Vista lateral del asa intestinal perforada, evertida, que muestra la mucosa con sus pliegues. Fuente: original de los autores.

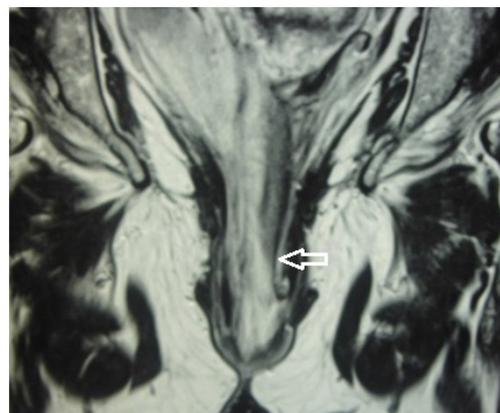
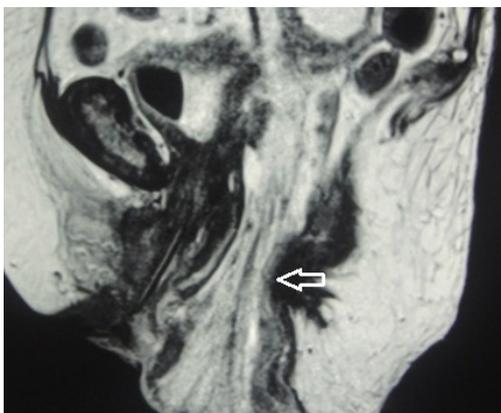


Figura 3. Resonancia magnética de la pelvis, donde se observa el introito vaginal ampliado, de 5 cm de diámetro, por donde protruyen las asas intestinales y el mesenterio (flechas). Fuente: original de los autores.

La paciente fue programada para cirugía electiva una vez que se confirmó la mejoría de los indicadores nutricionales. En la intervención quirúrgica se encontró prolapso de la cúpula vaginal con un orificio central por donde protruía intestino delgado (íleon), perforado y con la mucosa evertida en su totalidad. Con el diagnóstico de evisceración intestinal transvaginal encarcerada con perforación intestinal, se realizó sacrocolpexia con malla reticular de polipropileno en Y invertida, plastia de Douglas, resección y anastomosis intestinal termino-terminal. El abordaje inicial fue por vía vaginal, se liberó el asa intestinal encarcerada y perforada, luego por laparotomía se realizó la resección y anastomosis del íleon y sacrocolpexia con malla de polipropileno y peritonización de lecho pélvico (Figura 4).

La paciente evolucionó favorablemente durante su hospitalización y se dió de alta al quinto día postoperatorio en buenas condiciones. En su control ambulatorio, a las seis semanas de la cirugía, la paciente no presentaba molestias ni signos de prolapso vaginal (Figura 5).

Discusión

El caso que motiva la presente revisión se caracterizó porque la paciente ingresó al servicio de emergencia con un cuadro de obstrucción intestinal y en el examen ginecológico se halló un prolapso vaginal con asa intestinal perforada. Tenía el antecedente de histerectomía y posterior

presentación de prolapso vaginal por lo que se realizó colpocleisis y colporrafia con malla; en una evaluación ginecológica previa se apreciaron restos de la malla de polipropileno y la sospecha de la presencia de un saco herniario.

Se define evisceración intestinal transvaginal como la salida del contenido abdominal o pélvico a consecuencia de la dehiscencia de la pared vaginal¹. Según Rueda⁴, fue descrita por primera vez en 1864 por Hyernaux.

La mayoría de los casos se asocian a mujeres postmenopáusicas con antecedente de histerectomía, vaginal o abdominal, y prolapso vaginal^{1,5}. La causa más frecuente es la dehiscencia del muñón vaginal posterior a histerectomía, con una incidencia de 0,14 a 4,1 %^{1,4}. Todavía no está bien definido el papel del abordaje quirúrgico en la presentación de esta complicación, algunos reportes informan que la dehiscencia de muñón vaginal en las histerectomías es mayor con el uso de las técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas, cirugía laparoscópica o robótica, sin embargo, estudios posteriores no han confirmado esta posibilidad^{6,7}.

