

EVISCERAÇÃO TRANSVAGINAL — A RARA URGÊNCIA QUE EXIGE RESPOSTA IMEDIATA

TRANSVAGINAL EVISCERATION — A RARE EMERGENCY REQUIRING IMMEDIATE RESPONSE

Isabel Muinga¹, Ana Soraya Martins², Aniceto Galiano¹, Viviana de Almeida¹, Irema do Valle Simões²

1. Interno(a) de especialidade em Medicina de Urgência;

2. Especialista em Medicina de Urgência.

Clinica Sagrada Esperança, Grupo Endiama, Luanda – Angola

Recebido: 18/09/2025 - Aceite: 2/02/2026 - Publicado: 27/02/2026

Resumo

A evisceração transvaginal é uma complicação ginecológica rara e potencialmente fatal, caracterizada pela exteriorização de vísceras através da vagina. Está frequentemente associada a antecedentes de cirurgias pélvicas, radioterapia e condições que fragilizam a parede vaginal.

Relatamos o caso de uma mulher de 77 anos, com antecedentes de histerectomia total e radioterapia por carcinoma do colo do útero há mais de 9 anos, admitida no serviço de urgência com dor abdominal intensa e protrusão de ansas intestinais pelo introito vaginal após esforço evacuatório. À admissão encontrava-se hemodinamicamente estável, tendo sido instituídas medidas de estabilização clínica e proteção das ansas. Foi submetida a laparotomia exploradora com redução das alças viáveis e sutura da cúpula vaginal, sem necessidade de resseção intestinal. Evoluiu favoravelmente, com alta hospitalar ao 4.º dia e seguimento em consulta externa.

Embora rara, a evisceração transvaginal deve ser considerada uma emergência cirúrgica. O diagnóstico precoce e a intervenção multidisciplinar imediata são determinantes para a preservação da viabilidade intestinal e redução da mortalidade.

Este caso reforça a importância da suspeição clínica em mulheres pós-menopáusicas com dor abdominal súbita e exteriorização de vísceras pela vagina, sublinhando a necessidade de resposta rápida e coordenada entre emergência, ginecologia e cirurgia geral.

Palavras-chave: evisceração transvaginal; complicação rara; histerectomia; emergência abdominal; caso clínico.

Abstract

Transvaginal evisceration is a rare and potentially life-threatening gynaecological complication, characterised by the protrusion of abdominal viscera through the vagina. It is frequently associated with a history of pelvic surgery, radiotherapy, and conditions that weaken the vaginal wall.

We report the case of a 77-year-old woman with a history of total hysterectomy and radiotherapy for cervical carcinoma more than nine years previously, admitted to the emergency department with severe abdominal pain and protrusion of bowel loops through the vaginal introitus following straining during defecation. On admission, she was haemodynamically stable, and clinical stabilisation measures and protection of the bowel loops were instituted. She underwent exploratory laparotomy with reduction of viable bowel loops and suturing of the vaginal vault, with no need for intestinal resection. She progressed favourably, was discharged on the fourth postoperative day, and remains under outpatient follow-up.

Although rare, transvaginal evisceration must be regarded as a surgical emergency. Early diagnosis and immediate multidisciplinary intervention are crucial for preserving bowel viability and reducing mortality.

This case highlights the importance of clinical suspicion in postmenopausal women presenting with sudden abdominal pain and protrusion of viscera through the vagina, underscoring the need for a rapid and coordinated response between emergency medicine, gynaecology, and general surgery.

Keywords: transvaginal evisceration; rare complication; hysterectomy; abdominal emergency; case report.

Correspondência

Isabel Muinga

E-mail: sania2manuel@gmail.com

Como Citar: Muinga, I., Martins, A., Galiano, A., Almeida, V., Simões, I. (2026). Evisceração Transvaginal — A rara urgência que exige resposta imediata. Rev.Cient. Clin. Sagrada Esperança, 18(14), 46-48. <https://doi.org/10.70360/rccse.v.200>



© 2026. [Muinga, I., Martins, A., Galiano, A., Almeida, V., Simões, I.]. Este é um artigo de acesso aberto, distribuído sob os termos da licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Introdução

A evisceração vaginal foi descrita inicialmente em 1864 por Hyernaux, e define-se como a extrusão de estruturas intraperitoneais através de um defeito da parede da vaginal^{1,3}. Trata-se de uma situação rara, com pouco mais de 100 casos publicados na literatura no último século, e destes frequentemente associados a antecedentes de cirurgias pélvicas ou via vaginal e a ocorrência de prolapsos na cavidade vaginal como retoccele e enteroccele^{2,3}. Casos de evisceração transvaginal espontânea, sem história de trauma ou cirurgia anterior são ainda mais raros, porém podem acontecer, estando descritos apenas 12 casos até o ano de 2009².

