

Evisceración tras laparotomía en adultos

Postlaparotomy evisceration in adults

Zenén Rodríguez Fernández,^I Pablo Antonio Guasch Arias,^{II} Jesús Cabrera Salazar,^{III} Abel Blanco Milá^{IV}

^I Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar. Máster en Informática en Salud. Investigador Agregado. Hospital «Saturnino Lora». Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Provincial Docente «Dr. Joaquín Castillo Duany». Santiago de Cuba, Cuba.

^{III} Especialista de II Grado en Cirugía General. Hospital Provincial Docente «Dr. Joaquín Castillo Duany». Santiago de Cuba, Cuba.

^{IV} Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Consultante. Hospital Provincial Docente «Dr. Joaquín Castillo Duany». Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. El objetivo del presente estudio fue identificar condiciones de riesgo y aspectos relacionadas con el tratamiento medicoquirúrgico, la estadía hospitalaria y el estado al egreso de pacientes con evisceración posoperatoria.

MÉTODOS. Se realizó un estudio observacional y descriptivo de 30 pacientes adultos que presentaron evisceración después de laparotomías realizadas en el Hospital Provincial Docente «Dr. Joaquín Castillo Duany» (Santiago de Cuba) en el quinquenio 2002-2006.

RESULTADOS. El cierre de la pared abdominal con puntos subtotales internos continuos, de material no absorbible, apoyado con puntos totales, devino la opción de resultados terapéuticos más favorables. La utilización de antibióticos de amplio espectro resultó ser la medida óptima ante la marcada variedad de gérmenes existentes en la serie. La prolongada estadía hospitalaria estuvo asociada al predominio de ingresos en unidades de cuidados intensivos. Se identificaron la reintervención quirúrgica, el aumento de la presión intraabdominal y la apertura de la aponeurosis con electrobisturí, como las condiciones de riesgo preponderantes.

CONCLUSIONES. La evisceración es una complicación posquirúrgica grave por su elevada morbilidad, y en ella coexisten numerosas condiciones de riesgo, lo cual motiva el tratamiento individualizado de cada enfermo. Para su prevención se

imponen estrictas medidas tanto antes y durante, como después de la cirugía, y en ellas el cirujano desempeña un papel protagónico.

Palabras clave: Evisceración, dehiscencia de herida, tratamiento, prevención, condiciones de riesgo.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The aim of present study was to identify the risk conditions and features related to medical and surgical treatment, hospital stage, and discharge status of patients presenting with postoperative evisceration.

METHODS: An observational and descriptive study was conducted in 30 adult patients underwent evisceration postlaparotomy performed in "Dr. Joalquín Castillo Duany" Teaching Provincial Hospital in Santiago de Cuba province during the five-year period 2002-2006.

RESULTS: The closure of abdominal wall using non-absorbable, continuous internal subtotal suture supported by total suture becomes option of more favorable therapeutical results. The use of broad spectrum antibiotics was the optimal measure in face of the marked variety of germs present in the series. The long hospital stage was associated with predominance of admissions in intensive care units (ICUs). It was possible to identify the surgical reintervention, the increase of intra-abdominal pressure and the opening of aponeurosis using electroscalpel as the prevailing risk conditions.

CONCLUSIONS: Evisceration is a severe postsurgical complication due to its high morbidity and the coexistence of many risk conditions, justifying the individual treatment of each patient. For its prevention it is mandatory strict measures before, during and after surgery where surgeon plays the leading role.

Key words: Evisceration, wound dehiscence, treatment, prevention risk conditions.

INTRODUCCIÓN

La evisceración es un accidente precoz, que generalmente se produce después de una laparotomía cuando no existe una cicatrización eficaz, y consiste en la salida de las vísceras abdominales a través de los bordes de la incisión, tras una dehiscencia de los planos de la pared abdominal.¹ En su etiología se invocan factores mecánicos, nutricionales y locales. Esta complicación generalmente se presenta en pacientes con enfermedades asociadas, y su patogenia está determinada por la suma de varias condiciones de riesgo, tales como desnutrición, anemia, hipoproteïnemia, hipoavitaminosis, aumento de la presión intraabdominal, cáncer digestivo, inmunodepresión, edad mayor de 65 años, insuficiencias respiratoria, hepática y renal, infecciones, uso de corticoides, antineoplásicos, radioterapia, cirugía de urgencia, dificultades en la técnica quirúrgica, reintervenciones, etc. Aunque su patogenia se atribuye a un proceso de cicatrización anómalo en alguna de sus fases, asociado con frecuencia a infecciones, entre otros factores, condicionados por las características del enfermo y del proceso morboso, no puede

dejar de considerarse el papel protagónico del cirujano en la prevención y tratamiento de esta grave complicación posoperatoria.

