



DOI: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i4.2512>

Ciencias de la Salud  
Artículo de revisión

*Manejo y tratamiento de las dilaceraciones en cirugía abdominal*

*Management and treatment of dilacerations in abdominal surgery*

*Manejo e tratamento das dilacerações em cirurgia abdominal*

Jahaira Yadira Ordoñez-Castillo<sup>I</sup>  
[jahouch91@gmail.com](mailto:jahouch91@gmail.com)  
<https://orcid.org/0000-0002-0249-6367>

Herman Eduardo Pontón-Burgos<sup>II</sup>  
[dreduardoponton@hotmail.com](mailto:dreduardoponton@hotmail.com)  
<https://orcid.org/0000-0002-8983-601X>

César Alberto Espinoza-Bravo<sup>III</sup>  
[caespinoza@udlanet.ec](mailto:caespinoza@udlanet.ec)  
<https://orcid.org/0000-0003-0723-9324>

Jorge Luis Castillo-Avenidaño<sup>IV</sup>  
[ballack1306@hotmail.com](mailto:ballack1306@hotmail.com)  
<https://orcid.org/0000-0002-3307-2604>

Correspondencia: [jahouch91@gmail.com](mailto:jahouch91@gmail.com)

\***Recibido:** 27 de octubre de 2021 \***Aceptado:** 30 de noviembre de 2021 \* **Publicado:** 13 de diciembre de 2021

- I. Médico, Investigador Independiente.
- II. Médico, Investigador Independiente.
- III. Médico Cirujano, Investigador Independiente.
- IV. Médico Cirujano, Investigador Independiente.

## Resumen

Las dilaceraciones han sido un problema postquirúrgico muy poco ilustrado, por lo que no se tienen estudios estadísticos o investigaciones sobre los factores de riesgo concernientes con esta complicación. Las técnicas quirúrgicas para el cierre de la fascia abdominal, sigue siendo un procedimiento que presenta complicaciones tempranas de la herida, de las cuales se debe prestar la debida atención ya que se puede producir la abertura de la herida acompañada de evisceración (dilaceración aguda). La dilaceración aguda distinguida también como evisceración es como la separación postoperatoria de las capas musculo aponeurótico del abdomen.

**Palabras claves:** dilaceraciones; postquirúrgico; técnicas quirúrgicas; fascia abdominal; evisceración; musculo aponeurótico del abdomen.

## Abstract

Dilacerations have been a poorly illustrated post-surgical problem, so there are no statistical studies or research on the risk factors related to this complication. Surgical techniques for the closure of the abdominal fascia continue to be a procedure that presents early complications of the wound, of which due attention must be paid since the opening of the wound accompanied by evisceration (acute dilaceration) can occur. The acute dilaceration also distinguished as evisceration is like the postoperative separation of the muscle aponeurotic layers of the abdomen.

**Keywords:** dilacerations; post surgical; surgical techniques; abdominal fascia; evisceration; aponeurotic muscle of the abdomen.

## Resumo

As dilacerações têm sido um problema pós-cirúrgico pouco ilustrado, por isso não existem estudos estatísticos ou pesquisas sobre os fatores de risco relacionados a essa complicação. As técnicas cirúrgicas para o fechamento da fásia abdominal continuam sendo um procedimento que apresenta complicações precoces da ferida, às quais deve-se ter a devida atenção, pois pode ocorrer a abertura da ferida acompanhada de evisceração (dilaceração aguda). A dilaceração aguda também distinguida como evisceração é como a separação pós-operatória das camadas musculares aponeuróticas do abdome.

**Palavras-chave:** dilacerações; pós-cirúrgico; técnicas cirúrgicas; fásia abdominal; evisceração; músculo aponeurótico do abdome.

## Introducción

Las tasas de incidencia de dilaceración abdominal publicadas actualmente son muy pocas. La dilaceración aguda distinguida también como evisceración es como la separación postoperatoria de las capas musculo aponeurótico del abdomen, inducida por alteraciones del proceso de cicatrización. En su causa se demandan factores involuntarios, nutricionales y particulares, entre las que forman las afectadas con el procedimiento quirúrgico, que originan variedad de razones en la agrupación científica. Esta investigación se ejecuta con el fin de ahondar en los aspectos conocidos y juicios de tratamiento de esta realidad debido a los pocos informes localizados. La dilaceración es una grave complicación posquirúrgica, por su elevada morbimortalidad, se envuelven variadas condiciones de riesgo en cada paciente y su prevención requiere el acatamiento de precisas ordenes antes, durante y después de la intervención, en las cuales el médico cirujano juega el papel protagónico.

