

## Evisceración vaginal en urgencias con hernioplastia precoz post laparoscopia por hernia umbilical complicada: Caso clínico

Manuel Grez Ibáñez<sup>1,\*</sup>. Orcid: 0000-0002-1243-3490  
Victor Rojas Villa<sup>2</sup>. Orcid: 0009-0003-2842-0293  
Felipe Chamorro Cáceres<sup>3</sup>. Orcid: 0009-0006-4835-6227  
Valentina Aravena Ovalle<sup>4</sup>. Orcid: 0009-0007-4790-6669

### Emergency vaginal evisceration with early hernioplasty post-laparoscopy for complicated umbilical hernia: Clinical case

<sup>1</sup>Servicio de Urgencia Hospital de Curicó. Chile.  
<sup>2</sup>Servicio de Radiología Hospital de Curicó. Chile.  
<sup>3,4</sup>Facultad de Medicina Universidad de Talca. Chile.

\*Correspondencia: Manuel Grez /  
magrezster@gmail.com

Conflicto de intereses Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.  
IA. Los autores declaran que no han usado IA en la confección de este trabajo

Recibido: 23/07/2025.  
Aceptado: 20/01/2026.

#### Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

#### Resumen

**Introducción:** La evisceración vaginal (EV) es una patología rara, que se debe a varias causas, una de ellas la dehiscencia de la cúpula vaginal (DCV) en pacientes histerectomizadas. La hernia umbilical existente antes de una laparoscopia cuya finalidad no es su reparación (por ejemplo, ginecológica), puede complicarse posterior a esta, lo que obligará a una hernioplastia de urgencia. **Caso clínico:** Mujer de 59 años de edad con antecedentes de histerectomía hace diecisiete años con hernia umbilical simple de larga data, que presentó una EV por DCV, realizándose laparoscopia ginecológica de urgencia con abordaje mixto para sutura de la cúpula. Presentando una obstrucción intestinal por atascamiento de su hernia en el postoperatorio mediato.

**Discusión:** La EV sigue siendo una patología muy rara y por lo mismo no sospechada a su ingreso a urgencia. En este caso la DCV fue de etiologías mixtas como fueron el trauma coital y el hipostrogenismo por su menopausia. La complicación de su antigua hernia umbilical se vio complicada posterior a su laparoscopia, por el neumoperitoneo y la adherenciólisis realizada. La laparoscopia y la hernioplastia de urgencia fueron las adecuadas.

**Palabras clave:** Dehiscencia cúpula vaginal; Evisceración vaginal; Laparoscopia; hernia umbilical complicada; Obstrucción intestinal.

#### Abstract

**Introduction:** Vaginal evisceration (VE) is a rare condition due to several causes, one of which is vaginal vault dehiscence (VCD) in hysterectomized patients. An umbilical hernia present before a laparoscopy for a purpose other than repair (e.g., gynecological) may develop complications after the procedure, necessitating emergency hernioplasty. **Case report:** A 59-year-old woman with a history of hysterectomy seventeen years prior with a long-standing simple umbilical hernia presented with VCD. She underwent emergency gynecological laparoscopy with a mixed approach for vault suturing. She presented with intestinal obstruction due to hernia blockage in the immediate postoperative period. **Discussion:** VE remains a very rare condition and is therefore not suspected upon admission to the emergency department. In this case, the VCD was due to mixed etiologies, including coital trauma and hypostrogenism due to menopause. The complication of her previous umbilical hernia was further complicated by the pneumoperitoneum and adherenciólisis performed after laparoscopy. Emergency laparoscopy and hernioplasty were appropriate.

**Keywords:** Complicated umbilical hernia; Laparoscopy; Intestinal obstruction; Vaginal vault dehiscence; Vaginal evisceration.