Según se ha publicado,^{2,3} la elección de la incisión depende de la zona de exposición anatómica que se necesite, de la naturaleza de la intervención (programada o urgente) y de la preferencia del cirujano.

Aunque dehiscencia y evisceración pueden producirse con cualesquiera incisiones, se presentan con más frecuencia en las grandes incisiones realizadas en el abdomen superior y ocurren menos comúnmente cuando éstas son transversales y oblicuas más que verticales.⁴⁻⁷

Las deficiencias técnicas o estratégicas al cerrar la pared abdominal y problemas en la evolución del período posoperatorio suelen condicionar la dehiscencia de la pared en los pacientes laparatomizados.^{4,8} Además de la selección adecuada del material y del tipo de sutura según el plano anatómico que se va a cerrar, y de las condiciones locales y generales del enfermo, se impone considerar que para una correcta cicatrización se deben unir tejidos bien vascularizados, con buen contacto entre los bordes, y mantenerlos durante un tiempo suficientemente prolongado, con el fin de conseguir la solidez adecuada.⁵⁻⁷

Las tasas de prevalencia de la evisceración varían entre 0,24 y 3,45 % de todas las laparotomías y la mortalidad fluctúa entre 16 y 36 %.⁸ En Cuba existen pocas referencias sobre el tema; encontramos que en una investigación realizada por los Doctores Hernández y Ayala,⁹ en el Hospital Provincial Docente «Saturnino Lora» de Santiago de Cuba, durante los años 1964-69 fueron diagnosticadas 50 evisceraciones que representaron el 0,9 % de todas las laparotomías realizadas, para una mortalidad del 38 % que tuvo la sepsis como causa de muerte predominante. Atendiendo a esto y considerando que esta complicación puede estar presente cada vez que realizamos una laparotomía, sobre todo en los pacientes que presentan determinadas condiciones de riesgo, y en general, en todos aquellos que por diversas causas presentan una presión intraabdominal significativamente aumentada, los autores del presente estudio han realizado esta investigación con el objetivo de identificar aspectos epidemiológicos y condiciones relacionadas con el tratamiento médico quirúrgico, así como la estadía hospitalaria y el estado al egreso de los pacientes que presentaron esta complicación posoperatoria; elementos que permitirán establecer nuevas estrategias diagnósticas y terapéuticas que garanticen una mejor calidad de la atención medicoquirúrgica y de vida de estos enfermos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional y descriptivo de los pacientes con evisceración tras laparotomía, tratados en el servicio de Cirugía General del Hospital Provincial Docente «Dr. Joaquín Castillo Duany», de Santiago de Cuba, en el quinquenio comprendido entre enero de 2002 y diciembre de 2006.

El universo estuvo representado por un total de 30 pacientes laparatomizados en los que se presentó la evisceración como complicación posoperatoria. A estos pacientes se les aplicó tratamiento medicoquirúrgico, y sus historias clínicas fueron revisadas para extraer los datos incluidos en la planilla de vaciamiento confeccionada para realizar la investigación. Los datos fueron procesados con métodos computarizados y la aplicación de técnicas de estadística descriptiva para confeccionar las tablas de contingencia y mostrar los resultados obtenidos.

RESULTADOS

En la tabla 1 se observa el resultado del cultivo de secreciones en pacientes que habían presentado infección de la herida quirúrgica antes de ocurrida la evisceración, en los cuales se aisló más

comúnmente la *Escherichia coli* (26,7 %), seguida de estafilococos y enterococos (16,7 %, respectivamente). Estos microorganismos se encontraron también asociados a *Acinetobacter*, *Proteus morgani* y *Pseudomonas aeruginosa*, pero en 8 pacientes no se halló germen alguno.