La dehiscencia del muñón vaginal está asociada a factores como edad avanzada, comorbilidades tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus y obesidad, técnica quirúrgica, complicaciones del muñón como infecciones o hematomas, y todas las circunstancias que alteren la cicatrización, como el antecedente de haber recibido radioterapia, el uso crónico de corticoides, la desnutrición e inmuno-

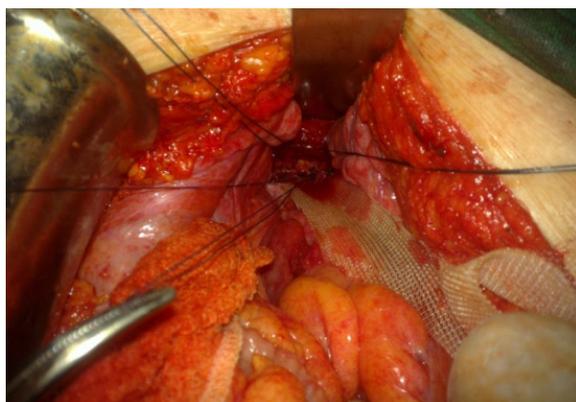


Figura 4. Sacrocolpexia con malla de polipropileno en Y invertida; previamente se realizó sutura de defecto vaginal. Fuente: original de los autores.



Figura 5. Examen de control a las seis semanas de la cirugía, a la maniobra de Valsalva no se observa prolapso. Fuente: original de los autores.

supresión^{3,4}. También se mencionan otros factores como el aumento de la presión intraabdominal asociada a enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma y estreñimiento¹.

El órgano más frecuentemente comprometido es el intestino delgado, especialmente el íleon, aunque también se han presentado casos que incluyen epiplón, colon sigmoide, apéndice cecal y trompas de Falopio. Esta rara circunstancia puede asociarse con algunas complicaciones, como obstrucción e incarceration, pudiendo llegar a la necrosis y perforación del asa intestinal⁸. Se ha encontrado que un 30 % de las evisceraciones vaginales presentan complicaciones, el 20 % requieren resección intestinal y 6 % presentan recurrencia de la dehiscencia con evisceración¹.

En mujeres postmenopáusicas existen otras causas de evisceración no asociado a dehiscencia del muñón vaginal. La presencia de un enterocele, que se produce por un debilitamiento del piso pélvico, puede erosionar la pared vaginal y con ello producirse la evisceración. Cuando esto sucede, el sitio más frecuente de la rotura vaginal es el fondo de saco posterior (67 %)^{1,8}. Se argumenta que en estos casos la pared vaginal está adelgazada, acortada y con menos vascularización, lo que propicia la ruptura⁹.

En mujeres premenopáusicas el cuadro de evisceración intestinal transvaginal es mucho más raro. Se asocia a trauma por coito, violación, cuerpos extraños e instrumentación^{5,8}; se ha reportado un caso de ruptura posterior a biopsia de vagina¹⁰. En la literatura médica consultada no se ha reportado el uso de malla como factor predisponente para la presentación de dehiscencia y evisceración intestinal transvaginal^{1,3}.

El tiempo transcurrido entre la histerectomía y la evisceración es muy variable, en caso de histerectomía abdominal es de 13 a 22 semanas y en la histerectomía vaginal es de 52 a 116 semanas⁴. En el caso que se presenta, la paciente tuvo una histerectomía vaginal 28 años antes del episodio. Luego de 18 años, presenta un prolapso vaginal que requirió tratamiento quirúrgico con colporrafia anterior y colpocleisis. Este prolapso presentó recidiva un año después lo que motivó una nueva intervención, esta vez colocando una

malla de polipropileno a nivel de la cúpula. En el postoperatorio la evaluación ginecológica evidenció una solución de continuidad de 2,5 cm, donde se aprecia una asa intestinal y extrusión de la malla. Por estas razones planteamos que la evisceración que presentó la paciente está asociada a una complicación producida por el cuadro inflamatorio asociado a la malla de polipropileno.

Si bien es cierto que la experiencia con el uso de mallas de polipropileno en cirugía general es amplia, preferentemente en cirugías limpias, con reportes de que es efectiva y segura, con buenos resultados a corto plazo¹¹, también es cierto que su uso en ginecología presenta complicaciones hasta en un 20 %¹². Adicionalmente, se ha descrito que el enterocele se asocia, en casos poco frecuentes, a una evisceración por el periné posterior, como consecuencia de una hernia interrectovaginal¹³.