## Introducción

Se define evisceración vaginal (EV) como la salida de asas intestinales a través del introito vaginal<sup>1</sup>. El primer informe fue publicado en diciembre de 1864 por el obstetra belga Léon Hyernaux (Figura 1), como consecuencia de una rotura traumática de la pared vaginal durante un parto con fórceps. La paciente de 42 años, sobrevivió y se recuperó por completo<sup>2</sup>. La EV es una situación que ocurre por varias causas, entre las cuales se describen la menopausia, el trauma y la dehiscencia post histerectomía (DPH)<sup>3</sup>. Gutiérrez<sup>4</sup> describe que sus principales complicaciones son: encarceración de las asas intestinales, isquemia, necrosis, perforación, obstrucción intestinal, peritonitis aguda y sepsis, resaltando además que la EV es una urgencia quirúrgica que debe resolverse a la brevedad.

Por otro lado, la hernia umbilical se define como un defecto en la pared abdominal en la región umbilical, con salida del contenido intraabdominal, que puede ser omento o intestino. Normalmente es un cuadro asintomático, pero puede complicarse con encarceración o estrangulación del contenido, produciendo obstrucción intestinal y requiriendo intervención quirúrgica urgente<sup>5</sup>.

Se reporta el caso clínico de una mujer postmenopáusica portadora de una hernia umbilical grande, que presentó una EV por una DPH resuelta con laparoscopia ginecológica de urgencia, evolucionando

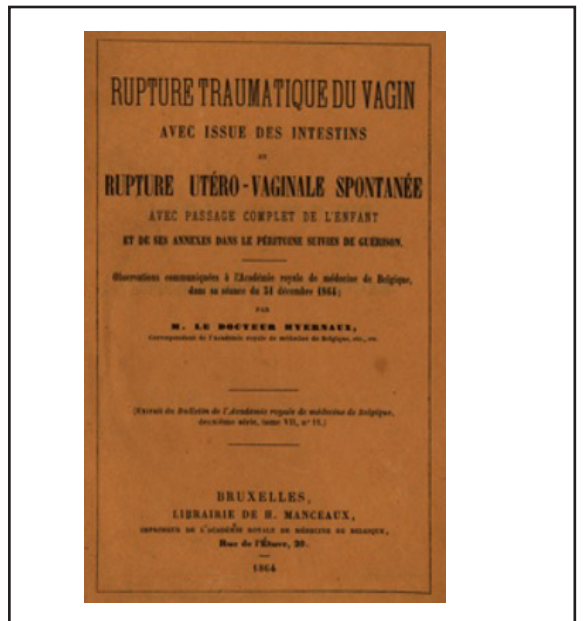
en su postoperatorio mediato con una obstrucción intestinal por atascamiento de su hernia umbilical, la cual fue resuelta con una hernioplastia de urgencia.

## Caso Clínico

Mujer de 59 años de edad, hipertensa crónica en tratamiento, con antecedentes de panhisterectomía abierta más radioterapia pélvica por cáncer cérvico uterino (CCU) tratado hace diecisiete años en hospital público de Santiago. Ingresó a nuestro servicio de urgencias (SU) refiriendo dolor hipogástrico y vómitos de una hora de evolución. Al examen físico se pesquisó blumberg esbozado, por lo que el urgenciólogo planteó el diagnóstico de abdomen agudo, solicitando exámenes de laboratorio y una Tomografía computada de abdomen y pelvis (TAC AP). Se presentó a cirujano de turno quien por antecedentes de sangramiento vaginal derivó a ginecología, siendo evaluada por matrona en camilla ginecológica, observando órgano que protruía por introito vaginal. Desconociendo su origen, solicitó reevaluación por ginecólogo de turno quien observó la presencia de asas intestinales que protruían a través de orificio vaginal (Figura 2). Se inició antibioticoterapia endovenosa (EV) con Ceftriaxona y Metronidazol, reducción cuidadosa de asas intestinales y se llevó



**Figura 1:** Dibujo esquemático que muestra salida de asas intestinales por introito vaginal (EV).



**Figura 2:** Portada del primer trabajo sobre Rotura traumática de la vagina con salida de intestino, Bruselas 1864 por el Dr. Hyernaux.

