

Artículo de presentación de casos clínicos

**Prolapso y necrosis intestinal como complicación de un aborto**

**Intestinal prolapse and necrosis as a complication of an abortion**

María Fernanda Calderón León\*, Washington Rodrigo Ordóñez Méndez\*\*, Gabriel Alberto León San Miguel\*\*\*, Gloria Esperanza Valdez Campoverde\*\*\*\*, Paola Vanessa Solorzano Acosta\*\*\*\*\*, María Caridad Altamirano Angamarca\*\*\*\*\*, Carlos Washington Proaño Cabanilla\*\*\*\*\*, Jonathan Gabriel Cobeña Vera\*\*\*\*\* , Gema Gabriela Guzñay Muñoz \*\*\*\*\*

\*Universidad de Guayaquil- Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4121-6006>,

\*\*Universidad de Guayaquil- Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0241-252X>,

\*\*\*Universidad de Guayaquil- Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3615-3212>

\*\*\*\*Universidad de Guayaquil- Ecuador.

\*\*\*\*\*Universidad Particular de Especialidades Espíritu Santo-Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0139-4913>

\*\*\*\*\* Universidad Católica de Cuenca -Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2988-3076>

\*\*\*\*\*Universidad de Guayaquil-Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3164-7985>

\*\*\*\*\*Universidad de Guayaquil-Ecuador. ORCID : <https://orcid.org/0000-0002-2509-9022>,

\*\*\*\*\*Universidad de Guayaquil-Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/> <https://orcid.org/0000-0001-3368-6358>

dracalderonleon@hotmail.es

Recibido: 10 de julio del 2022

Revisado: 28 de julio del 2022

Aceptado: 15 de septiembre del 2022

**Resumen.**

El prolapso y necrosis intestinal por perforación uterina, es una complicación poco frecuente, muy grave y evitable, que se produce, generalmente a consecuencia de la práctica de un procedimiento obstétrico traumático, la mayoría de las veces, por un legrado uterino instrumental, de un aborto inseguro, conocido también, como clandestino; en condiciones inadecuadas, con instrumentos que no son los correctos, en lugar poco propicio y realizado por un personal no especializado. El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico gineco obstétrico- quirúrgico de prolapso y necrosis intestinal como complicación de un aborto y realizar una breve revisión actualizada de la literatura. Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, presentación de caso clínico. Se solicitó el consentimiento informado y autorización, para publicación del caso por parte del departamento de docencia e investigación del hospital Alfredo G Paulson. Reporte de caso: Se trató de un paciente femenino, de 19 años, que se sometió, a la realización de un aborto inseguro, donde como complicación grave, tuvo perforación uterina, lo que produjo evisceración del intestino delgado, ocasionando isquemia y necrosis del mismo, lo que generó una situación emergente de alta mortalidad. Afortunadamente la intervención oportuna de un equipo multidisciplinario brindó buenos resultados. Discusión: la importancia y relevancia de la presentación de este caso clínico, es dar a conocer las complicaciones que pueden ocurrir, si se realiza un procedimiento obstétrico en condiciones inadecuadas ; recalcar, la necesidad de participación de un equipo multidisciplinario, para resolver dicha eventualidad, cuya detección debe ser temprana y en un hospital que cuente con la complejidad resolutive, tomando en consideración que, un prolapso y necrosis intestinal a través de la vagina, no solo se puede manifestar por perforación uterina en un legrado, sino también, por otras causas; como perforación en la cúpula vaginal posterior a una histerectomía, en pacientes que están expuestas a radiación pélvica , por desgarró en la pared vaginal después de un parto, por hipostrogenismo, entre otros. conclusiones: El prolapso y necrosis intestinal a través de la vagina, es una complicación potencialmente grave, que debe evitarse, implementando medidas de control y seguridad para el paciente, considerar los factores de riesgo que amenazan el desarrollo de esta adversidad, elaborando historia clínica completa, uso de exámenes imagenológicos, elegir un lugar óptimo y los equipos necesarios para realización de los procedimientos

quirúrgicos, observación y monitorización continua del paciente, además de contar con personal médico altamente capacitado, para resolver una emergencia.