Tabla 1. **Gérmenes aislados**

Gérmenes	n	%
Cultivos negativos	8	26,7
Monomicrobianos		
<i>E. coli</i>	8	26,7
Estafilococos	5	16,7
Enterococos	5	16,7
<i>Acinetobacter</i>	1	3,3
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1	3,3
Polimicrobianos		
Estafilococos y estreptococos	1	3,3
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Acinetobacter</i> y <i>Proteus morgani</i>	1	3,3

Fuente: Historias clínicas.

Luego de reparada la pared abdominal y la evisceración previamente diagnosticada, solo 14 pacientes no sufrieron complicaciones, lo que expresado de otra manera significaría que tras la reparación, el 53,3 % de los pacientes presentó al menos una de éstas, sobre todo neumonías o bronconeumonías, como las aparecidas en 6 de los intervenidos, solas o asociadas con otros diagnósticos; la nueva evisceración en 3 y la fístula enterocutánea en 2 (tabla 2).

Tabla 2. **Complicaciones luego de reparada la evisceración**

Complicaciones	n	%
Ninguna	14	46,7
Bronconeumonía	4	13,3
Evisceración	3	10,0
Íleo paralítico	1	3,3
Eventración	1	3,3
Fístula enterocutánea	1	3,3
Trombosis venosa profunda	1	3,3
Fístula enterocutánea y	1	3,3

neumonía		
Hematoma de herida quirúrgica	1	3,3
Taquicardia sinusal	1	3,3
Neumonía, trombosis venosa y oclusión intestinal	1	3,3
Peritonitis	1	3,3

Fuente: Historias clínicas.

Obsérvese en la tabla 3 que en las posibles condiciones de riesgo implicadas en la evisceración tras laparotomía predominaron las siguientes: el tipo de cirugía urgente, el aumento de la presión intraabdominal posoperatoria, la apertura de la aponeurosis con electrobisturí, la aparición de anemia e hipoproteinemia y antecedentes patológicos personales de intervenciones quirúrgicas abdominales anteriores o de reintervenciones, así como de hernias; la edad mayor de 65 años, la hipertensión arterial, la infección de la herida quirúrgica, las peritonitis, el cáncer digestivo, entre otras.

Tabla 3. Posibles condiciones de riesgo en la evisceración tras laparotomía en adultos

Condiciones	n	%
Cirugía urgente	22	73,3
Aumento de la presión intraabdominal posoperatoria	20	66,7
Apertura aponeurótica con electrobisturí	20	66,7
Hipoproteinemia	15	50,0
Intervenciones quirúrgicas anteriores	11	36,7
Reintervención quirúrgica	11	36,7
Edad de 65 años y más	11	36,7
Hipertensión arterial	10	33,3
Peritonitis y abscesos intraabdominales	9	30,0
Anemia	9	30,0
Antecedentes de hernia abdominal	8	26,7
Inestabilidad hemodinámica	5	16,7
Infección de la herida quirúrgica	5	16,7
Cáncer digestivo	5	16,7
Ostomías y drenajes	4	13,3
Asma bronquial	4	13,3
Diabetes mellitus	4	13,3
Hemorragia digestiva	4	13,3
Obesidad	1	3,3
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1	3,3

Fuente: Historias clínicas.

DISCUSIÓN

Con relación a los gérmenes aislados y la antibioticoterapia empleada, se impone aclarar que la infección de la herida necrosa los tejidos y retrasa la cicatrización, lo cual favorece la producción de dehiscencia y evisceración, pero también retarda la recuperación hística de las capas dañadas. Además, las toxinas microbianas pueden destruir los tejidos, disminuir la actividad fibroblástica y perturbar la angiogénesis local.¹⁰ Estos factores motivaron que se realizara el cultivo de secreciones de la herida, donde predominó el aislamiento de gérmenes gramnegativos.

El tratamiento de la evisceración se basa en la intervención quirúrgica urgente, pero al ser una herida potencialmente infectada, debe iniciarse un ciclo de antibioticoterapia que habrá de extenderse hasta el período posoperatorio.² A todos los pacientes se le administraron antimicrobianos durante 9 días como promedio (rango de 4 a 15), con predominio de metronidazol en 26 (86,7 %), seguido de Rocephin® más metronidazol en 11 (36,7 %), metronidazol más gentamicina o amikacina en 8 (26,7 %), cefazolina en 7, cefotaxima en 3 y finalmente ceftazidim, meropenem, eritromicina y ciprofloxacino.