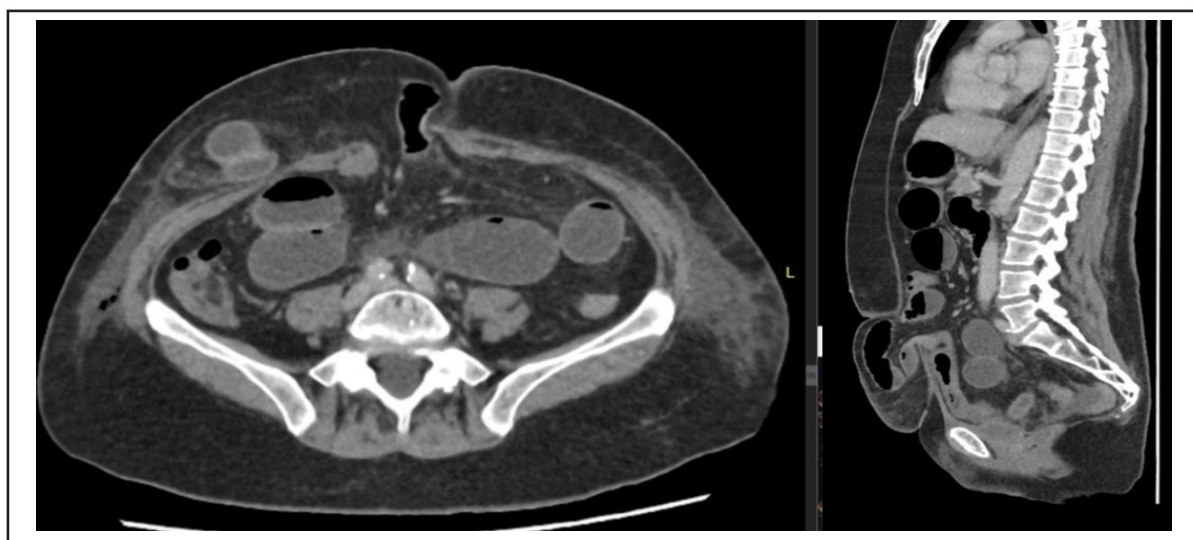
a pabellón para realizar laparoscopia ginecológica. Durante cirugía y con la realización del neumoperitoneo, se produjo importante insuflación de gran hernia umbilical, procediendo a liberar adherencias de epiplón a bordes de anillo herniario e interasas, para permitir la adecuada visualización de piso ginecológico con DCV, suturándose vía vaginal. Al cuarto día de su postoperatorio, se difirió su alta por presentar signos de obstrucción intestinal, los que fueron confirmados por una TAC AP, que mostró gran hernia umbilical complicada con signos de atascamiento de vísceras y obstrucción intestinal (Figura 3, 4 5 y 6), la cual fue resuelta con hernioplastia de urgencia. Se decidió alta hospitalaria en su quinto día post hernioplastia, evolucionando en buenas condiciones (Figura 6).

### Discusión

La EV es una complicación ginecológica poco frecuente considerada una urgencia médica debido a la salida de asas intestinales al exterior con riesgo de isquemia intestinal y sepsis. Su incidencia es baja, reportada entre 0,03% y 1,2%, con una



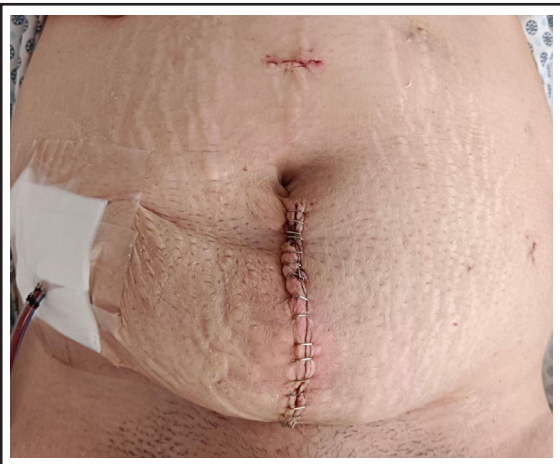
**Figura 3:** Foto de región ginecológica observándose un trozo de asa de íleon eviscerada a través del introito vaginal.