Los síntomas están asociados al tamaño de la solución de continuidad y a la duración de la evisceración, que puede complicarse llevando a incarceration, obstrucción, estrangulación o perforación intestinal, peritonitis o sepsis⁸. Estas condiciones convierten el cuadro clínico en una emergencia quirúrgica, cuyos síntomas incluyen dolor en bajo vientre, sangrado o flujo vaginal y una masa en la vagina conformada por el órgano eviscerado⁵. El examen clínico revela salida del contenido abdomino pélvico por la vagina. Se puede indicar radiografía abdomino pélvica o resonancia magnética para descartar presencia de cuerpos extraños^{1,5}.

Para el manejo inicial, previa colocación de una sonda vesical, se debe intentar la reducción del contenido eviscerado a la cavidad abdominopélvica, siempre y cuando las vísceras estén viables. Se recomienda realizar la maniobra en posición de Trendelenburg con compresas de gasas húmedas sobre el contenido eviscerado. En caso de que no sea posible la reducción, o se encuentren signos de isquemia o necrosis, se debe envolver el órgano eviscerado con gasas húmedas y proceder a la intervención quirúrgica por vía abdominal^{4,8}.

En relación con el tratamiento quirúrgico, se han descritos diversos abordajes, que incluyen abdominal abierto, laparoscópico y vaginal. Cuando la evisceración se presenta con incar-

ceración, isquemia, necrosis, perforación y/o peritonitis se indica laparotomía inmediata, con resección intestinal y cierre del muñón vaginal. El abordaje vaginal se utiliza cuando existe la seguridad de ausencia de compromiso vascular, con el gran inconveniente que es muy difícil explorar en forma adecuada el intestino eviscerado¹⁴. También se puede utilizar un abordaje mixto, primero vaginal para liberar las asas en caso de encarceración y luego abdominal con laparotomía para realizar la evaluación, resección y/o anastomosis intestinal, tal como se procedió con el caso que se presenta^{1,8}. El abordaje laparoscópico ha sido utilizado cuando la paciente se encuentra hemodinámicamente estable, sin las complicaciones ya mencionadas^{15,16}.

Para prevenir la recurrencia de la evisceración intestinal transvaginal se recomienda, en el acto quirúrgico, liberar y suturar el muñón vaginal, y si no hay contraindicación, realizar la fijación del muñón con malla (colposacropexia)¹. También se señala que el reinicio de las relaciones sexuales debe realizarse después de 8-12 semanas¹⁴.

Conclusiones

La dehiscencia de la cúpula vaginal asociada a evisceración intestinal transvaginal es poco frecuente y de rara presentación cuando se complica con obstrucción intestinal por encarceración y posterior perforación. La dehiscencia de la pared vaginal está asociada al antecedente de histerectomía. El órgano más frecuentemente comprometido es el intestino delgado, que puede complicarse con obstrucción e encarceración, pudiendo llegar a la necrosis y perforación del asa intestinal, y como consecuencia de ello, un cuadro de peritonitis.

Inicialmente se debe intentar la reducción del contenido eviscerado a la cavidad abdominopélvica, cuando se tiene la seguridad de que las vísceras están viables. Si hay signos de isquemia o necrosis, se debe proceder a la laparotomía para la evaluación, resección o anastomosis intestinal. En la intervención quirúrgica se debe liberar y suturar el muñón vaginal y, si no hay contraindicación, realizar fijación del muñón con malla (colposacropexia).

Cumplimiento de normas éticas

Consentimiento informado: Los autores manifestamos que se cuenta con el consentimiento informado del paciente, autorizando la publicación de su caso y de las fotografías donde aparece. Las fotografías han sido obtenidas por los propios autores previa autorización de la paciente.

Conflicto de interés: Los autores declaramos no presentar conflictos de interés relacionados con el artículo.

Fuentes de financiación: Los autores certificamos que no hemos recibido apoyos financieros, equipos, en personal de trabajo o en especie de personas, instituciones públicas y/o privadas para la realización del estudio.

