

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Evisceración. ¿Una complicación evitable?

Drs. NORMA LASAGNA R, RICARDO ROSSI M, RICARDO ESPINOZA G,
Als.: CRISTIÁN TALADRIZ R, ALESSANDRO QUEIROLO S

Servicio de Cirugía, Hospital Parroquial de San Bernardo. Facultad de Medicina, Universidad de los Andes

RESUMEN

Introducción: Pese al avance en distintas áreas de la cirugía, la incidencia de evisceración no ha disminuido en las últimas décadas (0,5% a 3%), asociándose a una mortalidad de 15 a 43%. *Objetivo:* Conocer la incidencia de evisceración en el Servicio de Cirugía del Hospital Parroquial de San Bernardo, los factores predisponentes y la morbimortalidad de este evento, en relación a las laparotomías realizadas durante los últimos cinco años. *Material y Método:* Para cada paciente reoperado con diagnóstico de evisceración se consignaron factores de riesgo (según pauta), detalles del protocolo operatorio, días de hospitalización, necesidad de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), reoperación, mortalidad y morbilidad tardía. *Resultados:* En este período, de un total de 4.294 laparotomías, de urgencia y electivas, hubo 11 evisceraciones en 10 pacientes (0,26%). Los diez pacientes fueron sometidos a cirugía de urgencia por patología digestiva diversa. La distribución por sexo fue similar, edad promedio de 72 años (rango 55-98). Las evisceraciones se diagnosticaron en promedio al sexto día postoperatorio (rango 3-11). La media de factores de riesgo por paciente, fue de 2,8. Un paciente falleció (mortalidad 10%). De los ocho pacientes en que se tuvo seguimiento, seis (75%) evolucionaron con hernia incisional. *Discusión:* La evisceración es poco frecuente, pero se asocia a una elevada mortalidad, que si bien no está relacionada directamente a la complicación quirúrgica, es un factor asociado.

PALABRAS CLAVES: ***Evisceración postoperatoria, morbimortalidad***

SUMMARY

Introduction: Although surgical techniques have improved, the incidence of evisceration has remained at a level of 0,5 to 3% in the last decades, associated to a mortality of 15 to 43%. *Objective:* to find out the incidence of evisceration at the department of surgery of the Hospital Parroquial de San Bernardo, its predisposing factors, morbidity and mortality. *Material y Methods:* the series includes patients undergoing laparotomy in the last five years who were reoperated with a diagnosis of evisceration. We registered risk factors, details of the surgical protocol, hospital stay, admission to the ICU, mortality and late morbidity. *Results:* during this period, for a total of 4294 laparotomies (elective and emergency), there were 11 eviscerations in 10 patients (0.26%). These patients had been submitted to emergency surgery for gastrointestinal pathologies. The distribution by gender was similar and the average age was 72 years (55 to 98). The diagnosis of evisceration was done at the sixth postoperative day on average (range 3-11). The average number of risk factors per patient was 2.8. One patient died. Out of 8 patients with follow-up, six (75%) developed incisional hernia. *Discussion:* evisceration is infrequent but presents high mortality rates, which may not be directly related to the surgical complication.

KEY WORDS: ***Postoperative evisceración, morbimortality***

INTRODUCCIÓN

La evisceración, definida como una dehiscencia de los planos músculo aponeuróticos de la pared abdominal, es una complicación postoperatoria que preocupa a los cirujanos en su práctica diaria. Esto se debe a que su incidencia se ha mantenido constante en las últimas décadas, presentándose en el 0,5 a 3% de las cirugías abdominales, la que pese a ser baja se asocia a una alta mortalidad entre los individuos que la presentan 15-43%.¹⁻³

En la búsqueda de formas de disminuir su frecuencia, se han establecido distintos factores de riesgo para desarrollarla, éstos se relacionan a:

a) *Aumento de la presión intraabdominal*: ileo prolongado, vómitos, tos crónica, ascitis, etc.

b) *Alteraciones de los tejidos*: Malnutrición, diabetes mellitus, tratamiento esteroideal, neoplasia, etc.

c) *Evolución local de la herida*: Infección, hematoma, isquemia.

d) *Técnica quirúrgica*: Forma cierre, material, etc.