Palabras clave: Aborto, perforación uterina, necrosis intestinal

### **Abstract**

Prolapse and intestinal necrosis by uterine perforation, is a rare complication, very serious and avoidable, which occurs, usually as a result of the practice of a traumatic obstetric procedure, most of the time, by an instrumental uterine curettage, of an unsafe abortion, also known, as clandestine; in inadequate conditions, with instruments that are not correct, rather unfriendly and performed by unskilled personnel. The aim of this work is to present a clinical obstetric-surgical gynaecological case of prolapse and intestinal necrosis as a complication of an abortion and to perform a brief updated review of the literature. Materials and methods: A retrospective descriptive study was performed, presenting a clinical case. Informed consent and authorization were requested for publication of the case by the teaching and research department of the Alfredo G Paulson hospital. Case report: This was a 19-year-old female patient who underwent an unsafe abortion, where as a serious complication, she had uterine perforation, which led to evisceration of the small intestine, causing ischemia and necrosis thereof, What generated an emerging situation of high mortality, fortunately the timely intervention of a multidisciplinary team, provided good results. conclusions: Prolapse and intestinal necrosis through the vagina, is a potentially serious complication, which should be avoided, implementing control and safety measures for the patient, consider the risk factors that threaten the development of this adversity, drawing up a complete clinical history, using imaging tests, choosing an optimal location and the necessary equipment for performing surgical procedures, observation and continuous monitoring of the patient, in addition to having highly trained medical personnel, to solve an emergency

Keywords: Abortion, uterine perforation, intestinal necrosis.

### **Introducción**

El prolapso y necrosis intestinal a través de la vagina, es un evento poco frecuente, con limitados casos reportados en la literatura, cuya morbimortalidad es alta si no se trata a tiempo, representando una emergencia quirúrgica grave, pero que, se puede prevenir (1).

Existen varios factores de riesgo, que conducen a una perforación uterina durante la realización de un procedimiento obstétrico: la experiencia del cirujano, la edad avanzada de la mujer, la multiparidad, antecedentes de abortos o cesáreas anteriores, no usar pruebas de imágenes diagnósticas importantes, como la ultrasonografía, término inexacto del embarazo y uso de dispositivos inadecuados (2). Además, también como diagnóstico diferencial, existen otros factores etiológicos que influyen en el prolapso y necrosis intestinal transvaginal, como por ejemplo un defecto de pared en la vagina, que generalmente se presentan en mujeres en edad avanzada, estado hipoestrogénico por etapa de posmenopausia, prolapso vaginal, cirugía vaginal previa y radiación pélvica previa, determinando una etiología multifactorial (3). Actualmente, solo se han reportado en la literatura aproximadamente 100 casos de evisceración transvaginal, Alrededor del

70% de las pacientes afectadas son mujeres posmenopáusicas, que por atrofia de la pared vaginal, ocasionada por la tríada de hipoestrogenismo, desvascularización crónica del tejido y debilidad del suelo pélvico, están propensas a desarrollar perforaciones en canal vaginal((4)(5). En mujeres jóvenes, la evisceración intestinal transvaginal es extremadamente rara y se asocia con instrumentación, lesión obstétrica o trauma coital (6).

El aborto inducido, es un procedimiento de alta morbi mortalidad materna, más aún cuando es realizado en condiciones inhóspitas, trayendo consigo eventos graves, como la perforación uterina y lesiones adyacentes, generando la evisceración de estructuras intraabdominales a través del defecto formado, llegando a producir el prolapso y necrosis transvaginal de órganos como por ejemplo el intestino (7).