Acerca de esos hallazgos conviene argumentar que en todos los enfermos se usó una combinación con espectro de acción antibiótica suficiente para eliminar todos los gérmenes patógenos, incluso sin disponer oportunamente de cultivos y pruebas de sensibilidad, por no poderse obtener esa información mediante los exámenes bacteriológicos que se realizan en nuestro medio. Los pacientes infectados necesitan ser tratados con antibióticos tan pronto como sea posible, puesto que sus vidas peligran si ello no se hace a tiempo.^{10, 11}

Respecto al tratamiento quirúrgico de la evisceración convenimos en que la técnica ideal para el cierre de la pared abdominal debe combinar la resistencia (para prevenir la dehiscencia) con la elasticidad (para poder adaptarse a un incremento de la presión intraabdominal).^{3,7} Según el grado de dehiscencia, dilatación de las asas del intestino y edema de los mesos, pueden realizarse cierre simple, sutura de retención o refuerzo (interna o externa), reparación con prótesis o la combinación de algunas de ellas.^{1,3}

Todos los pacientes fueron intervenidos con urgencia por haberse producido la dehiscencia aguda de la herida quirúrgica de la pared abdominal. El tratamiento reparador consistió en el cierre de esta última con puntos totales en 17 casos (56,6 %), cierre simple asociado con puntos de refuerzo para la aponeurosis en 5 (16,7 %) y cierre por planos independientes en 2 pacientes (6,7 %); mientras que en los seis restantes se reparó por planos de forma combinada e incluso en algunos no se hizo afrontamiento por sutura directa de un plano, sino por mediación de los mismos puntos totales, con la piel y tejido subcutáneo.

La técnica de cierre predominante consistió en la colocación de puntos subtotales internos, utilizando material no absorbible (poliéster y polipropileno); en los restantes casos se afrontaron la aponeurosis y el peritoneo de forma independiente con material no absorbible y absorbible, respectivamente. Se dejaron abiertas 8 heridas hasta el tejido celular subcutáneo, presuponiendo la posible infección posoperatoria dado el alto grado de contaminación en el sitio quirúrgico. Además, hubo una asociación de puntos subtotales internos y totales en 16 pacientes, con material no absorbible en todos ellos. Para suturar la piel se utilizaron puntos de nailon, y solo en un cierre se usó malla de polipropileno o Prolene®, con evolución favorable.

De lo expuesto anteriormente se infiere que la reparación ideal de la evisceración como principio generalizado constituye un error, por cuanto su ejecución debe ser individualizada, en dependencia de los factores de riesgo presentes o no en cada paciente, aunque sin obviar los principios aplicables en todos los casos; esto es: unir tejidos bien vascularizados, mantener buen contacto entre los bordes hasta completar su solidez, evitar las hemorragias y la subsiguiente formación de hematomas, extender el tiempo quirúrgico solo lo necesario (previando dejar cuerpos extraños y desvitalizar la menor cantidad posible de tejidos), cerrar la herida cuando el paciente se haya relajado, seleccionar correctamente el material de suturas (preferiblemente no absorbible, teniendo en cuenta la aponeurosis), que estas no sean lacerantes, excesivas ni estén cerca de los bordes; anudarlas adecuadamente, colocar ostomías y drenajes fuera de las incisiones, así como eludir el cierre de piel y tejido subcutáneo en heridas que tienden a infectarse.^{8,11,12}

Conviene acentuar la imperiosidad de no dejar abierta la pared abdominal en los pacientes eviscerados, por las graves complicaciones que de ello derivan, pero es preciso ser muy sensatos ante situaciones en las cuales el riesgo de un acto quirúrgico con reparación extensa de la pared sea mucho mayor que el beneficio para la salud, por el precario estado general de los afectados. En tal cuyo caso la solución puede estar dada por el uso de anestesia local y puntos interrumpidos que ocupen todos los planos (totales) o la sencilla maniobra encaminada a lograr la contención con recursos mecánicos.

En esta serie fue sumamente eficaz la utilización de puntos subtotales internos continuos con materiales no absorbibles, pero el hecho de que en uno de los 3 pacientes con segundas evisceraciones falló esta técnica en el cierre, impidió considerarla totalmente efectiva, si bien a causa de posibles condiciones de riesgo que actuaron de forma desfavorable sobre el resultado previsto.

