



ORIGINAL

Dehiscencia de la pared abdominal y evisceración en cirugía ginecológica

J.L. Lobato*, D. Andia, A. Gorostiaga y M. López-Valverde

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital de Basurto, Bilbao, España

Recibido el 20 de febrero de 2009; aceptado el 13 de marzo de 2009

Disponible en Internet el 10 de julio de 2009

PALABRAS CLAVE

Dehiscencia de cicatriz quirúrgica;
Evisceración;
Laparotomía media

Resumen

Realizamos un estudio retrospectivo de pacientes con evisceración tratadas en los últimos 9 años. Entre las 3.276 pacientes con patología ginecológica que se sometieron a laparotomía, fueron detectadas 13 evisceraciones. La edad media fue de 66 años. El diagnóstico fue de cáncer ginecológico en 9 pacientes. La cirugía tuvo carácter urgente en 2 pacientes. El hallazgo clínico más frecuente fue el manchado del apósito. La duración media de estancia en el hospital fue de 27 días. Una paciente falleció como consecuencia de la evisceración. Los factores de riesgo más frecuentes en nuestra serie fueron la edad superior a 65 años, el cáncer ginecológico, la obesidad exógena y la diabetes. Ya que los factores de riesgo pueden ser previstos, cuando varios se agrupan, deberíamos utilizar refuerzo en el cierre de la pared abdominal.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Surgical wound
dehiscence;
Evisceration;
Midline laparotomy

Abdominal wound dehiscence and evisceration in gynecologic surgery

Abstract

We performed a retrospective study of patients with evisceration treated in the previous 9 years. Among 3276 patients with gynecologic diseases who underwent laparotomy, 13 eviscerations were detected. The mean age was 66 years. Diagnosis was gynecologic cancer in nine patients. Emergency surgery was performed in two patients. The main clinical finding was staining of the dressing. The mean length of hospital stay was 27 days. One patient died as a result of the evisceration. The most frequent risk factors in our series were age greater than 65 years, gynecologic cancer, exogenous obesity, and diabetes. Because these risk factors can be predicted, when several are grouped together, reinforcement should be used when closing the abdominal wall.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lobatomiguezjl@yahoo.es (J.L. Lobato).

Introducción

La laparotomía media es una vía común de acceso a la cavidad abdominal. Cuando este procedimiento es empleado en determinado tipo de pacientes, la incidencia de complicaciones puede ser particularmente alta, especialmente cuando aparece una evisceración.

La evisceración consiste en la protrusión de las vísceras abdominales, generalmente epiplón e intestino delgado, debido a una dehiscencia de todos los planos de la pared abdominal después de una laparotomía. Es una seria complicación que produce una alta morbilidad y mortalidad. Los factores de riesgo para esta complicación están bien definidos: edad avanzada, obesidad, cirugía de urgencia, incremento de la presión intraabdominal, infección, hipoproteinemia, anemia, etc.; este conocimiento ha permitido definir la población con alto riesgo de sufrir una evisceración. Sin embargo, la incidencia de esta complicación se mantiene estable desde hace décadas, a pesar de la utilización de diferentes técnicas de cierre y de nuevos materiales de sutura.

Material y métodos

Estudiamos retrospectivamente a las pacientes diagnosticadas de evisceración poslaparotómica en el Servicio de Ginecología del Hospital de Basurto (Bilbao) entre enero de 2000 y diciembre de 2008. Durante estos 9 años hemos tenido 13 casos de dehiscencia de cicatriz laparotómica con evisceración de las asas de intestino delgado.

Analizamos los diversos aspectos clínicos, factores de riesgo, técnicas de sutura y evolución de estas pacientes.

Resultados

Entre el 1 de enero del 2000 y el 31 de diciembre del 2008 hemos practicado laparotomías por patología ginecológica a 3.276 pacientes, de las cuales 1.404 han sido laparotomías medianas (42,8%). Durante este período, hemos tenido 13 casos de dehiscencia total de cicatriz laparotómica y evisceración, lo que supone una incidencia del 0,4% del total de laparotomías, o del 0,9% si sólo consideramos las laparotomías medianas (todas las evisceraciones sucedieron en este tipo de abordaje).

La edad media de las pacientes que presentaron esta complicación fue de 66 años. Entre los antecedentes médicos, solamente una paciente tenía cirugía abdominal previa, pero 5 pacientes eran diabéticas (38,5%).