Es importante diferenciar entre un aborto seguro y uno inseguro, el primero se produce cuando el procedimiento se realiza en una casa de salud bien equipada y con personal calificado. En cambio, el aborto inseguro, también llamado aborto clandestino, se caracteriza por la interrupción de un embarazo no deseado, realizado por personas que no tienen la capacitación necesaria y se efectúa en

un entorno que no cumple con los estándares de seguridad (8). 25,1 millones de abortos se producen cada año en el mundo, datos obtenidos entre el periodo del 2010 al 2014, de estos el 97% fueron inseguros y además se presentaron en países en vías de desarrollo (9).

Dentro del ámbito psicoemocional, es necesario mencionar que múltiples pueden ser las razones por las cuales, una mujer decida recurrir a un aborto, tales como embarazos no deseados; la falta de apoyo humano por parte de su pareja y/o familia; nivel socioeconómico bajo, embarazo producto de una violación, entre otros. Todo esto inherente a la legislación de cada país (10).

Existen tres pilares para otorgar un entorno propicio en la atención del aborto: 1) el respeto de los derechos humanos; 2) la disponibilidad de información y su accesibilidad; y 3) un sistema de salud de apoyo universal y accesible (11).

La evisceración por introito vaginal, que se puede suscitar tras la realización de un legrado uterino instrumental, también puede surgir como complicación de otros procedimientos ginecológicos como por ejemplo tras una histerectomía, aunque es raro e infrecuente y hasta ahora solo se han reportado tres casos en la literatura, traquelectomía o vaginectomía superior, procedimientos urológicos, colorrectales, radioterapia uterina-cervical, trauma perineal, vaginal entre otros (12) (13)

La intervención temprana es fundamental, debido a que, hasta un tercio de los casos pueden complicarse con isquemia intestinal. El manejo temprano implica un intento de reducir suavemente el intestino a la cavidad peritoneal y tapar la vagina con una gasa humedecida y en caso de no poder reducirse, debe cubrirse con una gasa húmeda antes de la cirugía (13). Existen 5 puntos clave que pueden ayudar en el manejo agudo de la ruptura y la evisceración: (1) estabilización (2) control hemodinámico (3) preservar el intestino en una envoltura salina húmeda; (4) antibioticoterapia (5) reparación quirúrgica inmediata (14)

### **Objetivo:**

El objetivo de esta investigación es presentar un caso clínico de prolapso y necrosis intestinal como complicación de un aborto y realizar una breve revisión actualizada de la literatura

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, presentación de caso

clínico. Se solicitó el consentimiento informado y autorización para publicación del caso por parte del departamento de docencia e investigación del hospital Alfredo G Paulson.

### **Caso clínico**

Paciente femenino de 19 años, no refiere antecedentes personales patológicos de importancia, antecedentes gineco obstétricos: gestas 3, partos 2 y aborto 1; no refiere fecha de la última menstruación. Transferida de otra casa de salud, por presentar cuadro clínico caracterizado por, dolor abdominal intenso localizado en hipogastrio, más prolapso de asas intestinales, que se exteriorizan por vagina; refiere que su cuadro se manifiesta 7 horas después de realizarse un legrado uterino instrumental por aborto inducido, realizado en un consultorio particular.

**Examen Físico:** Al examen físico se evidencia intestinos de coloración violácea, necrosados, en una longitud aproximadamente de 40-50 cm (Figura 1). por lo que se procede a realizar Laparotomía exploratoria por diagnóstico preoperatorio: aborto incompleto + perforación uterina+ lesión intestinal.