Hoy día, las laparotomías suelen ser cerradas en bloque con suturas absorbibles continuas, toma amplia de aponeurosis (aproximadamente de 2 cm) y cortas distancias entre los puntos.^{5,7} Las suturas no absorbibles y de retención se realizarán en pacientes con numerosos factores de riesgo y posibilidad de reoperación inmediata.^{1,13}

En un metaanálisis publicado en el 2002 por *Van't Riet* y otros¹⁴ se indica que el método óptimo para el cerrar laparotomías consiste en suturar mediante puntos continuos con material de absorción lenta; sin embargo, en otro metaanálisis sobre el cierre de la pared abdominal, efectuado por *Weiland* y colaboradores¹² en 1998, se defiende la ejecución de sutura continua con material irreabsorbible, excepto en casos de infección o distensión abdominal, en los cuales sería mejor utilizar puntos interrumpidos de material absorbible. En un tercer estudio, *Hodgson* y otros¹² afirmaban en el 2000 que la sutura ideal era la continua y con material no absorbible.

Después de reparada la pared abdominal de la evisceración previamente diagnosticada, solo 14 pacientes no sufrieron complicaciones, lo que expresado de otra manera significaría que tras la reparación, el 53,3 % de los pacientes presentó al menos una de éstas, sobre todo neumonías o bronconeumonías, como las aparecidas en 5 de los intervenidos, solas o asociadas con otros diagnósticos, y la nueva evisceración en 3 paciente. Dos de estos últimos rebasaban los 65 años y el tercero tenía 35, con antecedentes patológicos personales (asma bronquial, hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca congestiva), hábito de fumar en 2 e ingestión de bebidas alcohólicas en el restante, además de que los 3 presentaban anemia y aumento de la presión intraabdominal (2 por íleo paralítico y 1 por aumento de la actividad motriz), con diagnóstico laparotómico inicial de apendicitis

aguda gangrenosa, hematoma hepático producido por arma blanca y hemorragia digestiva alta, que fueron operados con urgencia a través de incisiones medias, a lo cual se sumaba que en uno se aislaron estafilococos y en otro *Acinetobacter*. Después del acto quirúrgico inicial, 2 pacientes se complicaron con íleo paralítico persistente y el último con una bronconeumonía bacteriana. El cierre previo a la reevisceración fue realizado en uno de ellos con puntos independientes en los diferentes planos de la pared abdominal, mientras que en los dos restantes se procedió a la reparación con puntos subtotales internos y totales, conductas terapéuticas que garantizaron buenos resultados operatorios en todos.

Coincidiendo con lo publicado en la literatura médica, entre otras complicaciones aparecidas figuraron la infección de la herida quirúrgica, íleo paralítico persistente, eventración y fístulas enterocutáneas (tratadas de forma conservadora). Este número de complicaciones encontradas es elevado pues supera el 30 %, pero se ha informado infección de la pared en el 14-21 %, absceso intraabdominal en el 4 %, dehiscencia repetitiva en un 2-5 %, fístulas enterocutáneas en el 6 %, así como síndrome compartimental abdominal y hernia ventral tardía en un 14-31 %.^{1,3,13-16}

La estadía hospitalaria media fue de 24,8 días (rango 7-64), de la cual el 96,7 % se consideró prolongada, pues superó los 10 días establecidos como promedio para el hospital en cuestión. Hubo 21 pacientes (70,0 %) que requirieron ser ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos, con una estadía media de 27 días \pm 9,5 (rango 18-64), dado que por lo general la mayoría de estos pacientes necesitaron medidas de atención especiales por su estado de gravedad. Esta prolongada estadía contribuyó a un mayor gasto de recursos.

La mortalidad resultó ser baja, ya que de los 30 pacientes estudiados, solo falleció una enferma de 62 años (3,3 %), asmática, fumadora inveterada por más de 40 años, anémica, operada de un tumor de ovario gigante abscedado, que fue sometido a una citorreducción y resección de íleon distal de urgencia a través de una incisión media, con tiempo quirúrgico prolongado, de 2 horas y media, complicada con íleo paralítico y bronconeumonía bacteriana, que después de la reparación de la evisceración evolucionó con una fístula enterocutánea y finalmente falleció como consecuencia de una insuficiencia multiorgánica.