A evisceração constitui uma emergência cirúrgica, descrita como apavorante para o paciente e indelével para o cirurgião, com uma taxa de mortalidade estimada em 5.6%^{3,4}.

Abaixo, relatamos um novo caso clínico de evisceração transvaginal em utente com antecedente de cirurgia pélvica seguida de uma breve revisão da literatura.

Descrição de caso clínico

Paciente, feminina, de 77 anos, negra, com ensino superior e adequada literacia em saúde, reformada, 3 Gestações/3 Partos/3 Cesarianas/0 Abortos; antecedentes de Psoríase, Dislipidemia, Palpitações com Extrassístoles Ventriculares frequentes, Ansiedade, Cirurgia por gravidez ectópica há cerca de 40 anos e Histerectomia total com anexectomia há 9 anos por Cancro do colo do útero, seguida de radioterapia adjuvante. Era seguida em consulta e medicada com: Diltiazem 60 mg/dia, Clopidogrel 75 mg/dia, Fluoxetina 20 mg/dia e Rosuvastatina 20 mg/dia. Admitida no banco de urgência (transferida de outra unidade hospitalar) por quadro clínico com cerca de 6 horas de evolução

desencadeado pelo esforço ao defecar, caracterizado por dor abdominal de predomínio no hipogastro, intensa, tipo aperto, associada a saída de vísceras pela vagina.

À admissão, encontrava-se consciente e orientada, razoável estado geral e nutricional muito ansiosa e queixosa de dor intensa, com estabilidade hemodinâmica e respiratória. Abdómen: Globoso, ruídos hidroaéreos não audíveis, dor difusa à palpação abdominal (mais acentuada ao nível do hipogastro), mas sem sinais de irritação peritoneal nem massas palpáveis. Exame perineal: evisceração do intestino delgado, edemaciado e sem sinais de hipoperfusão (figura 1).

Abordada pela equipa de urgência, feita hidratação com soro fisiológico, analgesia intravenosa, antibioticoterapia empírica de amplo espectro e garantia da viabilidade das ansas protusas com compressas umedecidas em soro fisiológico morno. Seguida de abordagem multidisciplinar de Cirurgia geral, Ginecologia e Anestesia, tendo sido levada ao bloco operatório para abordagem cirúrgica de urgência. Não foram realizados Exames Complementares de Diagnóstico.

Foi realizada laparotomia exploradora, com incisão mediana infraumbilical, tendo de achados prolapso de ansas do intestino delgado, sem exteriorização de vagina, útero e anexos. Feita redução das ansas intestinais para a cavidade abdominal e sutura da cúpula vaginal com vycril. Não houve ressecção intestinal por ausência de compromisso vascular.

Permaneceu internada durante 4 dias, com evolução clínica favorável tendo-se decidido alta hospitalar com recomendação terapêutica (analgesia SOS, Amoxicilina + ácido clavulânico, Metronidazol, Lactulose e Omperazol, pensos curativos a cada 2 dias) e seguimento em consulta externa de Cirurgia Geral.



Fig. 1. Paciente com Evisceração transvaginal de intestino delgado (acervo fotográfico dos autores)

Discussão

A evisceração transvaginal do intestino delgado é uma condição raramente descrita na literatura, com pouco mais de 100 casos relatados². Dessas utentes, 73% tinham antecedente de cirurgia pélvica prévia e 70% das utentes em pós menopausa⁵⁻⁷.

Quando analisados os mecanismos que estão na base da evisceração transvaginal, em mulheres em idade fértil encontramos os traumas vaginais após instrumentação obstétrica

ou relações sexuais intensas e introdução de corpos estranhos pela vagina; diferente da época pós-menopausa, onde podemos verificar situações como aumento da pressão intra-abdominal (exemplo.: tosse, vômitos, ascite, obstipação intestinal crónica, durante o esforço a defecar), perda das propriedades estruturais da vagina com o factor idade (vagina adelgaçada, lesada e menos vascularizada), histórico de cirurgias pélvicas prévias e radioterapia⁵⁻¹⁰⁻¹².

