

Hospital Provincial Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany"

Evisceración tras laparotomía en adultos: consideraciones sobre su diagnóstico

Dr. Pablo Antonio Guasch Arias,¹ MsC. Zenén Rodríguez Fernández,² Dr. Jesús Cabrera Salazar¹ y Dr. Abel Blanco Milá³

Se entiende por laparotomía (del griego *laparo*, abdomen y *tomé*, corte) la incisión o abertura quirúrgica de la pared abdominal en cualquier punto como primer tiempo de muchas operaciones de los órganos abdominales y evisceración (del griego *e* por *ex*: fuera, fuera de, alejamiento y del latín *viscera*: víscera o entraña), por lo cual se define como la extracción de las vísceras o entrañas, especialmente las torácicas o abdominales.¹

La evisceración se cataloga como un accidente precoz después de una laparotomía, provocada fundamentalmente por alteración de alguna fase del proceso de cicatrización, con salida de las vísceras abdominales a través de los bordes de la incisión, tras una dehiscencia de todos los planos de la pared abdominal. La evisceración total ocurre básicamente por la desunión de la aponeurosis.²⁻⁴ También se ha descrito una evisceración parcial o subcutánea cuando no se abre la piel.

Cualquier herida (quirúrgica o accidental) puede experimentar este tipo de complicación, que es de carácter grave cuando ocurre en heridas abdominales o torácicas, pues no solo complica o tiende a hacerlo, las incisiones realizadas, sino que, además, la pérdida de la continuidad anatómica de la pared con salida al exterior de estructuras adyacentes provoca alteraciones fisiopatológicas que requieren una atención de urgencia en el período posoperatorio de estos intervenidos.

Los pacientes que presentan evisceración, generalmente tienen una o varias enfermedades asociadas, y si a esos padecimientos se añaden otras condiciones de riesgo, se incrementa la probabilidad de ocurrencia de dicha complicación, cuya patogenia está comúnmente determinada por la suma de varias de estas.⁴⁻⁶

La cirugía de alto riesgo (intervenciones urgentes por peritonitis y oclusión intestinal, operación de grandes obesos o carcinomas diseminados y grandes laparotomías xifopúbicas) suele ser muy frecuente en estos pacientes.⁵⁻⁷

A pesar de los evidentes adelantos en las técnicas quirúrgicas para el cierre de laparotomías y en la calidad de las suturas, las tasas de prevalencia de la evisceración desde 1937 hasta nuestros días no han variado ostensiblemente, con fluctuaciones entre 0,24 y 3,45 % de todas las laparotomías.^{4-6,9-17} Por otra parte, la mortalidad promedio en los afectados por evisceración se eleva a 25 %, pero puede oscilar entre 16 y 36 %, según los informes consultados.¹⁻⁵

No hemos encontrado información al respecto en nuestro país al revisar publicaciones impresas y electrónicas sobre temas de cirugía, de manera que por la importancia de esta temible complicación posoperatoria, según referimos anteriormente, decidimos realizar la presente investigación con los objetivos de caracterizar a pacientes adultos con evisceración tras laparotomía según variables epidemiológicas y clínicas de interés, así como describir algunos factores anestésicos y quirúrgicos relacionados con esta complicación.

Métodos

Se realizó un estudio observacional y descriptivo de los pacientes con evisceración tras laparotomía, operados en el Servicio de Cirugía General del Hospital Provincial Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" de Santiago de Cuba en el quinquenio 2002 - 2006.

Durante el período señalado se efectuaron 3 500 laparotomías en dicho hospital, según aparece en los legajos de informes operatorios. El universo estuvo representado por 30 pacientes laparotomizados, en quienes se presentó la evisceración como complicación posoperatoria, cuyos expedientes clínicos fueron revisados para extraer los datos incluidos en la planilla de vaciamiento confeccionada a los efectos y procesados mediante el sistema estadístico SPSS, versión 11,5, y la aplicación de técnicas de estadística descriptiva.