La mortalidad promedio en las revisiones es del 25 %, pero puede oscilar entre el 16 y el 36 %, fundamentalmente a causa de trastornos cardiorrespiratorios y sepsis (peritonitis).¹⁻³ La tasa de mortalidad se incrementa en los pacientes de edad avanzada, con insuficiencia multiorgánica y múltiples relaparotomías. Cuando estas últimas se realizan precozmente para corregir la dilaceración aguda y la propia evisceración, pueden ser altamente letales en estos pacientes con alto riesgo, hecho atribuible a la asociación a otras enfermedades y al estado de salud deteriorado en el momento de la reparación quirúrgica.

Con relación a las condiciones de riesgo, las más comúnmente citadas como desencadenantes de la evisceración son, entre otras, la anemia, aumento de la presión intraabdominal (ascitis, estornudos, hipo, íleo adinámico, retención aguda de orina, tos, vómitos, hiperactividad motriz), ausencia de bordes de cicatrización, cáncer digestivo, cirugía urgente, deficiencias vitamínicas o de cinc, desnutrición, diabetes mellitus, edad por encima de 65 años, experiencia del cirujano, fallo de la técnica, insuficiencia multiorgánica, fiebre, fístulas, hemorragia digestiva, hipertensión arterial, hipoproteinemia, ictericia, inestabilidad hemodinámica, infección de la herida e intraabdominal, neumonía, obesidad, oclusión intestinal, orificio artificial dentro de la incisión (drenajes, ostomías), enfermedad pulmonar crónica, peritonitis, reintervención quirúrgica, sepsis, sexo masculino, tiempo

quirúrgico mayor de 2,5 h, tipo del material de sutura, uremia, uso de corticoides, antineoplásicos o radioterapia y ventilación mecánica.³⁻⁷

Como han publicado por otros autores,¹²⁻¹⁴ la evisceración tras laparotomía se produce en todos los pacientes cuando se suman 8 a 10 condiciones de riesgo.

Luego de revisar 20 parámetros que pudieran estar implicados en la evisceración, nos percatamos de que por lo general eran pacientes en los cuales predominaban el tipo de cirugía urgente, el aumento de la presión intraabdominal posoperatoria, la apertura de la aponeurosis con electrobisturí, la presencia de infección del sitio quirúrgico, el diagnóstico peroperatorio inicial de cáncer o hemorragia digestiva, la aparición de anemia e hipoproteïnemia y antecedentes patológicos personales de hernias, sobre todo inguinales, así como de intervenciones quirúrgicas abdominales anteriores.

Haciendo un análisis pormenorizado e individualizado de las condiciones de riesgo y otros elementos de importancia en los pacientes estudiados, se pudo comprobar que el 63,3 % de los pacientes presentaba entre 5 y 7 de los parámetros evaluados y que en el 30 % existían entre 8 y 10 implicados. Resulta imprescindible señalar que en 28 enfermos (93,3 %) concomitaban 5 o más de los aspectos relacionados, lo cual permite concluir que en la mayoría de los casos hubo algún indicio para pensar en la posibilidad de ocurrencia o no de evisceración o dehiscencia de la pared abdominal en algún momento del período posoperatorio.

Es posible afirmar que la evisceración debe ser considerada como una grave complicación quirúrgica por su elevada morbilidad y mortalidad y para su prevención se puede actuar de varias formas, en las cuales el cirujano es el mayor responsable y donde su audacia y dedicación infinitas constituyen su arma más poderosa.

Antes de la intervención se necesario predecir y actuar sobre las múltiples condiciones de riesgo; se deben corregir los diversos déficits (anemia, hipoproteïnemia, deficiencias vitamínicas o de cinc) o incidir sobre las enfermedades de base (ascitis, bronquitis, diabetes mellitus, hipertensión arterial u otras). Durante la cirugía, se debe tratar de realizar incisiones más pequeñas y transversas, usar técnicas laparoscópicas, prevenir la infección y cerrar la pared con buena relajación del paciente, realizar hemostasia cuidadosa, sin apresurarse por terminar y desempeñándose con esmero. Después de la intervención, es importante realizar un seguimiento clínico estricto de la evolución posoperatoria y actuar anticipadamente sobre las posibles complicaciones.

