



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 31 • Dezembro 2014

ISSN 1646-6918

Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

Evisceração vaginal com isquémia intestinal sem antecedentes de cirurgia pélvica: caso clínico e breve revisão da literatura

Vaginal evisceration with bowel ischemia and no previous pelvic surgery: case report and brief review of the literature

Gilberto Figueiredo¹, Guilherme Fialho², Daniela Rosado², Érika Delgado³, João Magro⁴, Jaime Azedo⁵

¹ Interno da Formação Específica em Cirurgia Geral*; ² Interno da Formação Específica em Cirurgia Geral;

³ Assistente Hospitalar de Cirurgia Geral; ⁴ Assistente Hospitalar Graduado de Cirurgia Geral;

⁵ Ex-Director do Serviço de Cirurgia Geral

Serviço de Cirurgia Geral (Directora: Dra. Ilda Barbosa), Hospital Doutor José Maria Grande – Portalegre, Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E.

RESUMO

A evisceração vaginal é uma situação muito rara, encontrando-se pouco mais de 100 casos publicados, sendo a maioria associada a cirurgia pélvica prévia. Os autores apresentam um caso clínico de evisceração de intestino delgado pela vagina com estrangulamento e isquémia intestinal numa doente de 72 anos com prolapso pélvico crónico, sem antecedentes cirúrgicos. Combinou-se a abordagem vaginal e abdominal laparotómica, com ressecção do íleo terminal e cego necrosados, histeropexia e encerramento do fundo de saco de Douglas, com bons resultados. A evisceração vaginal de ansas intestinais constitui uma emergência cirúrgica potencialmente letal, recomendando-se a abordagem cirúrgica abdominal para avaliação da viabilidade dos segmentos afectados e correcção adequada do defeito vaginal e dos distúrbios pélvicos associados.

Palavras chave: *evisceração vaginal, evisceração de intestino delgado, enterocelo.*

ABSTRACT

Vaginal evisceration is a very rare event with only a few more than 100 published cases, mostly associated with previous pelvic surgery. The authors present a case of small bowel evisceration through the vagina with bowel strangulation and ischemia in a 72-year-old patient with chronic pelvic prolapse and no record of previous surgeries. A combined vaginal and abdominal approach was performed with resection of the necrotic terminal ileum and cecum, hysteropexy and obliteration of the Douglas cavity, with good results. Vaginal bowel evisceration is a life-threatening surgical emergency, and the abdominal surgical approach is recommended to assess bowel viability and perform the appropriate correction of the vaginal defect and of the associated pelvic disturbances.

Key words: *vaginal evisceration, evisceration of small bowel, enterocele.*

* À data da redacção do artigo. Actualmente Assistente Hospitalar de Cirurgia Geral no Centro Hospitalar de Leiria – Pombal EPE



INTRODUÇÃO

A evisceração vaginal define-se como a extrusão de estruturas intraperitoneais através de um defeito da parede da vagina e foi inicialmente descrito em 1864 por Hyernaux¹. É uma situação muito rara, encontrando-se pouco mais de 100 casos publicados na literatura em língua inglesa no último século e a grande maioria associada a cirurgia pélvica prévia^{2,3}. Num artigo de 2009 em que se realizou uma pesquisa em língua inglesa na MEDLINE[®], são referidos apenas 12 casos de evisceração vaginal sem antecedentes de cirurgia pélvica².

A evisceração vaginal é uma emergência cirúrgica com uma taxa de mortalidade estimada em 5,6%, sendo sempre uma experiência aterradora para a doente e inesquecível para o cirurgião^{1,4}.

Este artigo relata um novo caso clínico de evisceração vaginal sem antecedentes de cirurgia pélvica, fazendo-se uma breve revisão bibliográfica sobre o tema.

CASO CLÍNICO

Uma doente de 72 anos de idade recorreu ao Serviço de Urgência do Hospital de Portalegre referindo dor abdominopélvica e saída de vísceras pela vagina desde há cerca de 12 horas, após redução manual de histerocistocelo. Negou outros factores traumáticos associados ou quaisquer antecedentes cirúrgicos, referindo história obstétrica de 2 partos eutócicos. Tinha antecedentes pessoais de *Diabetes mellitus* tipo 2, hipertensão arterial e dislipidémia.