## Desarrollo

### Conceptos concernientes a la dilaceración y/o evisceración.

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 sobre los órganos abdominales. Evisceración (del griego e por ex: fuera, fuera de, alejamiento y del latín viscera: víscera o entraña) se define como la extracción de las vísceras o entrañas, especialmente las torácicas o abdominales.

La evisceración ha recibido diversas denominaciones, a saber: dilaceración o dislaceración aguda (desgarro, división violenta, discisión, separación), dehiscencia (abertura natural o espontánea de una parte u órgano) de la herida, desgarro (solución de continuidad, de bordes ordinariamente desiguales y franjeados, producida por un estiramiento o avulsión) de pared, exenteración (acción de sacar los intestinos o evisceración especialmente intestinal). Sin embargo, en la práctica clínica, su significado puede variar respecto a la magnitud de la dehiscencia y la localización de la herida. En la mayoría de los casos, el término se emplea en relación con heridas abdominales, aunque en ocasiones puede involucrar otras localizaciones como las torácicas.

## Manejo y tratamiento de las dilaceraciones en cirugía abdominal

---

La evisceración, por tanto, es la salida al exterior de las vísceras abdominales, como resultado de una dehiscencia total de la herida. Se señalan cuatro tipos de dehiscencias de heridas que pueden ser diferenciadas clínicamente:

1. Dehiscencia superficial: esta es una complicación tardía y de poca importancia, que comprende solamente la separación de los bordes de la herida.
2. Dehiscencia de los planos profundos: es una separación de las capas profundas con integridad de los planos superficiales. Constituye la causa inicial de muchas hernias incisionales y únicamente puede diagnosticarse al cabo de semanas o meses, después de producida.
3. Dehiscencia completa y gradual: es la que se observa en el 75 % de las dehiscencias. Comienza en el posoperatorio inmediato y en algunos casos, antes de que el paciente abandone la sala de operaciones. El diagnóstico positivo se establece al cabo de siete días, aunque pueden existir síntomas de alarma, como son: malestar general, distensión, dolor en la herida y secreción serosa sanguinolenta. En ocasiones una porción intestinal puede introducirse en el defecto y entonces, aparecen síntomas y signos de oclusión intestinal. Contradictoriamente, este íleo que según algunos es la causa de la dehiscencia, resulta en realidad una consecuencia de esta.
4. Dehiscencia completa y brusca: es relativamente rara, ocurre generalmente después del quinto día, sin síntomas o signos clínicos previos.

De esta clasificación, el tercer grupo constituye uno de los más importantes, debido a que con el conocimiento y observación del cirujano puede adoptarse una conducta quirúrgica antes de la dehiscencia de la piel. Esto evita la desagradable experiencia para el paciente de observar sus intestinos fuera de la cavidad abdominal y por supuesto, disminuye el riesgo de infección, choque y mortalidad.

Es fundamental no confundir los conceptos de eventración y evisceración, la primera es una distensión progresiva de una cicatriz en las semanas, meses o años que transcurren después de una laparotomía, donde la piel y el tejido celular subcutáneo permanecen intactos; la segunda se cataloga como un accidente precoz después de una laparotomía, provocada principalmente por ausencia de una cicatrización eficaz, 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 por la desunión de la aponeurosis.

## Manejo y tratamiento de las dilaceraciones en cirugía abdominal

---

También se ha descrito una evisceración parcial o subcutánea, que puede solucionarse con la aplicación de medidas compresivas, tales como el taponamiento con apósitos de gasa o compresas humedecidas o vaselinadas, así como una faja; seguida de tratamiento quirúrgico electivo cuando la evolución clínica del enfermo lo permita y se normalice el tránsito digestivo.