Tomando en consideración estas variables, quisimos conocer la incidencia de esta complicación en nuestro Servicio de Cirugía en los últimos cinco años y la morbimortalidad asociada a ella.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión retrospectiva de las fichas de todos aquellos pacientes que se reintervinieron con el diagnóstico de evisceración en el período comprendido entre julio de 1997 y julio de 2002. Para cada caso se aplicó una pauta para determinar factores de riesgo de evisceración (Tabla 1), detalles quirúrgicos como incisión, tipo de cierre y material utilizado, días de hospitalización, necesidad de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), mortalidad y desarrollo de hernia incisional como morbilidad tardía.

RESULTADOS

En el período señalado se realizaron 4294 laparotomías, excluyendo los procedimientos laparoscópicos y cirugías de la zona inguinal. Del total, 1525 fueron cirugías electivas (35,5%) y 2769 de urgencia (64,5%). Se observaron once casos de evisceración en diez pacientes, lo que representa una incidencia total de 0,26%. Todas fueron posteriores a cirugías de urgencia, siendo la frecuencia de esta complicación para este tipo de cirugía de 0,39%, no ocurriendo ningún caso luego de intervenciones electivas.

La distribución por sexo fue similar, cinco mujeres y cinco hombres, con una edad promedio de 72 años (rango 55-98 años). Los diagnósticos por los cuales se operaron estos pacientes se especifican en la Tabla 2.

El tipo de incisión utilizada en los casos en que se desarrolló la complicación fue: laparotomía media supraumbilical en cuatro (37%), media infraumbilical en tres (27%), paramediana derecha infraumbilical en dos (18%), paramediana izquierda infraumbilical en uno (9%) y media supra e infraumbilical en el restante (9%).

En cuanto a la forma de cierre utilizado, éste había sido efectuado en un plano en cinco casos (45%) y en dos planos, en seis de ellos (55%). El material usado para el cierre en un plano fue polipropileno en cuatro pacientes (80%) y poliglactina en uno (20%). Para el cierre en dos planos, se usó catgut más poliglactina en dos casos (32%), en dos sólo poliglactina (32%), en uno poliglactina y polipropileno (16%) y en otro poliglactina y puntos totales (16%).

Todos los casos de evisceración presentaban a lo menos dos factores de riesgo general, con un promedio de 2,8 (rango 2 a 4). La variable que con más frecuencia se encontró fue la desnutrición, en seis pacientes (60%). En ellos, la albúmina promedio fue de 2,4 mg/dl (rango 2-2,9 mg/dl). La incidencia de los otros factores generales se detallan en la Tabla 3.

Tabla 1
EVISPERACIÓN. FACTORES DE RIESGO

<i>Generales</i>
Ascitis
Tos crónica
Vómitos
Obesidad ^(*)
Ileo prolongado ^(**)
Desnutrición ^(***)
Inmunodeficiencia
Tratamiento con corticoides
Quimioterapia previa
Diabetes mellitus
Insuficiencia renal crónica
Neoplasia
Radiación local
<i>Locales</i>
Infección herida operatoria
Hematoma herida operatoria

(*) IMC > 30 kg/m²

(**) > 4 días

(***) Albúmina < 3,0 mg/dl.