Resultados

De los 30 pacientes con evisceración tras una laparotomía, 18 eran hombres (60,0 %) y 12 mujeres (para una razón aproximada de 2:1), con una edad media de 56 ± 18 años (rango etáreo de 23-86). La distribución de los pacientes con evisceración según los diferentes grupos de edades y sexo se muestra en la **tabla 1**, donde se advierte que 46,6 % tenía 61 y más años (50 % de féminas), seguidos en orden de frecuencia por los de 31-40 (27,8 % de hombres) y 51-60 años (16,7 % cada uno); este último formado por 33,3 % del sexo femenino.

Tabla 1. *Eviscerados tras laparotomía según grupos de edades y sexo*

Grupos de edades (en años)	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%		
<= 30	0	0,0	3	16,6	3	10,0
31- 40	0	0,0	5	27,8	5	16,7
41-50	2	16,7	1	5,6	3	10,0
51- 60	4	33,3	1	5,6	5	16,7
61 y más	6	50,0	8	44,4	14	46,6
Total	12	40,0	18	60,0	30	100,0

Fuente: Historias clínicas

En nuestra serie predominaron la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y el asma bronquial entre las enfermedades crónicas asociadas, así como la ingestión de medicamentos y café y el tabaquismo entre los principales hábitos tóxicos (**tabla 2**).

Tabla 2. *Enfermedades asociadas y hábitos tóxicos*

Enfermedades asociadas y hábitos tóxicos	No.	%
Ingestión habitual de medicamentos	23	76,7
Consumo de café	22	73,3
Hábito de fumar	14	46,7
Hipertensión arterial	12	40,0
Otras enfermedades	7	23,3
Ingestión de alcohol	6	20,0
Asma bronquial	4	13,3
Diabetes mellitus	4	13,3
Consumo prolongado de esteroides	3	10,0
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1	3,3

Fuente: Historias clínicas

El diagnóstico preoperatorio inicial preponderante fue el de apendicitis aguda perforada o gangrenosa, establecido en 23,3 % del total, seguido del leiomioma uterino, las neoplasias de colon (derecho e izquierdo) y la colecistitis aguda en ese orden (6,7 %, respectivamente), según se aprecia en la **tabla 3**.

Tabla 3. *Diagnóstico preoperatorio de laparotomía inicial*

Diagnósticos	No.	%
Apendicitis aguda gangrenosa o perforada	7	23,3
Leiomioma uterino	2	6,7
Cáncer de colón izquierdo	2	6,7
Cáncer de colon derecho	2	6,7
Colecistitis aguda	2	6,7
Hematoma hepático	1	3,3
Herida gástrica y hepática	1	3,3
Herida hepática	1	3,3
Herida renal y hepática	1	3,3
Perforación del recto	1	3,3
Cáncer de la vesícula biliar	1	3,3
Trombosis mesentérica	1	3,3
Cáncer de recto	1	3,3
Cáncer de ovario abscedado	1	3,3
Plastrón apendicular	1	3,3
Úlcera péptica perforada	1	3,3
Enfermedad inflamatoria aguda pélvica	1	3,3
Hemorragia digestiva alta	1	3,3
Divertículo de colon perforado	1	3,3
Herida gástrica	1	3,3

Fuente: Historias clínicas

En consonancia con los hallazgos preoperatorios (**tabla 4**), el tratamiento quirúrgico de toda la casuística consistió en laparotomía seguida de diversas técnicas: apendicectomía en 23,3 %, las requeridas por tratarse de traumatismos abdominales, tanto abiertos como cerrados, en 16,7 % (lavado peritoneal y drenaje, gastrorrafia más hepatorrafia, hepatectomía atípica más frenorrafia, hepatorrafia más nefrectomía polar inferior y gastrorrafia), así como colecistectomía y colostomía de Hartman (10,0 y 6,7 %, respectivamente).