**Procedimiento y Hallazgos Quirúrgicos:** se visualiza hemoperitoneo 300 cc, perforación uterina en cara posterior y tercio superior de aproximadamente 3 cm de longitud por 2cm de ancho (ver imagen 2), a través de la cual, se observa, porción de intestino delgado prolapso de +/- 1 m de longitud, se clampea y se corta porción viable a nivel de 1.50 cms del ángulo de Treitz y 1.20 cm de la válvula ileocecal (ver imagen 3). Se realiza lavado de cavidad, con 1 litro de solución salina, se realiza legrado uterino a cielo abierto; se obtienen restos ovulares en moderada cantidad. Se realiza rafia de perforación uterina. Médico cirujano liga vasos de mesenterio y realiza anastomosis termino terminal de intestino delgado con vicryl 3.0, se procede a realizar lavado de cavidad. Se comprueba hemostasia, se coloca dren de Penrose, síntesis de pared por planos hasta piel, se realiza revisión de canal vaginal, encontrándose laceración no sangrante en borde superior de cérvix. Se limpia cavidad vaginal, con solución yodada. Paciente pasa a unidad de cuidados intensivos.

**Diagnostico postoperatorio:** laparotomía exploratoria + resección de porción necrosada de intestino delgado + anastomosis termino terminal +

legrado a cielo abierto + rafia de perforación uterina por aborto incompleto + perforación uterina + prolapso de intestino delgado en canal vaginal + necrosis intestinal

Resultados de exámenes de laboratorio:

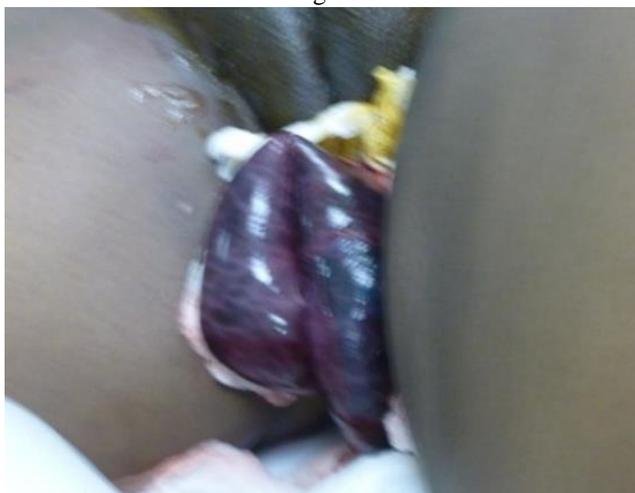
Paciente al ingreso, presentó los siguientes valores; K: 4 mEq/L Glucosa 69 mg/dl, leucocitos 12.460 /mm<sup>3</sup>, hemoglobina 7.6 g/dl, hematocrito 22.1%, plaquetas 187.000 mcL, PCR 23.83 mg/L.

A las 24 horas: K: 3.8 mEq/L, Glucosa 95 mg/dl, leucocitos 10.470/mm<sup>3</sup>, hemoglobina 10.7 g/dl, hematocrito 31,4%, plaquetas 198.000 mcL, PCR 7.23 mg/L.

A las 48 horas: K: 3.2 mEq/L, Glucosa 117 mg/dl, leucocitos 8114/mm<sup>3</sup>, hemoglobina 9.2 g/dl, hematocrito 28.5%, plaquetas 175.000 mcL.

Resultados de anatomía patológica: Biopsia en endometrio reporta: restos deciduales, endometrio hipersecretor. Biopsia -resección de segmento intestinal: necrosis hemorrágica por trombosis vascular, proceso inflamatorio crónico difuso en otras áreas intestinales y tejido adiposo. Paciente que a los 5 días de hospitalización es dada de alta satisfactoriamente.

Imagen 1:



Fuente: Dr. Washington Ordoñez Méndez

Descripción: prolapso de intestino delgado, necrosado, a través del introito vaginal.

Imagen 2:



Fuente : Dr. Washington Ordoñez

Descripción : perforación uterina en cara posterior y tercio superior de aproximadamente 3 cm de longitud por 2cm de ancho.

Imagen 3 :



Fuente : Dr. Washington Ordoñez

Descripción : porción de intestino delgado prolapsado y necrosado de +/- 1 m de longitud.