Na anamnese é comum as utentes referirem queixas como: dor de baixo ventre/ pélvica e vaginal, hemorragia vaginal, sensação de preenchimento vaginal e entre as coxas, associadas ou não aos factores de risco/ antecedentes já descritos anteriormente. O diagnóstico é feito mediante a visualização da protusão de ansa pelo introito vaginal, sendo o íleo o segmento mais comumente reportado^{1,3,9,12}.

A abordagem consiste na estabilização hemodinâmica e respiratória da utente e na garantia da viabilidade das ansas protrusas com compressas umedecidas em soro fisiológico morno e administração de antibioterapia empírica de amplo espectro com cobertura gastrointestinal, de seguida, deve-se garantir abordagem cirúrgica de urgência^{1,3,12}. A via para abordagem cirúrgica é preferivelmente por laparotomia com incisão mediana, para uma observação minuciosa e avaliação da viabilidade do intestino, para posterior correção da evisceração e/ou ressecção das ansas em caso de inviabilidade^{1,3,6,9}. Em alguns casos, realiza-

se uma abordagem complementar por via vaginal, na qual a evisceração é reduzida com leve tração e técnicas de manipulação bimanual, porém em alguns casos, poderá ser considerada a realização de histerectomia^{1,6,7,11}.

O reconhecimento precoce do quadro, associado a intervenção cirúrgica adequada e antepada, contribui na prevenção de complicações como perfuração intestinal, necrose e sépsis e consequentemente diminui a morbimortalidade dessas utentes^{3,4,11,12}.

A prevenção envolve a adopção de cuidados que assegurem a correcta cicatrização da cúpula vaginal após a histerectomia, tais como técnica adequada de sutura, hemostasia satisfatória e antibioticoterapia profilática¹³.

Agradecimentos

"Agradecemos às equipas de Cirurgia Geral e de Ginecologia da Clínica Sagrada Esperança pelo contributo na abordagem terapêutica da doente."

Referências bibliográficas

1. Figueiredo G, Fialho G, Rosado D, Delgado E, Magro J, Azedo J. Evisceração vaginal com isquemia intestinal sem antecedentes de cirurgia pélvica: caso clínico e breve revisão da literatura. Rev Port Cir. 2014;(31):35-9.
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. Croak AJ, Gebhart JB, Klinge CJ, Schroeder G, Lee RA, Podratz KC. Characteristics of patients with vaginal rupture and evisceration. Obstet Gynecol. 2004 Mar;103(3):572-6.
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. Parra RS, Rocha JJR, Feres O. Spontaneous transvaginal small bowel evisceration: a case report. Clinics (Sao Paulo) [Internet]. 2010 [cited 2020 Jan 29];65(5):559-61. Available from: doi:10.1590/S1807-59322010000500015
6. Laalim SA, Tourghai I, Ibnmejdoub K, Mazaz K, Raghy S, Chbani L, Abderrahman EM. Primary vaginal adenocarcinoma of intestinal type: case report and review of the literature. Pan Afr Med J. 2013;15:114.
7. Rana AM, Rana AA, Salama Y. Small bowel evisceration through the vaginal vault: a rare surgical emergency. Cureus. 2019;11(10):e5947.
8. Guttman A, Afilalo M. Vaginal evisceration. Am J Emerg Med. 1990 Aug;8(4):327-9.
9. Kambouris AA, Drukker BH, Barros J. Vaginal evisceration: a case report and brief review of the literature. Arch Surg. 1981;116:949-51.
10. Narducci F, Sonoda Y, Lambaudie E, Leblanc E, Querleu D. Vaginal evisceration after hysterectomy: repair by a laparoscopic and vaginal approach with an omental flap. Gynecol Oncol. 2003;89:549-51.
11. Kang WD, Kim SM, Choi HO. Vaginal evisceration after radical hysterectomy and adjuvant radiation. Gynecol Oncol. 2009;112:63-4.
12. Borges JR, Pagotto FR, Plus ML, Pereira GM, Reganin VHS, de Marqui AC, Rodrigues MSV. Small bowel evisceration: a rare case, little described in the literature. Relatos Casos Cir. 2020;6(2):e2500.
13. Barreto M, Ferrari R, Ferrari V, Assaf T, Machado G, Virgílio P. Evisceração transvaginal após histerectomia: relato de caso. J Bras Ginecol. 2024;134:24-24. doi:10.5327/JBG-2965-3711-2024134S1059.