Tabla 4. *Técnicas quirúrgicas según hallazgos peroperatorios durante laparotomía inicial*

Técnicas quirúrgicas	No.	%
Apendicectomía	7	23,3
Colecistectomía convencional	3	10,0
Histerectomía total	3	10,0
Hemicolectomía derecha	2	6,7
Colostomía de Hartman	2	6,7
Lavado peritoneal y drenaje	2	6,7
Gastrorrafia y hepatorrafia	1	3,3
Hepatectomía segmentaria y frenorrafia	1	3,3
Hepatorrafia y nefrectomía polar inferior	1	3,3
Cierre de colostomía	1	3,3
Resección de Miles	1	3,3
Citorreducción de cáncer ovárico, resección ileal con anastomosis terminoterminal	1	3,3
Sutura y epiploplastia	1	3,3
Sutura de úlcera duodenal	1	3,3
Hemicolectomía izquierda	1	3,3
Gastrorrafia	1	3,3
Enterorrafia	1	3,3

Fuente: Historias clínicas

En 20 de los integrantes de la casuística se produjeron complicaciones posoperatorias (66,7 %), con primacía de íleo paralítico en 17 (56,7 %) e infección de la herida quirúrgica en 5 (16,6 %), según se refleja en la **tabla 5**.

Tabla 5. *Complicaciones tras laparotomía inicial*

Complicaciones	No.	%
Íleo paralítico persistente	17	56,7
Ninguna	10	33,3
Absceso de herida quirúrgica	5	16,6
Hemoperitoneo	2	6,7
Bronconeumonía	2	6,7
Laringitis traumática	1	3,3
Insuficiencia respiratoria aguda	1	3,3
Oclusión intestinal	1	3,3
Hematoma pélvico	1	3,3
Dehiscencia de la sutura intestinal	1	3,3
Dehiscencia del muñón apendicular	1	3,3
Absceso subfrénico	1	3,3

Fuente: Historias clínicas

Discusión

Variables demográficas y antecedentes

En la patogenia de la evisceración concomitan varias causas, entre ellas la edad (demasiado joven o demasiado viejo).^{2, 3}

Según nuestra experiencia, la edad constituye un elemento predisponente a la posible evisceración en un paciente laparotomizado, teniendo en cuenta que a medida que esta se incrementa, van interrelacionándose estrechamente múltiples factores con su aparición, tales como: enfermedades crónicas no transmisibles, debilitamiento del sistema inmunológico para enfrentar las agresiones del medio, así como aumento del deterioro biológico en las diferentes funciones celulares del organismo, cuyo buen estado es directamente proporcional al metabolismo de numerosos elementos químicos esenciales para la cicatrización (hidroxiprolina, colágena y fibrina, entre otros). Estos resultados concuerdan con las condiciones de riesgo más comúnmente publicadas en artículos sobre evisceración, donde la edad por encima de 65 años y el sexo masculino son generalmente citados por otros cirujanos foráneos.^{3 - 7}

Según la literatura revisada, en 70 % de los enfermos existe alguna afección grave asociada, como enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes mellitus, cáncer, procesos infecciosos o alteraciones del estado nutricional (obesidad, delgadez y estados carenciales, entre otros). La medicación con esteroides suele ser un antecedente terapéutico habitual en los pacientes con evisceraciones abdominales,^{5, 8} pero no lo fue en nuestro estudio (10 %).

En 80 % de los integrantes de la serie se asociaban enfermedades crónicas, entre las cuales sobresalieron: hipertensión arterial (40,0 %), asma bronquial y diabetes mellitus (13,3 %, respectivamente); esta última retrasa la actividad fagocítica, favorece el desarrollo bacteriano, disminuye la síntesis de colágeno y anula la cicatrización.^{9, 10} Por otra parte, 7 de estos pacientes padecían otras afecciones, dadas por: artrosis generalizada, glaucoma, epilepsia, obesidad, trastornos neuropsiquiátricos (un caso, respectivamente) e insuficiencia cardíaca congestiva en 2 de ellos.