#### **Discusión:**

El presente caso se trata de un paciente joven, de 19 años, que, por desorientación o desconocimiento de las complicaciones, que conllevan la realización de un legrado clandestino, accede a la ejecución de este, en un consultorio médico, sin las medidas de seguridad ni los equipos necesarios. Los escasos recursos económicos, la falta de medios de transporte y de servicios de atención médica especializados, en ciertos países en vías de Desarrollo, son factores que influyen, para incremento de esta complicación, como sucedió en el mencionado caso (15) (16).

En una investigación reciente, realizada por Tchuengkam LW, et al. en el año 2021 (7), se presentaron dos casos de abortos inseguros, realizados por dilatación cervical y legrado intrauterino; que resultaron en perforación uterina y evisceración intestinal, a través de la vagina; que condujo a una obstrucción intestinal aguda. Ambos pacientes fueron sometidas a reanimación intensiva seguida de laparotomía de emergencia. El primer caso, se trató, de una mujer de 26 años, que luego de un legrado uterino instrumental, notó la presencia de intestino en el introito vaginal, asociado con signos de obstrucción intestinal. Fue trasladada a un centro especializado a los 4 días del inicio de la evisceración, con diagnóstico de íleon terminal eviscerado gangrenado por perforación uterina. Se realizó hemicolecotomía derecha con anastomosis; así como sutura de la perforación uterina. El segundo caso fue paciente de 18 años, remitida por dolor abdominal, en el contexto de obstrucción intestinal, con asa de yeyuno viable prolapsada por vagina, por perforación uterina.

Se realizó resección yeyunal simple con anastomosis termino terminal y sutura de la perforación uterina. En ambos casos, el postoperatorio transcurrió sin complicaciones (7). En contraste con nuestro caso, los síntomas que manifestó la paciente, fueron a las 7 horas de haberse realizado el legrado uterino instrumental, manifestando dolor en hipogastrio y evisceración intestinal; recibió las primeras medidas de atención y preparación prequirúrgica, en un hospital de gran complejidad, donde fue intervenida quirúrgicamente realizándose laparotomía exploratoria , resección de porción necrosada de intestino delgado, anastomosis termino terminal ,legrado a cielo abierto y rafia de perforación uterina por aborto incompleto, con buenos resultados postoperatorios.

En otro trabajo de investigación, publicado por Deflaoui T, et al. en el año 2022 (2), se reportó, el caso de una mujer de 29 años, con antecedente gineco obstétrico de un parto anterior, que presentó, cuadro clínico, caracterizado por, dolor abdominal, náuseas y vómitos, desarrollados durante 5 semanas; además que, hace una semana no expulsaba flatos. Tiene como precedente la evacuación de un embarazo de 6 semanas, 1 semana antes de que aparezcan los síntomas. La ecografía pélvica reveló un saco ovular intrauterino, un material tubular en la cavidad uterina que sugiere un intestino encarcelado. Se realizó una tomografía computarizada abdominopélvica complementaria y resonancia magnética nuclear, donde se evidenció, obstrucción de intestino delgado por encarcelación de un segmento intestinal, por defecto en la pared

posterior del útero. Se efectuó, laparotomía exploradora, que confirmó la etiología obstructiva, con un segmento de intestino delgado, que se encontró incarcerated en una perforación del fondo uterino. El intestino, que estaba reducido en el abdomen, no parecía viable. Se detectó una perforación de 1 cm en la superficie atrapada y se resecó longitudinalmente 7 cm, tratada mediante una anastomosis intestinal. También se realizó, una revisión uterina con aspiración de tejido trofoblástico y cierre de la brecha uterina mediante puntos en X. El postoperatorio transcurrió sin incidentes (2). En nuestro caso se realizaron exámenes de laboratorio prequirúrgicos, medidas iniciales generales de reanimación y la paciente paso a quirófano, no se realizaron pruebas de imágenes por tratarse de una emergencia quirúrgica.