Contribución de los autores:

Concepción y diseño del estudio: David Ortega-Checa.

Adquisición de datos: David Ortega-Checa.

Análisis e interpretación de datos: David Ortega-Checa, Iván Vojvodic-Hernández, Dante Benavides-Morales.

Redacción del manuscrito: David Ortega-Checa, Iván Vojvodic-Hernández.

Revisión crítica: David Ortega-Checa, Iván Vojvodic-Hernández, Dante Benavides-Morales.

Referencias

- 1 Nezhat C, Kennedy-Burns M, Wood M, Nezhat C, Nezhat A, Nezhat F. Vaginal cuff dehiscence and evisceration: A review. *Obstet Gynecol.* 2018;132:972-85. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002852>
- 2 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;158:308-13. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2011.05.013>
- 3 Hur HC, Donnellan N, Mansuria S, Barber RE, Guido R, Lee T. Vaginal cuff dehiscence after different modes of hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2011;118:794-801. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31822f1c92>
- 4 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.* 2019;70:129-35. <https://doi.org/10.18597/rcog.3141>
- 5 Woo KM, Linden JA, Lowenstein RA, Varghese JC, Burch MA. Subtle vaginal evisceration resulting in small bowel evisceration: a case report. *J Emerg Med.* 2012;43:e125-e128. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2011.06.003>

- 6 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>
- 7 Nezhat C, Lavie O, Lemyre M, Gemer O, Bhagan L, Nezhat C. Laparoscopic hysterectomy with and without a robot: Stanford experience. *JSL.* 2009;13:125-8.
- 8 Ospino-Durán EA, Rodríguez-Amorocho CL, Castaño-Molano LF, García-Perlaza CJ. Evisceración intestinal transvaginal secundaria a trauma genital y perineal: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2014;65:250-5. <https://doi.org/10.18597/rcog.52>
- 9 Parra RS, Ribeiro da Rocha JJ, Feres O. Spontaneous transvaginal small bowel evisceration: a case report. *Clinics (Sao Paulo).* 2010;65:559-61. <https://doi.org/10.1590/S1807-59322010000500015>
- 10 Codd RJ, Scourfield B, Chakravarthy S, Williams GL. Small bowel trans-vaginal evisceration following vault biopsy: general surgeons beware! *Ann R Coll Surg Engl.* 2010;92:W6-7. <https://doi.org/10.1308/147870810X12699662981870>
- 11 Mendoza-Zuchini A, Pedraza-Ciro M, Sánchez-Ussa S, Cabrera LF, Pulido J, Gómez D. Uso de mallas de polipropileno en el reparo de la hernia inguinal con herida sucia o contaminada. *Rev Colomb Cir.* 2020;35:51-6. <https://doi.org/10.30944/20117582.585>
- 12 Aguilera-Maldonado LV, Jiménez-Vieyra CR, Solís-Moreno TK. Complicaciones asociadas con el uso de mallas de polipropileno en mujeres a quienes se efectúa colposacropexia. *Ginecol Obstet Mex.* 2015;83:579-86.
- 13 Pazmiño-Medina J, Zurita-Aguirre G, Coello-Vergara J, Marin-Castro P. Evisceración de intestino delgado por periné posterior como presentación de hernia interrecto-vaginal: Reporte de un caso. *Rev Colomb Cir.* 2021;36:732-7. <https://doi.org/10.30944/20117582.827>
- 14 Nikolopoulos I, Khan H, Janakan G, Kerwat R. Laparoscopically assisted repair of vaginal evisceration after hysterectomy. *BMJ Case Rep.* 2013;2013:bcr2013009897. <https://doi.org/10.1136/bcr-2013-009897>
- 15 Lan YP, Chen HH, Liu WM, Chen CH. Delayed postcoital vaginal cuff dehiscence with small bowel evisceration after robotic-assisted staging surgery. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2017;56:258-60. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2016.02.022>
- 16 Matsuhashi T, Nakanishi K, Hamano E, Kamoi S, Takeshita T. Laparoscopic repair of vaginal evisceration after abdominal hysterectomy for uterine corpus cancer: A case report and literature review. *J Nippon Med Sch.* 2017;84:90-5. <https://doi.org/10.1272/jnms.84.90>