Entre los hábitos tóxicos identificados se constató que 76,7 % ingería ordinariamente algún tipo de medicamento, sobre todo salbutamol, captopril e hidroclorotiazida, solos o combinados con algunos otros como terapia de mantenimiento para controlar enfermedades padecidas por ellos, de forma que 40 % consumían 2 productos a la vez; sin embargo, no pensamos que esa actitud haya tenido una estrecha relación con la ocurrencia de evisceración en la serie, puesto que los fármacos eran muy variados y no existen pruebas concretas al respecto en investigaciones previas.

El tabaquismo fue señalado como hábito mantenido por 46,7 % de los pacientes; condición que al actuar directamente sobre la microcirculación, afecta la permeabilidad del flujo sanguíneo por espasmo de la musculatura lisa, rigidez de la pared vascular y alteración en la perfusión hística de oxígeno, aunque ya se encuentra dañada por la deficiente hematosis, lo cual incide de modo negativo sobre el correcto proceso de cicatrización. Asimismo, 22 del total (73,3 %) consumían café a diario; pero no estimamos alarmante esa preferencia por la costumbre histórica de su ingestión en nuestra sociedad y haber sido encontrada en más de 50 % de todos los pacientes laparatomizados en este hospital, de manera que no constituyó un hecho aislado en los que sufrieron evisceración. Finalmente, 20,0 % gustaban del alcohol y solo 10 % tenían antecedentes de consumir esteroides con carácter prolongado.

Diagnóstico preoperatorio

Cabe reconocer que siendo las apendicitis agudas la principal causa de cirugía de urgencia en este centro hospitalario, pudiera justificarse el predominio de dicha afección en nuestra serie; no obstante, se impone considerar la presencia de condiciones concomitantes, que a nuestro juicio favorecieron la aparición de estas evisceraciones, tales como: edades entre 30 y 76 años, enfermedades crónicas asociadas (diabetes mellitus e hipertensión arterial), hábito de fumar, aumento de la presión intraabdominal (por íleo paralítico e incremento de la actividad motriz), cifra de hemoglobina media de 110 g/L, antecedentes de hernias, así como de operaciones, todas urgentes, con incisiones medias y paramedias derechas, tiempos quirúrgicos entre 45-80 minutos e reintervenciones quirúrgicas por peritonitis residual, dehiscencia del muñón apendicular y absceso de la herida operatoria. Ahora bien, a pesar de las condiciones de riesgo existentes, en ningún caso se aplicaron inicialmente puntos totales ni para reforzar la aponeurosis.

Los 2 pacientes con colecistitis aguda que experimentaron una evisceración, tenían edades entre 51-86 años y presentaban enfermedades asociadas (asma bronquial, diabetes mellitus e insuficiencia cardíaca congestiva), aumento de la presión intraabdominal por tos e íleo paralítico, anemia e intervenciones quirúrgicas anteriores (histerectomía y apendicectomía), a lo cual se sumaba que habían sido operados de urgencia con incisiones media y de Kocher, en tiempos quirúrgicos de 50-85 minutos, en las que se utilizó electrobisturí para poder abrir rápidamente la pared abdominal. En ambos casos, la herida fue cerrada por planos independientes, sin puntos totales ni de refuerzo en la aponeurosis.

También llamó la atención el hallazgo de 5 lesiones abdominales (16,7 %), de origen traumático, penetrantes o no (hematoma hepático, herida hepática más herida gástrica, herida hepática sola, herida renal más herida hepática y herida gástrica sola), así como traumatismo hepático en 4 ocasiones (13,3 %), siempre asociado a graves trastornos hemodinámicos consecutivos al choque hipovolémico concomitante, además de anemia aguda, hipoproteinemia y otros cuadros morbosos (hipertensión arterial, epilepsia, diabetes mellitus y asma bronquial).