**Figura 4:** A) Reconstrucción axial: se observa defecto herniario de línea media umbilical parasagital derecho que da salida a asas de intestino delgado. Se observa dilatación patológica de asas de intestino delgado en el abdomen. B) Reconstrucción sagital: se visualiza defecto herniario umbilical con salida de asas intestinales y cambio de calibre en su borde inferior que determina obstrucción mecánica. En el abdomen se visualiza dilatación patológica de asas intestinales.



**Figura 5:** A) Reconstrucción coronal: a la izquierda se visualiza dilatación patológica de asas intestinales en contexto de obstrucción intestinal. B) Se aprecia asa intestinal herniada, con dilatación y signos congestivos venosos del mesenterio.



**Figura 6:** Foto de pared abdominal del paciente post laparoscopia y laparotomía reciente. Se aprecia grueso pániculo adiposo que cuelga “en delantal” (que impide ver antigua cicatriz de Pfannenstiel en región suprapúbica) con dos microincisiones post-laparoscopia ginecológica (T1 ubicado a 8 cm sobre el ombligo), cicatriz de laparotomía media infraumbilical (LMIU) con corchetes y tubo de drenaje de Hemosuc en región de fosa iliaca derecha.

mortalidad asociada de hasta 6-10%, pudiendo ocurrir tras una histerectomía, traumatismo, atrofia vaginal en menopausia y radioterapia local<sup>6</sup>. Según Arias-Manganelly<sup>7</sup>, los principales factores de riesgo de la EV son tener una histerectomía previa, el tabaquismo, la atrofia vaginal y el aumento de la presión intra abdominal, ya sea por la obesidad o maniobra de Valsalva. Siendo la DCV la apertura completa o parcial del manguito vaginal generalmente posterior a una histerectomía, en la cual se comunica la cavidad peritoneal con la vagina<sup>8</sup>.

En el caso reportado, la paciente presentó una EV que fue secundaria a múltiples causas, como son la DCV diecisiete años posterior a una histerectomía con una vagina acortada, sumado al traumatismo producido durante el coito, la atrofia de tejidos vaginales por su menopausia y el daño tisular previo por la radioterapia.

En urgencia se diagnosticó inicialmente un cuadro de abdomen agudo debido a que la paciente refería vómitos y dolor abdominal acompañado de un Blumberg esbozado en hipogastrio, por lo que se solicitó un TAC

AP junto con la evaluación del cirujano, quien en una anamnesis más dirigida pesquisó que la paciente había presentado sangrado vaginal, motivo por el cual se derivó a ginecología, sin tener aún un diagnóstico específico. Consideramos que la solicitud de exámenes imagenológicos complementarios nunca reemplazará la realización de una completa anamnesis y examen físico, que en este caso contemplaba la observación simple ginecológica al bajar su ropa íntima. Por lo raro de esta patología en la urgencia, este diagnóstico no suele considerarse<sup>6</sup>. La atención ginecológica fue la adecuada, ya que se administró antibióticos de amplio espectro EV (Ceftriaxona + metronidazol), se protegieron las asas expuestas y se programó la cirugía de urgencia; tal como mencionan Guttman y Afilalo<sup>9</sup>, quienes refieren que las prioridades en el manejo agudo de pacientes con evisceración son la estabilización de la paciente, manejo adecuado de líquidos, preservar el intestino en solución salina, administración de antibióticos de amplio espectro y manejo quirúrgico inmediato.