Los autores Abraham Arap y García Sierra puntualizan que la evisceración se produce en el período posoperatorio inmediato. En ella no existe cubierta de peritoneo, por cuanto las asas intestinales no están contenidas en un saco peritoneal y se encuentran solamente cubiertas por el tejido celular subcutáneo y la piel, que se corresponden con la herida quirúrgica. Lo llama también "dehiscencia incompleta". Cuando la piel también se hace dehiscente, se observan 3 grados de evisceración, a saber:

Grado 1. Las asas contenidas permanecen en el fondo del defecto de la pared.

Grado 2. El borde antimesentérico de las asas se localiza a nivel de la piel.

Grado 3. Si el asa sobrepasa la piel y ya se encuentra en el exterior.

Además, se impone diferenciar conceptualmente la evisceración de la hernia posincisional que es la protrusión anormal del peritoneo a través de la cicatriz patológica de una herida quirúrgica o traumática, que interesa los planos músculo-fascio-aponeuróticos y que puede contener o no una visera abdominal y/o tejido.

Los pacientes que han presentado evisceración posoperatoria, tienen una condición de riesgo para presentar posteriormente una hernia posincisional.

### **Etiología y factores de riesgo.**

Aunque existen opiniones de que la causa de la evisceración es puramente mecánica, la realidad es que intervienen todos aquellos factores que conllevan un defecto en la correcta cicatrización de las heridas<sup>11</sup> con participación de factores mecánicos, con predominio de unos u otros según el caso en particular. Pueden considerarse tres grupos etiológicos principales:

Mecánicos: vómitos violentos, náuseas, tos pertinaz y distensión abdominal. Todos actúan por aumento de la presión intrabdominal.

Nutricionales: cualquier herida representa un área de metabolismo activo con gran demanda nutricional y energética para poder llevar a cabo el proceso de cicatrización; por tanto, todos aquellos factores que interfieren este proceso pueden considerarse como causas coadyuvantes en la dehiscencia. Entre estos factores nutricionales, algunos son determinantes y se citan: déficit de

## Manejo y tratamiento de las dilaceraciones en cirugía abdominal

---

proteínas, de carbohidratos y de vitaminas como las del complejo B, C, A, K, entre otras, anemia y trastornos circulatorios. En este grupo se incluyen el hipotiroidismo, las enfermedades neoplásicas, la administración de corticosteroides, anticoagulantes, citostáticos y radioterapia, entre otros.

Locales: son múltiples, solo se citan la hemostasia defectuosa, presencia de tejidos desvitalizados o necróticos, infección de las heridas, cuerpos extraños, mal afrontamiento de los planos anatómicos, suturas a tensión, retirada temprana de los puntos, material de sutura utilizado, deficiente inmovilización de las heridas, tipo y localización de la incisión. Con respecto a las suturas utilizadas y su aplicación, existen trabajos que dan importancia a este hecho y señalan que la evisceración puede producirse con cualquier material de sutura, aunque se observa con menor frecuencia cuando son usadas las de tipo irreabsorbibles monofilamento; según las modificaciones técnicas recomendadas en pacientes con alto riesgo de evisceración.

Cualquier herida (quirúrgica o accidental) puede experimentar este tipo de complicación, que básicamente se produce por alteración del proceso de cicatrización en alguno de sus puntos esenciales. Los pacientes que presentan evisceración, generalmente tienen una o varias enfermedades asociadas, si a estas se añaden otras condiciones de riesgo, se incrementa la probabilidad de ocurrencia de esta complicación, cuya patogenia está determinada generalmente por la suma de varias.

Las condiciones de riesgo más comúnmente descritas en la evisceración son las siguientes: desnutrición, anemia, hipoproteinemia, deficiencias vitamínicas o de zinc, aumento de la presión intraabdominal (ascitis, estornudos, hipo, íleo adinámico, retención aguda de orina, tos, vómitos, hiperactividad motriz y otras), edad mayor de 65 años, diabetes mellitus, hipotiroidismo, hipertensión arterial, obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ventilación mecánica, inmunodepresión, cáncer digestivo, ictericia, uremia, fallo multiorgánico, infección (de la herida, respiratoria, intraabdominal), oclusión intestinal, peritonitis, fístulas, fiebre, hemorragia digestiva, uso de corticoides, antineoplásicos, radioterapia, ausencia de cicatrización en los bordes de la herida, orificio artificial dentro de la incisión (drenajes, ostomías), reintervención quirúrgica, tiempo quirúrgico mayor de 2,5 horas, tipo de material de sutura, fallo de la técnica quirúrgica y cirugía urgente entre otras.