Las citadas afecciones fueron confirmadas en 4 hombres de 31 a 40 años, de los cuales 3 fumaban y consumían habitualmente medicamentos, 4 ingerían bebidas alcohólicas y presentaban aumento de la presión intraabdominal a causa de tos persistente, íleo paralítico e incremento de la actividad motriz, si bien conviene señalar que en 2 se produjo un absceso posoperatorio de la herida quirúrgica y en igual número: reevisceración luego de reparación, hemoperitoneo y absceso subfrénico. A todos se les dieron puntos subtotales internos interrumpidos y en 3 de ellos totales; pero a esa información se añade que ninguno tenía antecedentes de intervenciones quirúrgicas o hernias abdominales.

Tratamiento quirúrgico y reintervenciones

El tiempo quirúrgico medio fue de $86,3 \pm 36$ minutos (rango de 30 a 155), en dependencia del tipo de intervención realizada según diagnóstico preoperatorio inicial. De ello se derivó que en la mayoría de los pacientes no hubiera un intervalo quirúrgico de riesgo para la evisceración, pues excepto en 5, no excedió de 2,5 horas en los restantes.⁴⁻⁸ De manera similar se presentó el tiempo anestésico, con una media de $100,3 \pm 38$ minutos (rango de 50-170).

En todos los operados se utilizó anestesia general endotraqueal; elemento que podría haber favorecido la ocurrencia de evisceración en estos, por cuanto 67,0 % del total tuvo una recuperación

anestésica activa tórpida por la intubación prolongada en el período de conciencia, que se asoció a reflejo emético y con contractura intensa de la prensa abdominal; mientras que la extubación se vio seguida de vómitos, hipo y tos.

El tiempo anestésico (TA) presentó una relación recíprocamente inversa con el de latencia medio (TL), dado que en 9 pacientes fue de 60-89 minutos el primero y de 7 días el segundo; en otros 8, de 90-119 minutos con 6 días de latencia, respectivamente; y en 11, de 120 minutos o más y 4 días, según orden de mención. Los 4 intervenidos que sufrieron complicaciones respiratorias posquirúrgicas, se distribuyeron como sigue: una paciente de 54 años de edad, operada de leiomioma uterino (histerectomía) presentó una laringitis luego de ser extubada (postraumática) y un TA de 120 minutos; un paciente de 62 años de edad, a quien se le realizó una colecistectomía, tuvo un TA de 165 minutos, asociado a bronconeumonía; otro de 76 años, con apendicitis aguda perforada, un TA de 120 minutos y complicado con una insuficiencia respiratoria aguda; y un último de 76 años de edad, operado a causa de úlcera duodenal hemorrágica, un TA de 130 minutos y bronconeumonía. Las alteraciones respiratorias (elemento clave en el sinergismo multifactorial de la evisceración) se relacionaron directamente con un TA de 120 minutos o más.

Otros autores ^{2, 3, 9} opinan que la cirugía de alto riesgo (intervenciones urgentes por peritonitis y oclusión intestinal, entre otras) suele ser un acto quirúrgico patognomónico en estos pacientes.

En particular, 22 pacientes (73,3 %) fueron operados con urgencia y el resto de forma electiva (26,7 %). Lo primero es un reto para los cirujanos, pues la inmediatez que se requiere en la intervención quirúrgica, no brinda la posibilidad de mejorar o corregir aquellas condiciones que pudieran aumentar el riesgo operatorio en los afectados y favorecer la ocurrencia de posibles complicaciones, entre las que sobresale la dehiscencia de la pared abdominal.

El tipo de incisión abdominal predominante fue la laparotomía media (73,3 %), seguida de la paramedia derecha (13,3 %); mientras que en 20 pacientes se incidió la aponeurosis con electrobisturí, para 66,7 % del total.