El cierre del defecto se realizó a través de una laparoscopia ginecológica con abordaje mixto, constatando la indemnidad de asas por laparoscopia y permitiendo la reparación de la cúpula por vía vaginal. Esta técnica es la recomendada por Hoffman<sup>10</sup> en pacientes estables, sin compromiso intestinal, por ser mínimamente invasiva y efectiva. Según Uccella<sup>11</sup>, el abordaje laparoscópico o vaginal es seguro en pacientes sin necrosis ni peritonitis, reservando la laparotomía abierta para los casos inestables.

Existen tres trabajos recientes que revisan la EV: Rueda<sup>8</sup>, Uccella<sup>11</sup> y Granados<sup>12</sup>, quienes reportaron una serie de casos y revisiones bibliográficas sobre esta patología, siendo importante comentar que sólo reportaron pacientes extranjeros en sus series, lo que da cuenta de la ausencia de reportes en nuestro medio. Además, creemos fundamental enfatizar la educación de las pacientes histerectomizadas sobre este riesgo, como medida profiláctica. Ninguno de los reportes antes mencionados hace hincapié en la educación sistemática del paciente, siendo ésta una herramienta clave para prevenir complicaciones y para que las pacientes puedan reconocer signos de alarma y consultar oportunamente<sup>7,8,11,12</sup>.

La hernia umbilical es un defecto adquirido de la pared abdominal en la región umbilical, con salida de contenido abdominal hacia un saco herniario que puede incluir grasa preperitoneal, epiplón o asas

intestinales<sup>5</sup>. Suelen ser inicialmente asintomáticas, pero tienen potencial riesgo de incarceration y obstrucción intestinal, lo que las convierte en una entidad quirúrgica urgente cuando se complican. Pillay<sup>13</sup> comenta que generalmente se asocia a factores como: el aumento de la presión intra abdominal, la obesidad, la debilidad de la pared y cirugías abdominales previas. En el contexto de la laparoscopia ginecológica realizada, su presencia dificultó el abordaje a través del trocar umbilical, el que debió colocarse ocho centímetros hacia cefálico tal como se puede apreciar en la figura 6. Durante la producción del neumoperitoneo, el gas difundió tanto a la cavidad peritoneal como al saco herniario, lo que facilitó su sobredistensión. Carrasco<sup>14</sup> explica que las características tisulares del saco herniario, ser delgado y poco resistente, facilitan la entrada y acumulación de gas en éste, haciendo que parte del volumen insuflado se aloje preferentemente en este compartimiento. En este caso se observó un gran saco herniario con epiplón adherido a los bordes del anillo, y al liberar las adherencias y reducir el epiplón, quedó un saco herniario vacío con alto riesgo de herniarse con asas intestinales, situación que efectivamente ocurrió. Por lo que consideramos que idealmente debió haberse corregido de inmediato su hernia coordinando, además, en el mismo acto la participación del cirujano general para así resolver el defecto herniario, siendo respaldada esta decisión por Henriksen<sup>15</sup> para así evitar riesgos innecesarios.

Posteriormente, la paciente presentó clínica de obstrucción intestinal, confirmada por TAC AP, que mostró asas atrapadas en el saco herniario. Soriano<sup>16</sup> reporta que este estudio es el ideal para confirmar complicaciones de hernias abdominales, ya que permite evaluar contenido, compromiso vascular y planificar el tratamiento quirúrgico. La resolución quirúrgica en este caso fue la adecuada, mediante hernioplastia de urgencia con colocación de malla protésica y drenaje, técnica que Aslani<sup>17</sup> ha demostrado mediante revisiones sistemáticas y meta análisis que resulta superior a la reparación simple con sutura en cuanto a tasas de recurrencias futuras.

## Conclusión

Reportamos un caso clínico que incluye dos patologías raras que ameritaron cirugía de urgencia para su resolución, las que nunca antes han sido reportadas en nuestra región como son: la EV y la complicación de una hernia umbilical post laparoscopia ginecológica.