Nueve de las 13 pacientes (70%) tenían un índice de masa corporal (IMC) superior a 30 (obesidad)¹ y de éstas, tres enfermas tenían un IMC superior a 40 (obesidad mórbida)¹ (tabla 1).

El diagnóstico preoperatorio que motivó la laparotomía fue el de patología maligna en 9 pacientes (70%), (tabla 2). En dos casos (15%), la cirugía tuvo carácter urgente.

La evisceración tuvo lugar entre el 4.^º y el 10.^º día postoperatorio. El síntoma más frecuente fue el drenaje líquido abundante a través de la cicatriz laparotómica, que estuvo presente en 11 casos (85%), los otros dos casos se manifestaron por apertura brusca de la pared abdominal tras un episodio de tos.

Tabla 1 Prevalencia de la obesidad entre nuestras pacientes evisceradas

	IMC	n	%
Infrapeso	<18,49	—	—
Normal	18,50–24,99	1	7,5
Sobrepeso	25,00–29,99	3	23
Obesidad	30,00–39,99	6	46
Obesidad mórbida	>40	3	23

IMC: índice de masa corporal.

Tabla 2 Diagnóstico preoperatorio de las pacientes que sufrieron evisceración

	n
Patología maligna	
Neoplasia endometrial	5
Neoplasia ovárica	3
Sarcoma uterino	1
Patología benigna	
Quiste de ovario	2
Patología infecciosa	2

En cuanto al material y a la técnica de cierre de la incisión laparotómica, se utilizó ácido poliglucólico como material de sutura en 10 pacientes, en dos se empleó polipropileno y en una paciente polidioxanona. En 10 de las 13 pacientes se suturó con sutura entrecortada. En las 13 pacientes se utilizó sutura de descarga con una o varias placas de Ventrofil®.

Si excluimos a una de las pacientes (falleció), la estancia postoperatoria media fue de 27 días.

En cuanto a la evolución, ésta fue satisfactoria en 9 pacientes (70%); de las cuatro pacientes restantes, una falleció por múltiples complicaciones asociadas, otra presentó una nueva evisceración a los pocos días de la reparación, una paciente sufrió un cuadro de necrosis grasa de la pared abdominal que precisó varias intervenciones por parte del Servicio de Cirugía Plástica y una paciente se complicó con una gran hernia de la pared abdominal.

Discusión

Coincidendo con nuestra revisión, diferentes estudios demuestran que la evisceración por dehiscencia aguda de la cicatriz laparotómica complica aproximadamente un 0,4% de las laparotomías; así, Rodríguez-Hermosa et al², revisando 12.622 laparotomías en adultos, encuentran esta complicación en el 0,45% de los casos y Haddad y Macon³, en una revisión retrospectiva de 18.120 laparotomías, señalan una incidencia del 0,38%.

Los factores de riesgo para esta complicación son bien conocidos²: edad superior a 65 años, pacientes inestables hemodinámicamente, factores que incrementan la presión intraabdominal, carácter urgente de la cirugía, procesos

infecciosos, hipoproteinemia, anemia y obesidad. Precisamente, la obesidad fue un factor asociado al 70% de nuestras pacientes (tabla 1), coincidiendo con la revisión de Haddad y Macon³, que concluyen que la obesidad exógena fue el principal factor asociado a la dehiscencia de pared y evisceración en sus pacientes.

Aunque los esfuerzos para disminuir esta complicación han sido numerosos, tanto en aspectos técnicos como en el empleo de nuevos materiales de sutura, la incidencia se mantiene estable desde hace décadas⁴.

Son numerosos los trabajos publicados que comparan aspectos técnicos y materiales de sutura. Algunas revisiones apoyan la utilización de la sutura continua frente a la entrecortada para el cierre fascial. Derzie et al⁵, en un estudio prospectivo en el que incluyeron 331 pacientes con obesidad mórbida sometidas a laparotomía, concluyeron que el cierre fascial con sutura continua redujo las complicaciones de la pared abdominal. En el mismo sentido, Colombo et al⁶ concluyen que la sutura entrecortada no ofrece ventajas respecto a la continua, prefiriendo esta última por su mejor coste-eficiencia. Nasir y Baker⁷ en un estudio prospectivo concluyen que la técnica de cierre que utiliza sutura continua «doble loop» fue superior a la sutura continua convencional en la prevención de la dehiscencia de pared; por el contrario, Niggebrugge et al⁸, en un estudio similar con mayor número de pacientes, llegan a la conclusión de que la técnica de cierre con sutura continua «doble loop» no debe de ser utilizada, ya que no sólo no disminuye la incidencia de dehiscencia de cicatriz, sino que, además, aumenta el número de complicaciones pulmonares y muerte.