Según lo publicado, ^{3, 9} la elección de la incisión depende del área de exposición anatómica que se necesite, de la naturaleza de la intervención (electiva o urgente) y de la preferencia del cirujano. Generalmente se utiliza la incisión oblicua o transversa en intervenciones «menores» unilaterales, la media en las «mayores» para tener un amplio acceso a toda la cavidad abdominal y la paramedia en la ejecución de ostomías. Aunque la dehiscencia y evisceración pueden producirse con cualesquiera incisiones, ocurren menos comúnmente cuando son transversales y oblicuas que verticales; sin embargo, en el abdomen superior tiende a abrirse más la herida que en el inferior, así como también cuando se trata de grandes incisiones en relación con las de pequeño tamaño. ^{10 - 13}

Las deficiencias técnicas o estratégicas al cerrar la pared abdominal (partimiento del hilo de sutura, desatadura de los nudos, tomas muy cercanas, excesivo intervalo entre puntos, sutura lacerante, mala relajación del paciente, cierre apresurado, ostomías y drenajes en la incisión) y problemas posoperatorios (infección de la herida, meteorismo, esfuerzos por la tos, vómitos, hipo persistente, ascitis, actividad motriz sostenida, levantamiento precoz u otros) suelen condicionar la dehiscencia de la pared en pacientes laparatomizados. ^{2, 10}

En la serie, los hilos de suturas más usados fueron el cromado 00 para el cierre del peritoneo y tejido celular subcutáneo (TCS), además de los de poliéster 00 para aponeurosis, subtotales internos, totales e incluso para la piel, aunque la mayoría de las veces se utilizaron de nailon para esta última.

El peritoneo no se cerró de forma independiente en 20,0 % de las laparotomías, al igual que en la aponeurosis; mientras que el TCS se unió mediante puntos separados (interrumpidos) en 18 pacientes (60,0 %), la piel mediante sutura continua en 27 (90,0 %) y solamente en 6 mediante puntos subtotales internos (5 con poliéster y 1 con cromado).

Además del tipo de sutura realizada, se impone tener presente que para una correcta cicatrización se deben unir tejidos bien vascularizados con un buen contacto entre los bordes y mantenerlos durante un tiempo suficientemente prolongado, con el fin de conseguir una solidez adecuada y que la retirada de la sutura cutánea no debe ser precoz y ha de esperarse hasta después del séptimo u octavo días. ¹¹⁻¹³

Fue preciso reintervenir quirúrgicamente a 11 pacientes (36,7 %); de ellos, a 7 en una ocasión, a 1 en dos y a 3 en tres, fundamentalmente a causa de peritonitis residual (en 3) y hemoperitoneo más abscesos profundos (en 2); todo lo cual justificó la ejecución de limpieza peritoneal y drenaje en 5,

así como hemostasia, retiro de empaquetamiento y drenaje en 3. Es obvio que en estos pacientes hubo mayores probabilidades de evisceración que en los que no fueron reintervenidos.

Complicaciones y manifestaciones clínicas

Los pacientes que presentaron infección de la herida quirúrgica en nuestra serie se distribuyeron como sigue: 4 tuvieron que ser operados como consecuencia de apendicitis aguda gangrenosa o perforada, lo cual incluyó cierre de piel y tejido subcutáneo en la primera intervención, mientras que el quinto fue llevado al quirófano por habersele perforado un divertículo del colon y también se procedió a cerrarle inicialmente todos los planos. Se considera un grave error el haber procedido al cierre inmediato de los planos superficiales en estos últimos pacientes, condición que favoreció la infección y con seguridad la evisceración.¹⁴

Otras complicaciones consistieron en: hemoperitoneo, bronconeumonía, laringitis traumática, insuficiencia respiratoria aguda, absceso subfrénico, oclusión intestinal, hematoma pélvico y dehiscencia, tanto de la sutura intestinal como del muñón apendicular, que en menor número se presentaron solas o asociadas.

El tiempo promedio de latencia (desde la intervención hasta la dehiscencia aguda de la pared) se asemejó al informado por otros autores,^{15 - 17} puesto que fluctuó entre 6 ± 3 días (rango de 2-15), a lo cual debe añadirse que 63,3 y 93,0 % de las evisceraciones ocurrieron en los primeros 6 y 10 días de realizado el acto quirúrgico, respectivamente. Por tales razones, ante la sospecha de una evisceración se impone no retirar punto alguno de la piel, pues al hacerlo, las asas intestinales saldrían espontáneamente y obligarían a ejecutar una operación de extrema urgencia para reparar la pared.