Na anamnese, a doente referiu queixas sugestivas de histerocistocelo com recurso frequente a redução manual do prolapso após as micções e dejeções, sem nunca ter procurado orientação médica em relação a esta situação. Tratava-se de uma doente com biótipo normolíneo, apresentando-se consciente e orientada, apirética e hemodinamicamente estável. O exame físico revelou prolapso vaginal completo e parcial do útero, com extrusão e estrangulamento de ansas de



FIG. 1 – Evisceração vaginal com isquémia de ansas intestinais

intestino delgado através de um defeito na cúpula e parede posterior da vagina (fig. 1).

Iniciou-se fluidoterapia e antibioterapia de largo espectro, confirmou-se a vacinação antitetânica e envolveram-se as ansas intestinais exteriorizadas em compressas humedecidas. A doente foi submetida a cirurgia urgente com abordagem combinada por via vaginal e laparotomia mediana infraumbilical. Procedeu-se à redução das ansas intestinais para a cavidade abdominal (parecendo estar em causa um enterocelo), identificando-se um defeito na cúpula e parede posterior da vagina com cerca de 4 cm (fig. 2A) que se corrigiu com desbridamento dos bordos e sutura contínua em dois planos (fig. 2C). Houve necessidade de ressecar cerca de 110 cm de intestino isquémico não viável, incluindo o íleo terminal e cego (fig. 2B), com anastomose ileocólica latero-lateral mecânica. Realizou-se seguidamente a histeropexia (com pontos entre a face posterior do corpo do útero e o promontório) e o encerramento do fundo de saco de Douglas com “cerclage” de fio absorvível.

A doente evoluiu favoravelmente no pós-operatório, tendo alta ao 10º dia. Após mais de 4 anos de seguimento em consulta, a doente mantém-se sem queixas significativas e sem recidiva do prolapso pélvico.



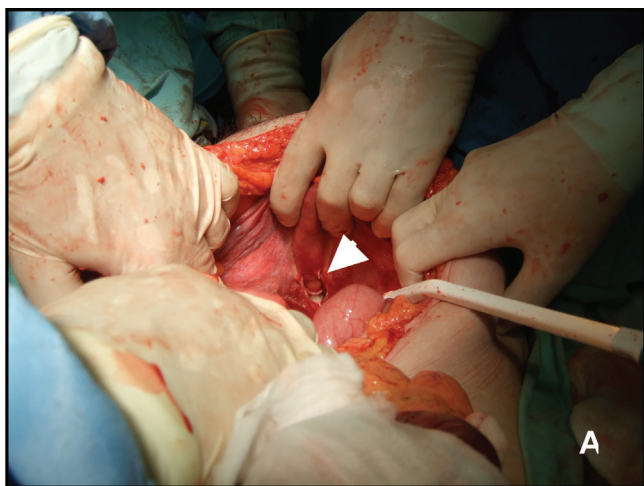


FIG. 2 – Imagens da intervenção cirúrgica. A – defeito na parede vaginal; B – segmento de íleo terminal e cego não viáveis por isquemia; C – sutura da parede vaginal; D – aspecto final.

DISCUSSÃO

A evisceração vaginal é mais frequente em mulheres pós-menopáusicas, cuja parede vaginal é tipicamente mais fina, hipovascularizada e atrófica, sendo mais susceptível à rotura espontânea ou provocada por aumento da pressão abdominal. A localização mais frequente da rotura da parede vaginal nestas doentes é no fórnix posterior. Kowalski *et al* reviram 60 casos de evisceração vaginal após cirurgia ginecológica por via vaginal e abdominal e descrevem a existência de uma tríade frequente de hipoestrog-

nismo, cirurgia vaginal prévia (73% dos casos) e distúrbios do pavimento pélvico³. Os mesmos autores descrevem a existência de enterocelo associado em 63% dos casos, situação que origina maior tensão sobre a parede atrófica da vagina e aumenta o risco de rotura. Estes factores, sendo de natureza crónica, predis põem para o acontecimento agudo da evisceração. No caso clínico apresentado, a atrofia vaginal, o distúrbio evidente do pavimento pélvico e o traumatismo frequente pelas reduções manuais do histerocistocelo, estiveram certamente na origem da evisceração.



Nas mulheres pré-menopáusicas, a evisceração vaginal é geralmente de origem traumática, nomeadamente durante o coito, instrumentação obstétrica ou por corpos estranhos. Para além dos factores de risco já referidos, outros têm sido associados à evisceração vaginal como as neoplasias da vagina, a obesidade, o alcoolismo crónico e o uso prolongado de esteróides^{1,2}. Em relação à rotura da cúpula vaginal após hysterectomia vaginal ou abdominal, vários factores de risco têm sido apontados como a infecção ou hematoma no pós-operatório, corticoterapia, radioterapia, trauma, coito antes da cicatrização completa ou má técnica cirúrgica, reforçando-se a importância da sutura e suspensão adequadas da cúpula vaginal.