Tabla 2
EVISCKERACIÓN. DIAGNÓSTICO OPERATORIO INICIAL

<i>Diagnóstico</i>	<i>Casos</i>
Peritonitis apendicular	3
Hernia crural complicada	2
Hernia inguinal complicada	1
Hernia incisional complicada	1
Peritonitis- enfermedad diverticular perforada	1
Colecistitis aguda-empiema vesicular	1
Coledocolitiasis residual= Colangitis-coledoco-duodeno anastomosis	1
Colitis isquémica	1

Tabla 3
FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES EVISCKERADOS

<i>Factor de riesgo</i>	<i>Casos</i>
Obesidad	4
Distensión abdominal	4
Infección respiratoria aguda en postoperatorio	4
Enfermedad bronquial obstructiva	3
Vómitos	3
Diabetes mellitus	1
Tratamiento corticoides	1
Inmunodeficiencia	1

Al considerar las alteraciones a nivel de la herida operatoria, en siete casos (63%) hubo infección de ésta y en dos, (18%) un hematoma.

Siete pacientes eran mayores de 70 años (70%), lo que convierte a la edad en el factor de riesgo presente en el mayor número de pacientes.

La evisceración se presentó en el 73% de los casos en la primera semana postoperatoria, en promedio al sexto día (rango 3-12 días). Para estos enfermos la estadía hospitalaria tuvo una media de 28 días (rango 11-60 días). Cinco casos requirieron UCI (45%), en promedio durante 19 días (rango 15-25 días). Sin embargo, en ninguno de estos casos existió una complicación intraabdominal concomitante a la evisceración.

La mortalidad de esta serie fue de 10%, y corresponde a una paciente de 80 años, que falleció en su 19º día postoperatorio por una obstrucción intestinal secundaria a una hernia incisional complicada. La causa, posiblemente, fue un tromboembolismo pulmonar.

De los ocho pacientes en los que se tuvo seguimiento, por una media de seis meses, (rango 2-12), seis (75%) desarrollaron una hernia incisional como morbilidad tardía.

DISCUSIÓN

Nuestra prevalencia de evisceración de 0,26% está por debajo de las cifras publicadas en el ámbito internacional (0,5-3%), y se encuentra entre la reportada en dos publicaciones nacionales, una de Fernández *et al*,⁴ y otra de Barroso *et al*,⁵ que encontraron esta complicación en el 0,6 y 0,25% de laparotomías, respectivamente, notándose que el segundo estudio se limitó a cirugía biliar. Todos nuestros casos de evisceración se presentaron en cirugía de urgencia, mientras que en los estudios señalados fueron compartidos entre cirugía de ur-

gencia y cirugía electiva, predominando siempre este incidente en cirugía de urgencia.

La prevalencia de la presente serie podría estar subestimada por los casos de evisceración cubierta manejadas en forma conservadora, que no figuran entre los diagnósticos de egreso. Esto mismo podría influir en que en nuestra serie no se registrara ninguna evisceración en cirugía electiva.

Nuestra serie presentó una mortalidad de 10%, y llevó al desarrollo de una hernia incisional, como morbilidad tardía, en el 75% de los casos en que se tuvo seguimiento (seis de ocho). La mortalidad está por debajo de lo reportado en la literatura (15-44%),¹⁻³ mientras que la morbilidad es superior a lo descrito (15%).⁶

No se ha determinado el factor de riesgo de mayor relevancia en el desarrollo de esta complicación, asignándoseles distintos grados de importancia según la publicación que los reporta. Así, encontramos grupos que describen la desnutrición⁶ como factor principal, otros consideran la obesidad⁷ o la enfermedad bronquial obstructiva.^{2,8} En nuestro Servicio, la desnutrición fue el factor de riesgo general de mayor frecuencia (60%), y la infección de herida operatoria la más importante (63%) desde el punto de vista local. El hecho que todos los pacientes presentaran a lo menos dos factores de riesgo, con un promedio de 2,8, nos hace considerar como multifactorial el origen de la complicación.

Otra variable que consideramos en nuestra serie fue la edad, cuyo promedio es de 72 años, con un 70% mayores de 70 años, lo que concuerda con datos publicados que sugieren que la edad superior a 65 años podría constituir un factor de riesgo para la evisceración.^{3,6,8}

La cirugía de urgencia se ha asociado con un elevado riesgo de infección de herida operatoria y de evisceración. Los factores que podrían contribuir a un elevado riesgo de infección en estos casos,

son las pérdidas sanguíneas significativas y el daño tisular que puede acompañar las cirugías por trauma.

