

Cartas al director

Evisceración vaginal

Sr. Director:

La evisceración vaginal es una urgencia quirúrgica infrecuente, asociada en muchas ocasiones a cirugía vaginal previa en mujeres posmenopáusicas, habiéndose descrito únicamente alrededor de 60 casos hasta la actualidad¹. Presentamos un nuevo caso con objeto de llamar la atención sobre esta rara aunque grave entidad, destacando los factores etiopatogénicos que se le asocian, así como el tratamiento de la misma.

Mujer de 68 años que acudió al servicio de urgencias por salida espontánea del paquete intestinal a través de la vagina desde hacía una hora y coincidente con esfuerzo al orinar, acompañándose de dolor local y náuseas sin vómitos. Entre los antecedentes personales destacaban intolerancia al gluten, osteomalacia con osteopenia, cirugía de cataratas, histerectomía con doble anexectomía por adenocarcinoma de endometrio y radioterapia postoperatoria hacía 15 años, así como reparación de evisceración vaginal mediante laparotomía infraumbilical y cierre primario del defecto mediante sutura hacía 11 años. En la exploración destacaba una evisceración vaginal masiva de asas de intestino delgado sin signos de complicación (fig. 1). Las pruebas complementarias fueron normales, salvo la radiografía de abdomen, en la que se apreciaban valores hidroaéreos en las asas del intestino delgado. La paciente fue intervenida mediante laparotomía media infraumbilical, comprobándose la viabilidad de las asas intestinales. Se practicó cierre de la cúpula vaginal y reparación del suelo pélvico mediante colocación de malla de Marlex. En el postoperatorio la paciente presentó íleo paralítico e infección de la herida quirúrgica, siendo dada de alta 20 días después. Al año de la intervención la paciente se encuentra asintomática.

La evisceración vaginal es una entidad excepcional, en la que el íleon es la víscera que con mayor frecuencia se hernia, habiéndose descrito, aunque en mucha menor medida, casos de salida de epiploon, apéndices epiploicos, y trompa de Falopio². Aunque el factor más habitual asociado a su aparición es el hipoposterogenismo en mujeres posmenopáusicas, es común encontrar en este tipo de pacientes antecedentes de cirugía vaginal y presencia de enteroceles, sugiriendo en este sentido una alteración del suelo pélvico. En menor medida se asocian a ella la irradiación previa y la histerectomía abdominal. Sin embargo, es importante distinguir la que tiene lugar en mujeres premenopáusicas, asociadas de forma habitual a una causa aguda traumática debido al coito, cirugía o cuerpos extraños¹. El caso que presentamos se encuentra dentro del grupo de mujeres posmenopáusicas con antecedentes de cirugía ginecológica e irradiación postoperatoria.

El tratamiento de la evisceración vaginal es lógicamente quirúrgico y urgente, y la vía de elección depende de la viabilidad

Fig. 1. Evisceración de asas de intestino delgado a través de la vagina.

de la estructura herniada y de la calidad de la pared vaginal. La más utilizada, con algo menos del 60% es la abdominal, seguida de la transvaginal y la mixta³; esta última permite un mejor manejo de las vísceras implicadas en la evisceración y de los tejidos vecinos². Otro principio básico en el tratamiento de esta entidad es la resolución del defecto del suelo pélvico que pudo haber contribuido a la evisceración. La reparación con malla de la anomalía ha de resultar en principio más efectiva que el cierre primario. La elección de una reparación definitiva primaria o en un segundo tiempo hasta la resolución del cuadro inflamatorio depende de la situación de los tejidos y de la experiencia del cirujano⁴⁻⁷.

No obstante, la prevención de los posibles factores desencadenantes y asociados, como las alteraciones a nivel de la bóveda vaginal tras cirugías repetidas que acortan o alteran el eje vaginal, los defectos no identificados del suelo pélvico y el hipoposterogenismo, reviste una gran importancia¹.

J. Perea García, F. Muñoz Jiménez, E. del Valle Hernández, M. Calvo Serrano, M.L. de Fuenmayor y F. Turégano Fuentes

Unidad de Coloproctología. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo I. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Bibliografía

1. 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; 183: 225-229.

- Ginsberg DA, Rovner ES, Raz S. Vaginal evisceration. *Urology* 1998; 51: 128-129.
- Virtanen HS, Ekholm E, Kiilholma PJ. Evisceration intestinal after enterocele repair: a rare complication of vaginal surgery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1996; 7: 344-347.
- Fox PF, Kowalczyk AS. Ruptured enterocele. *Am J Obstet Gynecol* 1971; 111: 592-593.
- Friedel W, Kaiser IH. Vaginal evisceration. *Obstet Gynecol* 1975; 45: 315-319.
- Rolf BB. Vaginal evisceration. *Am J Obstet Gynecol* 1970; 107: 369-375.
- Powell JL. Vaginal evisceration following vaginal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1973; 115: 276-277.

Valor diagnóstico de la procalcitonina en la colecistitis aguda litíásica

Sr. Director:

La colecistitis aguda litíásica es una grave enfermedad cuya etiología es la impactación de un cálculo en elístico o en el infundíbulo de la vesícula. Su diagnóstico, basado en la clínica, analítica y radiología, es habitualmente de fácil realización; sin embargo, existe una pequeña proporción de pacientes de dudoso diagnóstico ecográfico, en los que la presencia de una hiperamilasemia (< 3 desviaciones estándar) puede ser origen de confusión con una pancreatitis aguda¹, retardando la intervención quirúrgica y ensombreciendo el pronóstico.