O intestino delgado, nomeadamente o íleo terminal, é o órgão mais frequentemente eviscerado, seguido do grande epíplon, sendo de extrema importância a abordagem cirúrgica precoce para preservação do intestino viável. A abordagem das doentes deve incluir a estabilização hemodinâmica, preservação do intestino eviscerado com compressas humedecidas em soro fisiológico morno, administração de antibióticos de largo espectro com cobertura da flora gastrointestinal, administração da vacina anti-tetânica quando indicado e a reparação cirúrgica imediata¹.

A abordagem cirúrgica dos casos de evisceração vaginal pode ser realizada por via vaginal, abdominal pura (laparotómica ou laparoscópica) ou combinação de ambas, dependendo da situação em causa. Quando há evisceração de intestino delgado, recomenda-se a realização de laparotomia (ou laparoscopia, consoante a disponibilidade de recursos e experiência do cirurgião) para inspecção de todo o intestino, com ressecção de eventuais segmentos inviáveis e reparação do

defeito vaginal e do pavimento pélvico. A abordagem complementar por via vaginal facilita a redução da evisceração com leve tracção e manipulação bimanuais e a reparação do defeito, como ilustra o caso clínico apresentado. Nestes casos, não se deve tentar a redução manual ou postural por via vaginal exclusiva, havendo o sério risco de segmentos necrosados de intestino não serem detectados e tratados atempadamente com aumento significativo das taxas de morbidade e mortalidade⁵.

Em relação às técnicas de reparação do pavimento pélvico nestas situações há alguns aspectos controversos, havendo autores que defendem uma reparação tardia após cicatrização dos tecidos¹. A aplicação de próteses está, a nosso ver, contraindicada quando há necrose intestinal com necessidade de ressecção e anastomose. Para além do encerramento do orifício vaginal, várias técnicas têm sido aplicadas e descritas na literatura, como sejam a colpoclese, a colpectomia, a sacropexia, a obliteração do fundo de saco de Douglas, a aplicação de retalhos de grande epíplon ou ainda a utilização de material biológico para reforço do pavimento pélvico. Em alguns casos, poderá ser considerada a realização da hysterectomia. No caso clínico por nós apresentado, a hysteropexia sem utilização de prótese, associada ao encerramento do fundo de saco de Douglas, revelou-se uma técnica simples, rápida e eficaz na prevenção da recidiva do prolapso pélvico.

A evisceração vaginal de intestino delgado é uma situação muito rara mas potencialmente letal, exigindo uma correcção cirúrgica imediata e preferencialmente combinando as abordagens vaginal e abdominal. Esta situação deve ser considerada e prevenida, sobretudo em doentes pós-menopáusicas com história de cirurgia pélvica e/ou prolapso pélvico crónico.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Croak AJ, Gebhart JB, Klingele CJ, Schoeder G, Lee RA, Podratz CP. Characteristics of patients with vaginal rupture and evisceration. *Obstet Gynecol.* 2004 Mar; 103(3):572-6
2. Lee CY, Wang WK, Lin YH, Wang CB, Tseng CJ. Transvaginal evisceration in a case with iatrogenic Cushing's syndrome and no previous gynecologic surgery. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2009 Jun; 48(2):196-9.
3. Kowalski LD, Seski JC, Timmins PF, Kanbour AI, Kunschner AJ, Kanbour-Shakir A. Vaginal Evisceration: Presentation and Management in Postmenopausal Women. *J Am Coll Surg.* 1996 Sep; 183(3):225-9
4. Moen MD, Desai M, Sulkowski R. Vaginal evisceration managed by transvaginal bowel resection and vaginal repair. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2003 Aug;14(3):218-20. Epub 2003 Apr 23.
5. Elsaify, WM. Spontaneous vaginal evisceration and intraabdominal small bowel strangulation: a report of the first case and review of the literature. *Eur Surg* 2006; 38(4): 315-7

Correspondência:
GILBERTO FIGUEIREDO
gilbertomsf@gmail.com

Data de recepção do artigo:
04-03-2012

Data de aceitação do artigo:
26-11-2014