De las evisceraciones ocurridas en los primeros 6 días, cabe especificar que 85,0 % demandaron intervenciones urgentes en personas con antecedentes de operaciones quirúrgicas y hernias abdominales (60,0 %), así como aumento de la presión intraabdominal luego de operados (50,0 %), además de que a 66,0 % hubo que reintervenirlos luego de laparotomía inicial.

Las manifestaciones clínicas suelen aparecer marcadamente entre el sexto y séptimo días posoperatorios,^{2, 3} sin síntomas llamativos: el paciente operado está mojado, con el apósito manchado por la filtración de un líquido rosado (serosanguinolento como «agua de lavar carne») entre los hilos o las grapas de la sutura cutánea; posteriormente se abulta la herida y hay parte de su intestino delgado en el apósito; en ocasiones, el paciente se queja de dolor agudo y refiere «que algo se le ha roto por dentro», pero en otras situaciones prevalece el íleo paralítico persistente e incluso a veces el estado de choque.^{3, 14} En la población investigada predominaron el dolor abdominal (93,3 %), el manchado del apósito por secreciones de aspecto serohemático o purulento (86,7 %) y la salida de asas fuera del vientre (36,7 %); sin embargo, la fiebre solo apareció en 10 de ellos.

Algunas alteraciones como anemia, hipoproteinemia o uremia, encontradas por lo general en estos pacientes, pueden producir edemas regionales, infecciones con problemas cicatrizales y dehiscencias de las heridas.^{15 - 17} Los resultados analíticos revelaron leucocitosis, con desviación a la izquierda o no, en 96,7 %, caracterizado por la preponderancia de polimorfonucleares en 29 de los operados, para una media de $12,0 \pm 0,99$ (rango de 10 -14); hipoproteinemia en 50,0 y anemia en 30,0 % del total, respectivamente.

Referencias bibliográficas

1. Diccionario terminológico de ciencias médicas. 14 ed. Barcelona: Salvat, 2002.
2. Carlson MA. Acute wound failure. Surg Clin North Am 1997;3: 607-36.
3. Álvarez J. Evisceración. En: Álvarez J, Porrero JL, Dávila D. Cirugía de la pared abdominal. Madrid: Arán Ediciones, 2003: 55-60.
4. Eke N; Jebbin NJ. Abdominal wound dehiscence [artículo en línea]. A review 2006; 91(5):276-87 <http://portal.revistas.bvs.br/transf.php?xsl=xsl/titles.xsl&xml=http://catserver.bireme.br/cgi-bin/wxis1660.exe/?lslsScript=../cgi-bin/catrevistas/catrevistas.xis|database_name=TITLES|list_type=title|cat_name=ALL|from=1|count=50&lang=pt&comefrom=home&home=false&task=show_magazines&request_made_adv_search=false&lang=pt&show_adv_search=false&help_file=/help_pt.htm&connector=ET&search_exp=Int%20Surg> [consulta: 7 noviembre 2007].