En relación al rol del tipo de laparotomía, cierre y material utilizado en la patogenia de la evisceración, no encontramos diferencia significativa entre los casos. Al no contar con la determinación de estas variables en el total de laparotomías realizadas en el período señalado, no podemos hacer una comparación que nos indique si éstas tienen alguna trascendencia en el desarrollo de la evisceración. Diferentes estudios coinciden en que estos hechos no tienen influencia significativa en la producción de la complicación.^{2,3,6,9,10}

En un intento de reducir la incidencia de evisceración en nuestras cirugías, debemos considerarla como un problema en que hay muchas variables involucradas, donde es necesario reconocer sobre cuales de estos factores el cirujano y el equipo tratante pueden intervenir. Serán modificables o potencialmente modificables, dependiendo de las características de cada situación. Los factores locales como la infección de la herida operatoria y el hematoma de ésta pueden controlarse con una depurada técnica quirúrgica y el uso racional de antibiótico profilaxis. A pesar que el material utilizado no ha demostrado tener un papel fundamental en el desarrollo de la evisceración, sabemos que sí es un factor condicionante y se podría recomendar el uso de material reabsorbible monofilamento. A ello debe asociarse una adecuada técnica de cierre en lo que se refiere a la tensión de la herida. Otros factores que son potencialmente modificables son la tos y los vómitos, que se pueden manejar en el perioperatorio con broncodilatadores y kinesiterapia adecuada y con antieméticos. Así, existen factores fuera del pabellón que el cirujano debe considerar y sobre los cuales puede actuar en forma precoz. Es decir, la evisceración es una complicación de elevada mortalidad y morbilidad tardía, en

cuyo control pareciera ser que la prevención es lo más importante, con una correcta evaluación de riesgo. La conducta preventiva debe comenzar en el preoperatorio, identificándose factores que son potencialmente modificables, aun cuando la evisceración usualmente ocurre luego de cirugías de urgencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reitano J, Moller C: Abdominal wound dehiscence. *Acta Chir Scand* 1972; 138: 67-75.
2. Poolen G: Mechanical factors in abdominal wound closure: The prevention of fascial dehiscence. *Surgery* 1985; 97: 631-40.
3. Riou JP, Cohen J, Johnson H: Factors influencing wound dehiscence. *Am J Surg* 1992; 163: 324-30.
4. Fernández E, Barrientos F, Manterola C: Reintervenciones en cirugía abdominal. *Rev Chil Cir* 1990; 42: 242-5.
5. Barroso M, Manterola C, Molina E y cols: Evisceración: Un problema siempre presente. Evaluación de su Prevalencia en dos años de cirugía biliar. *Rev Chil Cir* 2002; 54: 135-8.
6. Makela J, Kiviniemi H, Juvonen T, Laitinen S: Factors influencing wound dehiscence after midline laparotomy. *Am J Surg* 1995; 170: 387-90.
7. Haddad V, Macon W: Abdominal wound dehiscence and evisceration: contributing factors and improved mortality. *Am Surg* 1980; 46: 508-13.
8. Penninckx F, Poelmans S, Kerremans R, Beckers J: Abdominal wound dehiscence in gastroenterological surgery. *Ann Surg* 1979; 189: 345-52.
9. McFadden M, Peacock E: Preperitoneal abdominal wound repair: Incident of dehiscence. *Am J Surg* 1983; 145: 213-4.
10. Hodgson N, Malthaner R, Ostbye T: The search for an ideal method of abdominal fascial closure. *Ann Surg* 2000; 231: 436-42.
11. Graham D, Stevenson J, McHenry C: The association of intra-abdominal infection and abdominal wound dehiscence. *Am Surg* 1998; 64: 660-5.