En la revisión de la literatura, se encontraron otros casos reportados por Chandi A, et al. 2016 (1), el primero se trató de una mujer de 27 años, con dos partos anteriores, tuvo un parto vaginal a término, de un bebé con DIU(dispositivo intra uterino) y se presentó 4 días después, con evisceración del intestino a través de la pared vaginal posterior. Al examen físico: unos 10 cm de intestino grueso sobresalían a través de la vagina con heces parcialmente formadas, impactadas en él, Tras la reanimación, la paciente fue llevada a cirugía bajo cobertura antibiótica de amplio espectro. Se realizó laparotomía exploratoria, se encontró un desgarró de 4 cm de tamaño en la pared posterolateral derecha de la vagina, Prolapso de colon sigmoide a través del desgarró que estaba perforado y gangrenoso. Se extirparon unos 10 cm de la parte distal del colon sigmoide. Se cerró muñón distal y se extrajo muñón proximal como colostomía terminal. El desgarró de la pared vaginal se reparó con suturas continuas de cromo. Se realizó lavado peritoneal y cierre de abdomen por planos. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y la paciente fue dada de alta al noveno día. Se realizó cierre de colostomía a las 6 semanas (1). Referente a este caso, es importante tomar en consideración, los antecedentes que presenta cada paciente, antes de la atención de cualquier procedimiento, y revisar minuciosamente el canal del parto, para que, no pasen desapercibidos, los desgarró que ameritan reparación y así evitar complicaciones, como,

hemorragias, hipovolemia, alteración hemodinámica, evisceración intestinal etc.; que aumentan, la morbimortalidad, la estancia hospitalaria y contribuyen al retraso en el apego precoz con el neonato. El segundo caso reportado por Chandi A, et al. 2016 (1), se trató de una mujer de 24 años, con un parto y un aborto anterior, se sometió a un aborto inseguro y llegó en estado de shock, con evisceración del intestino delgado a través de la pared uterina anterior. Se realizó laparotomía exploratoria, hallazgos operatorios: desgarró de 7 × 3 cm estaba presente en la pared anterior del útero, en el segmento uterino inferior, El íleon distal prolapsaba unos 10 cm a través del desgarró que pasaba por la vagina. La ruptura de la unión ileocecal estaba presente y hemoperitoneo de 200 cm<sup>3</sup>. Se realizó resección de 20 cm de íleon, ciego y anastomosis termino-terminal íleo-colon ascendente. Se reparó útero con vicryl 1, Se realizó lavado peritoneal y cierre de abdomen por planos. Se transfundieron dos unidades de sangre completa y 1 unidad de plasma fresco congelado (FFP) intra operatoriamente, 2 unidades de FFP postoperatoriamente. El postoperatorio transcurrió sin incidentes y el paciente fue dado de alta al sexto día postoperatorio (1). En nuestro caso también se encontró hemoperitoneo 300 cc, perforación uterina en cara posterior y tercio superior de aproximadamente 3 cm de longitud por 2cm de ancho, por lo que fue necesaria transfusión de hemoderivados para estabilización hemodinámica, se transfundieron 3 unidades de glóbulos rojos concentrados. Se extrajo la porción de intestino delgado prolapsado de +/- 1 metro de longitud.

La vía de abordaje depende de la experticia del cirujano y tiene consideraciones especiales para la paciente, relativas al retorno a su actividad diaria, duración de la hospitalización, tiempo operatorio, viabilidad técnica y riesgo de lesión intraoperatoria (17) (18). En nuestro caso, se utilizó un abordaje con laparotomía exploratoria, tras la reducción transabdominal, el intestino delgado eviscerado, restauró su color vital, se controló el sangrado mediante reparación de perforación uterina, no siendo necesaria la histerectomía.