## Referencias

1. Granados-Casallas N, Restrepo-Castro OI, Gaitán-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.* 2022; 87(6): 412–418 [citado 2025 Jun 12]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262022000600412](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262022000600412). doi:10.24875/rechog.22000051
2. Hyernaux M. Rupture traumatique du vagin; issue des intestins à l'extérieur; application du grand forceps au détroit supérieur; guérison. *Bull Mem Acad Med Belg.* 1864; 2: 957.
3. Bueno Lledó J, Serralta Serra A, Planells Roig M, Dobón Giménez F, Ibáñez Palacin F, López Baeza F, et al. Evisceración vaginal. Aportación de tres casos. *Cir Esp.* 2002; 71(2): 89–91. doi:10.1016/S0009-739X(02)71937-4
4. Gutiérrez Machado M, Suárez González JA, Rodríguez Treto R, et al. Evisceración transvaginal post-histerectomía. A propósito de un caso poco frecuente. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2009; 35(1):[about 3 p.] [cited 2025 Jun 7]. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2009000100008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000100008&lng=es)
5. Lee SL. Umbilical Hernia. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan– [cited 2025 Jul 9]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459312/>
6. Wan Hassan W, Khong SY, Zainuddin ZM. Vaginal evisceration after hysterectomy: A case report. *J Obstet Gynaecol Res.* 2010; 36(3): 701–704.
7. Arias-Manganelly S, Gómez-Castrillón P, Rojas-Morales C. Dehiscencia de cúpula vaginal: factores de riesgo y tratamiento. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2019; 70(3): 229–235.
8. Rueda J, Carbajal A, Collado M, García M, Puig J. Vaginal cuff dehiscence and evisceration: report of three cases and review of the literature. *Arch Gynecol Obstet.* 2009; 279(6): 867–872.
9. Guttman A, Afilalo M. Vaginal evisceration. *The American Journal of Emergency Medicine.* 1990; 8(2): 127-128, ISSN 0735-6757. [https://doi.org/10.1016/0735-6757\(90\)90199-A](https://doi.org/10.1016/0735-6757(90)90199-A). (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/073567579090199A>)
10. Hoffman MS, Leach WL, Roberts WS, Fiorica JV, Finan MA, Gleeson NC, et al. Management of vaginal cuff dehiscence. *J Reprod Med.* 1991; 36(6): 435–439.
11. Uccella S, Ghezzi F, Mariani A, Cromi A, Bogani G, Serati M, et al. Vaginal cuff dehiscence after hysterectomy: A multicenter study. *Am J Obstet Gynecol.* 2011; 205(5): 436.e1–8.
12. Granados García JA, Paredes Velázquez J, Manzano López JL. Evisceración vaginal poshisterectomía: una complicación rara. *Rev Mex Ginecol Obstet.* 2012; 80(2): 109–113.
13. Pillay Y, van der Merwe A, Kloppers C, Aldous C. The effect of obesity and hernias on laparoscopic access and port placement: A systematic review. *Hernia.* 2021; 25(4): 881–892. doi:10.1007/s10029-021-02418-1
14. Carrasco TJ, González AT, Valenzuela SD, Rappoport SJ. Optimización de neumoperitoneo preoperatorio en hernia ventral: Uso de un dispositivo de compresión externa. *Rev Chil Cir.* 2023; 75(1): 71–75. doi:10.35687/s2452-454920230011634
15. Henriksen NA. Systematic review on the repair of umbilical and epigastric hernias with mesh. *Hernia.* 2015; 19(6): 815–823. doi:10.1007/s10029-015-1428-x. p.821.
16. Soriano R, Gómez C, Manriquez B. ¿Cuál es el mejor estudio de imagen para el estudio de la pared abdominal? Actualización. *Cir Andal.* 2011: 6–12.
17. Aslani N, Brown CJ. Does mesh offer an advantage over tissue in the open repair of umbilical hernias? A systematic review and meta-analysis. *Hernia.* 2010; 14(5): 455–462. doi:10.1007/s10029-010-0704-9