El objetivo de nuestra comunicación ha sido evaluar el valor diagnóstico de la procalcitonina en la colecistitis aguda litíásica en el día de admisión del enfermo, como parámetro de diferenciación con la pancreatitis aguda.

Once pacientes con una edad media de 69 años (rango, 51-84) fueron ingresados en nuestro servicio por presentar dolor abdominal de menos de 24 h de evolución; 9 eran mujeres y 2 varones. La ecografía realizada al ingreso reveló una colelitiasis y dudosos signos de colecistitis aguda. El recuento leucocitario medio fue de 13.900 leucocitos, la bilirrubina total 1,6 mg/dl y la amilasa 842 U/l. Para la cuantificación de la procalcitonina, las muestras de suero sanguíneo extraídas fueron congeladas a -70°C para su posterior determinación. Todos los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente por vía laparoscópica, practicándoseles una colecistectomía, confirmando la anatomía patológica el diagnóstico de colecistitis aguda. Como grupo control hemos analizado a 11 pacientes diagnosticados por TC de pancreatitis aguda de mediana gravedad, con unas características clínicas similares al grupo de colecistitis aguda. El recuento leucocitario fue de 10.000 leucocitos, la bilirrubina total de 1,4 mg/dl y la amilasa de 1.036 U/l.

En la figura 1 se comparan las determinaciones séricas de bilirrubina total, amilasa, procalcitonina y recuento leucocitario en ambos grupos de pacientes. La procalcitonina está claramente elevada sobre el valor normal de 0,5 ng/ml en los enfer-

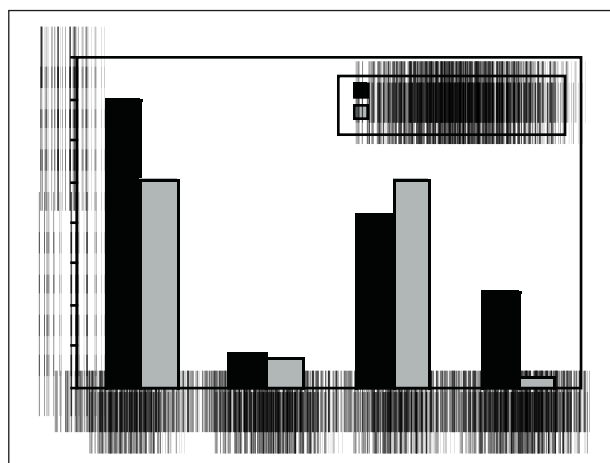


Fig. 1. Valor medio del recuento leucocitario, bilirrubina total, amilasa y procalcitonina el día de admisión del paciente.

mos con colecistitis aguda, con un valor medio de 4,6 ng/ml, siendo de 0,4 ng/ml en el grupo control de pancreatitis aguda ($p < 0,01$). En los restantes parámetros analizados, las diferencias encontradas no han sido estadísticamente significativas (test de la χ^2).

La diferenciación desde el inicio de la enfermedad entre una colecistitis aguda litíásica y una pancreatitis aguda es de extraordinaria importancia². La colecistitis aguda precisa un tratamiento quirúrgico urgente³, mientras que en la actualidad existe consenso de que la colecistectomía laparoscópica debe ser efectuada 5-6 días después del inicio de una pancreatitis aguda de leve o moderada gravedad. En 1997 Ballestra-López et al⁴ informaron de unos índices de mortalidad del 0% y morbilidad del 9,4% en pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica una semana después del inicio de una pancreatitis de mediana gravedad, mortalidad y morbilidad que experimentan un sustancial incremento si la intervención quirúrgica se efectúa precozmente⁵.

La procalcitonina, como marcador de la infección bacteriana⁶, puede ser extremadamente útil para seleccionar a aquellos pacientes que aun presentando una hiperamilasemia, deben ser diagnosticados de colecistitis aguda litíásica, beneficiándose de una colecistectomía laparoscópica el día de admisión hospitalaria.

C. Gutiérrez de la Peña, A. Ruiz Robles, R. Márquez Platero, F. García Molina, B. Ortigón Castellanos, E. Domínguez-Adame y J. Medina Díez

Servicio de Cirugía. Hospital del SAS. Jerez de la Frontera. Cádiz.

Bibliografía

- Albarracín A, Candel MF, Ródenas J, Carrión F, Pérez Montesinos JM, Ballester A et al. Manejo terapéutico de las colecistitis agudas. Experiencia en 175 casos. *Cir Esp* 1994; 55: 372-374.
- Brunkhorst FM, Eberhard OK, Brunkhorst R. Early identification of biliary pancreatitis with procalcitonin. *AJG* 1998; 93: 1191-1192.
- Del Rey Moreno A, Suescun García R, Martínez Ferriz A, Espadas Padial B, Sanz Chinesta M, Hernández Carmona J et al. Resultados del abordaje laparoscópico en la colecistitis aguda. *Cir Esp* 1999; 65: 310-313.