Actualmente la sutura de la perforación uterina o la realización de una histerectomía depende del grado de daño uterino y el deseo genésico de la paciente, existiendo tres factores que determinan la supervivencia materna: la presentación e

intervención tempranas, mujeres jóvenes sin comorbilidades significativas, y la ausencia de peritonitis y shock hemorrágico profundo (19)

Las bases del dominio para evitar abortos inseguros, es incrementar la adopción y acceso fácil a los diferentes métodos anticonceptivos. Que sean dotados gratuitamente por el estado, en los centros de salud; proveyendo una completa instrucción sobre su uso y sus funciones (20).

Conclusiones

El prolapso y necrosis intestinal a través de la vagina, es una complicación potencialmente grave, que debe evitarse, implementando medidas de control y seguridad para el paciente; estimar los factores de riesgo que amenazan el desarrollo de esta adversidad, elaborando historia clínica completa, uso de exámenes imagenológicos, elegir un lugar óptimo y los equipos necesarios para realización de los procedimientos quirúrgicos, observación y monitorización continua del paciente, además de contar con personal médico altamente capacitado, que individualice el enfoque y resuelva la emergencia; considerando que la detección temprana y el tratamiento quirúrgico, son trasendentales, para prevenir la isquemia intestinal y la sepsis abdominal. Si el intestino eviscerado es isquémico y no viable, requiere resección y anastomosis.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses

## Referencias

- 1.- Chandi A, Jain S, Yadav S, Gurawalia J. Vaginal evisceration as rare but a serious obstetric complication: A case series. *Case Rep Womens Health*. 2016 May 20;10:4-6. doi: 10.1016/j.crwh.2016.05.001. PMID: 29593982; PMCID: PMC5863029.
- 2.- Deflaoui T, Jabi R, Derkaoui A, Merhoum A, Kradi Y, Bouziane M. First case report of uterine perforation and bowel incarceration following a clandestine abortion in Morocco. *J Surg Case Rep*. 2022 May 31;2022(5):rjac235. doi: 10.1093/jscr/rjac235. PMID: 35665396; PMCID: PMC9156008.
- 3.-Nezhat C, Kennedy Burns M, Wood M, Nezhat C, Nezhat A, Nezhat F. Vaginal Cuff Dehiscence and Evisceration: A Review. *Obstet Gynecol*. 2018

Oct;132(4):972-985. doi: 10.1097/AOG.0000000000002852. PMID: 30204700.

4.-Rana AM, Rana AA, Salama Y. Evisceración del intestino delgado a través de la bóveda vaginal: una emergencia quirúrgica rara. *Cureus*. 2019 Octubre 20;11(10):e5947. DOI: 10.7759/Cureus.5947. PMID: 31799088; PMCID: PMC6860965.

5.-McMaster BC, Molins C. Evisceración del intestino delgado después de la ruptura espontánea del manguito vaginal. *Cureus*. 2019 Agosto 30;11(8):e5535. DOI: 10.7759/Cureus.5535. PMID: 31692894; PMCID: PMC6820829.

6.-Arabadzhieva E, Bulanov D, Shavalov Z, Yonkov A, Bonev S. Evisceración intestinal transvaginal espontánea en caso de prolapso uterino de larga duración. 2022 Mayo 4;22(1):157. DOI: 10.1186/S12893-022-01615-X. PMID: 35509095; PMCID: PMC9066937.

7.-Tchuenkam LW, Mbonda AN, Tochie JN, Mbem-Ngos PP, Noah-Ndzie HG, Bang GA. Transvaginal strangulated bowel evisceration through uterine perforation due to unsafe abortion: a case report and literature review. *BMC Womens Health*. 2021 Mar 5;21(1):98. doi: 10.1186/s12905-021-01247-y. PMID: 33663467; PMCID: PMC7934394.

8.-ESHRE Capri Workshop Group. Induced abortion. *Hum Reprod*. 2017 Jun 1;32(6):1160-1169. doi: 10.1093/humrep/dex071. Erratum in: *Hum Reprod*. 2018 Apr 1;33(4):768. PMID: 28402552.