5. Webster C, Neumayer L, Smout R, Horn S, Daley J, Henderson W, et al. Prognostic models of abdominal wound dehiscence after laparotomy [artículo en línea]. J Surg Res 2003; 109:130-7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=PubMed&Cmd=Search&Term=%22National%20Veterans%20Affairs%20Surgical%20Quality%20Improvement%20Program%22%5BCorporate%20Author%5D&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVAbstractPlus> [consulta: 17 mayo 2004].
6. Salvador A, Villalba F, Galindo P, Enguix MJ, Iglesias R, Mir J, et al. La evisceración como complicación de la cirugía abdominal. Cir Esp 2003; 74 Supl 1:86.
7. Bellón-Caneiro JM. Abdominal wall closure in laparotomy [artículo en línea] Cir Esp 2005; 77(3):114-23 <<http://babelmesh.nlm.nih.gov/search/abstract.php?id=16420901&fterm=Closure+of+abdominal+wall+dehiscence>> [consulta: 9 junio 2006].
8. Barbul A. Wound healing. En: Schwartz's principles of surgery. 8 ed, 2005 [artículo en línea]. <[http://80.pm;ome=statref=cp./:obraru/tifts/ediDpci.emt/as\[xDpdd=205&FxlD=18&sessionID=5353EOZYOOBHJVKV&Scroll=>](http://80.pm;ome=statref=cp./:obraru/tifts/ediDpci.emt/as[xDpdd=205&FxlD=18&sessionID=5353EOZYOOBHJVKV&Scroll=>)> [consulta: 9 junio 2006].
9. Fagniez PL, Hay JM, Lacaine F, Thomsen C. Abdominal midline incision closure. A multicentric randomized prospective trial of 3135 patients, comparing continuous vs interrupted polyglycolic acid sutures [artículo en línea]. Arch Surg. 1985; 120:1351-3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=PubMed&Cmd=Search&Term=%22Lac%20C3%A0in%20F%22%5BAuthor%5D&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVAbstractPlus> [consulta: 4 abril 2005].
10. Merkur Lekarski, P. Abdominal wall closure techniques--the results of the Polish surgeons' survey. Polish 2005; 19(113):646-50.
11. 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 diciembre 2006].
12. Sahlin S, Ahlberg J, Granstrom L, Ljungstrom KG. Monofilament versus multifilament absorbable sutures for abdominal closure. Br J Surg 2003; 80:322-4.
13. Israelsson LA, Johnson T. Closure of midline laparotomy incisions with polydioxanone and nylon: the importance of suture technique. Br J Surg 2004; 81:1606-8.
14. Latif J, Leiro F, Rodriguez MJ, Brizuela G, Fernandez G, Dilascio F, Cardus M. Eventración aguda abierta [artículo en línea]. Prensa Méd. Argent 2005;92(4):228-35. <http://portal.revistas.bvs.br/transf.php?xsl=xsl/titles.xsl&xml=http://catserver.bireme.br/cgi-bin/wxis/1660.exe/?IscScript=../cgibin/catrevistas/catrevistas.xis|database_name=TITLES|list_type=title|cat_name=ALL|from=1|count=50&lang=pt&comefrom=home&home=false&task=show_magazines&request_made_adv_search=false&lang=pt&show_adv_search=false&help_file=/help_pt.htm&connector=ET&search_exp=Prensa%20méd.%20argent> [consulta: 16 octubre 2006].
15. Carlson MA, Ludwig KA, Condon RE. Ventral hernia and other complications of 1 000 midline incisions. South Med J 1995; 88:450-3.
16. Gislason H, Gronbech JE, Soreide O. Burst abdomen and incisional hernia after major gastrointestinal operations: comparison of three closure techniques. Eur J Surg 1995; 161:349-54.
17. Cigdem MK, Onen A, Otçu S, Duran H. Postoperative abdominal evisceration in children: possible risk factors. Pediatr Surg Int 2006; 22(8):677-80.

MsC. Zenén Rodríguez Fernández. Carretera del Morro No. 297. Reparto Veguita de Galo. Santiago de Cuba, CP 90200

Dirección electrónica: zenen@medired.scu.sld.cu

¹ Especialista de I Grado en Cirugía General

Hospital Provincial Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany"

² Especialista de II Grado en Cirugía General. Máster en Informática en Salud. Profesor Auxiliar

Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora"

³ Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Consultante

Hospital Provincial Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany"

Evisceración tras laparotomía en adultos: consideraciones sobre su diagnóstico

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Guasch Arias PA, Rodríguez Fernández Z, Cabrera Salazar J, Blanco Milá A. Evisceración tras laparotomía en adultos: consideraciones sobre su diagnóstico [artículo en línea]. MEDISAN 2008;12(2). <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_2_08/san06208.htm>[consulta: fecha de acceso].