Por último, se puede concluir que en esta lamentable complicación posoperatoria de causa multifactorial se involucran no sólo las condiciones de riesgo propias del enfermo, sino también factores técnicos relacionados particularmente con la actuación del cirujano. Por tales motivos, es muy difícil declarar un tratamiento específico, aunque independiente de que se deben seguir líneas generales de conducta, el tratamiento debe ser individualizado en cada paciente y para la prevención de estas complicaciones se imponen la predicción de las condiciones de riesgo particulares y el actuar en ese sentido con estrictas medidas tanto antes y durante, como después de la intervención quirúrgica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carlson MA. Acute wound failure. *Surg Clin North Am.* 1997;3:607-36.
2. Eke N, Jebbin NJ. Abdominal wound dehiscence: A review. *Int Surg* 2006; 91(5):276-87.
3. Merkur Lekarski, P. Abdominal wall closure techniques—the results of the Polish surgeons' survey. *Polish* 2005;19(113):646-50.
4. Miranda de Melo, R. Mass closure of the abdominal wall. [Artículo en línea]. 2005;27(4). <http://72.32.42.212/documentos/revista/vol27/numero4/cg0541.pdf> [consulta: 15 Dic 2006].
5. Sahlin S, Ahlberg J, Granstrom L, Ljungstrom KG. Monofilament versus multifilament absorbable sutures for abdominal closure. *Br J Surg.* 2003;80:322-4.
6. Israelsson LA, Jonsson T. Closure of midline laparotomy incisions with polydioxanone and nylon: the importance of suture technique. *Br J Surg.* 2004;81:1606-8.
7. Latif J, Leiro F, Rodriguez MJ, Brizuela G, Fernandez G, Dilascio F, Cardus M. Eventración aguda abierta *Prensa Méd Argent* 2005; 92(4):228-35.
8. Álvarez J. Evisceración. En: Álvarez J, Porrero JL, Dávila D, editores. *Cirugía de la pared abdominal.* Madrid: Arán Ediciones; 2003. p. 55-60.
9. Hernández A, Ayala A. Evisceración. *Rev Cubana Cir* 1972;11:5-6, 573-87.
10. García A, Pardo G. *Cirugía. Selección de temas.* La Habana: ECIMED; 2003. Pp.61-205.
11. Mayberry J, Burgess E, Goldman RK, Pearson TE, Brand D, Mullins R. Enterocutaneous fistula and ventral hernia after absorbable mesh prosthesis closure for trauma: the plain truth. *J Trauma* 2004;57:157-63.
12. Weiland DE, Bay RC, Del Sordi S. Choosing the best abdominal closure by meta-analysis. *Am J Surg.* 1998;176:666-70.
13. Hodgson NC, Malthaner RA, Ostbye T. The search for an ideal method of abdominal fascial closure: a meta-analysis. *Ann Surg.* 2000;231:436-42. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=PubMed&Cmd=Search&Term=%20stbye%20T%22%5BAuthor%5D&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVAbstractPlus [Consulta: 13 oct 2004].
14. Van't Riet M, Steyerberg EW, Nellensteyn J, Bonjer HJ, Jeekel J. Meta-analysis of techniques for closure of midline abdominal incisions. [Artículo en línea] *Br J Surg.* 2003;89:1350-6. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=PubMed&Cmd=Search&Term=%22Steyerberg%20EW%22%5BAuthor%5D&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVAbstractPlus [Consulta: 13 oct 2004].
15. Losanoff JE, Richman BW, Jones JW. Entero-colocutaneous fistula: A late consequence of polypropylene mesh abdominal wall repair: Case report and review of the literature. *Hernia* 2004; : 144-7.

16. López Socarrás Y. Evisceración la realidad en nuestro Hospital [Artículo en línea] 2006
<http://www.forumestudiantil.sld.cu/salonesvirtuales/cirugia/evisceracion.doc/vie>
Consulta: 16 oct 2007].

Recibido: 24 de diciembre de 2008.
Aprobado: 16 de marzo de 2009.

Zenén Rodríguez Fernández. Carretera del Morro No. 297. Reparto Veguita de Galo.
Santiago de Cuba. CP 90200.
Correo electrónico: zenen@medired.scu.sld.cu