9.- Ganatra B, Gerds C, Rossier C, Johnson BR Jr, Tunçalp Ö, Assifi A, Sedgh G, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Bearak J, Kang Z, Alkema L. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet*. 2017 Nov 25;390(10110):2372-2381. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31794-4. Epub 2017 Sep 27. Erratum in: *Lancet*. 2017 Nov 25;390(10110):2346. PMID: 28964589; PMCID: PMC5711001.

10.-Frederico M, Michielsen K, Arnaldo C, Decat P. Factors Influencing Abortion Decision-Making Processes among Young Women. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Feb 13;15(2):329. doi: 10.3390/ijerph15020329. PMID: 29438335; PMCID: PMC5858398.

11.- Organización mundial de la salud. Directrices sobre la atención para el aborto: resumen ejecutivo

- [internet]. Ginebra: OMS; 25 mayo 2022. [consultado el 27 octubre 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352351>
- 12.-Kang WD, Kim SM, Choi HS. Vaginal evisceration after radical hysterectomy and adjuvant radiation. *J Gynecol Oncol.* 2009 Mar;20(1):63-4. doi: 10.3802/jgo.2009.20.1.63. Epub 2009 Mar 31. PMID: 19471666; PMCID: PMC2676496.
- 13.-Wan Hassan WA, Narasimhan V, Arachchi A, Manolitsas T, Teoh W. Small bowel evisceration from vagina. *Journal of Surgical Case Reports,* 2021;8, 1–2. doi: 10.1093/jscr/rjab343.
- 14.-Bendjaballah A, Taieb M, Haidar A, Khiali R, Ammari S, Khetra Z and Nait Slimane M. "Evisceration of small intestine through the vagina: a rare surgical cause of acute intestinal obstruction. *J Univer Surg.* Vol.8 No.3: 1.
- 15.-Del Cerro, E. López, et al. "Evisceración intestinal a través de vagina." *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia.* 2018; 45:2: 85-88.
- 16.-Sandoval-Paredes José, Silva Olivera Arnaldo, Sandoval Paz Cindy. Rotura vaginal y evisceración relacionadas a úlcera de contacto por útero prolapsado: reporte de caso. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [Internet]. 2021 Oct [citado 2022 Sep 26]; 67( 4 ): 00012. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S230451322021000400012&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S230451322021000400012&lng=es). <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v67i2372>.
- 17.- Alfraidi R, Abdulaaly N, Alharbi A, Almodhaiberi H, Ali B, Sabagh H. Transvaginal small bowel evisceration: Case report and review of literature. *Int J Surg Case Rep.* 2022 Jun 24;96:107322. doi: 10.1016/j.ijscr.2022.107322. Epub ahead of print. PMID: 35759985; PMCID: PMC9240360.
- 18.-Chan AKY, Oluwajobi O, Ehsan A, Tahmasebi F. Evisceración transvaginal del intestino delgado más de 15 años después de la histerectomía abdominal y la cirugía vaginal. *Cureus.* 2021 Marzo 17;13(3):e13955. DOI: 10.7759/CUREUS.13955.
- 19.-Augustin G, Mijatovic D, Zupancic B, Soldo D, Kordic M. Specific small bowel injuries due to prolapse through vaginal introitus after transvaginal instrumental gravid uterus perforation: a review. *J Obstet Gynaecol.* 2019 Jul;39(5):587-593. doi: 10.1080/01443615.2018.1540561. Epub 2019 Mar 1. PMID: 30822180.
- 20.-Akaba GO, Adeka BI, Ogolekwu PI. Multiple visceral injuries suffered during an illegal induced abortion - a case report. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2013 Aug;18(4):319-21. doi: 10.3109/13625187.2013.805407. Epub 2013 Jun 19. PMID: 23782154.