Numerosos han sido los materiales de sutura evaluados en estudios prospectivos para valorar su eficacia en la disminución de la dehiscencia de cicatriz y evisceración. Pans y Desaive⁹ estudiaron la utilización de mallas de *polyglactin* en la prevención de dehiscencias y hernias incisionales postoperatorias en pacientes obesos. Docobo-Durantez et al¹⁰ compararon la sutura de polidioxanona frente al nailon en el cierre de la laparotomía en pacientes de riesgo. De la Portilla et al¹¹ hicieron un estudio aleatorizado sobre la utilización de mallas reabsorbibles de poliglucólico para el cierre primario con el fin de prevenir la evisceración en pacientes sometidos a cirugía colorrectal. Ninguno de estos estudios ha demostrado la eficacia de los nuevos materiales respecto a los clásicos para prevenir la evisceración.

Conclusión

La evisceración de vísceras abdominales por dehiscencia de cicatriz laparotómica es una complicación grave de la cirugía, con una alta tasa de morbilidad y mortalidad.

Los factores predominantes asociados a la dehiscencia de pared en nuestro grupo de pacientes fueron la obesidad exógena, la diabetes, la edad superior a 65 años y la patología oncológica.

Parece que la sutura continua para el cierre fascial ofrece mejores resultados para prevenir esta complicación, aunque la técnica de cierre ideal debería combinar resistencia, para prevenir la ruptura de cicatriz, y elasticidad, adaptándose al incremento de presión intraabdominal.

Bibliografía

1. Clasificación internacional del estado nutricional de acuerdo con el IMC. Comité de expertos de la OMS sobre la obesidad. *Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. WHO technical report series, 894*. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud; 2000.
2. Rodríguez-Hermosa JL, Codina-Cazador A, Ruiz B, Roig J, Girones J, Pujadas M, et al. Factores de riesgo para la dehiscencia aguda de pared abdominal después de laparotomía en adultos. *Cir Esp*. 2005;77:280-6.
3. Haddad V, Macon WL. Abdominal wound dehiscence and evisceration: Contributing factors and improved mortality. *Am Surg*. 1980;46:508-13.
4. Bellon-Caneiro JM. Cierre de pared abdominal en laparotomía. *Cir Esp*. 2005;77:114-23.
5. Derzie AJ, Silvertri F, Liriano E, Benotti P. Wound closure technique and acute wound complications in gastric surgery for morbid obesity: A prospective randomized trial. *JACS*. 2000;191:238-43.
6. Colombo M, Maggioni A, Parma G, Scalambrino S, Milani R. A randomized comparison of continuous versus interrupted mass closure of midline incisions in patients with gynecologic cancer. *Obstet Gynecol*. 1997;89:684-9.
7. Nasir GA, Baker KK. Continuous double loop closure for midline laparotomy wounds. *Saudi Med J*. 2001;22:351-4.
8. Niggebrugge AH, Trimbos JB, Hermans J, Steup WH, Van De Velde CJ. Influence of abdominal-wound closure technique on complications after surgery: A randomised study. *Lancet*. 1999;353:1563-7.
9. Pans A, Desaive C. Use of an absorbable polyglactin mesh for the prevention of incisional hernias. *Acta Chir Belg*. 1995;95: 265-8.
10. Docobo-Durantez F, Sacristán-Pérez C, Flor-Civera B, Lledó-Matoses S, Kreisler E, Biondo S. Estudio clínico aleatorizado entre sutura de polidioxanona y de nailon en el cierre de laparotomía en pacientes de riesgo. *Cir Esp*. 2006;79: 05-9.
11. De la Portilla F, Flikier B, Espinosa E, Utrera A, Rada R, Vega J, et al. Estudio aleatorizado sobre la utilización de mallas reabsorbibles para la prevención de la evisceración en la cirugía colorrectal. *Cir Esp*. 2008;83:12-7.