La cirugía de alto riesgo (intervenciones urgentes por peritonitis y oclusión intestinal, operación de grandes obesos o carcinomas diseminados y grandes laparotomías xifopúbicas), extubación

## Manejo y tratamiento de las dilaceraciones en cirugía abdominal

---

tormentosa, el nivel del cirujano, entre otros aspectos, suelen asociarse en estos pacientes. A pesar de los adelantos en las técnicas quirúrgicas para el cierre de laparotomías, en la calidad de las suturas y la utilización de mallas profilácticas, los índices de evisceración no han variado significativamente en su incidencia.

### **Los factores de riesgo son de etiologías múltiples.**

En cuanto a los factores del paciente se citan los siguientes:

- Edad (más común en extremos de vida)
- Sexo masculino
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (radicales libres por pobre oxigenación en microambiente de la herida)
- Ascitis (aumento de la presión intrabdominal y tensión de tejidos de pared)
- Anemia (aporte de oxígeno a la herida)
- Cirugía de urgencia (generalmente heridas contaminadas o sucias)
- Infección de la herida (importante conocer clasificación de infección de heridas quirúrgicas)
- Tipo de cirugía (ginecológica, cirugía general, oncológica)
- Tos y vómito postquirúrgicos.

### **Factores independientes y asociados**

- Cáncer Hipoalbuminemia y desnutrición.
- Sepsis
- Terapia inmunosupresora crónica (glucocorticoides)
- Obesidad (índice de masa corporal mayor 30)
- Microangiopatía crónica.

### **Factores técnico quirúrgicos que impactan sobre la herida quirúrgica abdominal:**

- Heridas mayores de 18 cm.
- Heridas longitudinales
- Mala técnica quirúrgica.
- Cierre por médico en formación no supervisado.
- Nudos deficientes.
- Insuficiente distancia de la establecida en protocolo (1x1cm)
- Mala elección de material de sutura.

### **Incidencia y mortalidad.**

El porcentaje de evisceraciones varía mucho de una serie a otra, de ahí que sea difícil determinar su incidencia real. Esto se debe a que la mayoría de los estudios son retrospectivos e incluyen todo tipo de accesos e incluso pacientes con laparotomías previas.

Efectivamente, las tasas de incidencia reportadas alcanzan cifras del 12-15 % de todas las laparotomías programadas y hasta el 44 % para las efectuadas de urgencia. Por otra parte, la evisceración postoperatoria en adultos es una complicación muy grave con tasas de morbilidad y mortalidad elevadas hasta alrededor del 44 %, pero en casuísticas de niños solo llega a 0,2 %.

Los pacientes tienden a fallecer por problemas cardiorrespiratorios y sepsis (peritonitis), con incremento de la tasa de mortalidad en los de edad avanzada, con insuficiencia multiorgánica y múltiples relaparotomías.

La técnica de la reparación de la evisceración fue el cierre por planos anatómicos con puntos subtotales de seda de refuerzo y la sutura en un solo plano con puntos totales de seda, en la mitad de los enfermos. La estadía promedio fue prolongada a pesar de que no existían en aquella época unidades de cuidados intensivos.

El origen de la evisceración es multifactorial. Se han descrito hasta treinta factores de riesgo asociados a su aparición y en ese sentido se han publicado varias escalas a fin de intentar predecir su ocurrencia.

### **Cierre convencional de la pared abdominal.**

Por lo general, una vez terminado el procedimiento quirúrgico, se realiza el cierre habitual de la pared abdominal con sutura monofilamento número 1. Se inicia por uno de los extremos de la herida con sutura continua, cada punto a 1 cm de distancia del otro y a 1 cm del borde de la aponeurosis. En el extremo opuesto de la herida se iniciará el mismo procedimiento y al encontrarse las dos líneas de sutura en el punto medio, se anudan ambos hilos con 4 nudos. El resto de la herida se cierra de forma convencional sin dejar drenajes.

### **Cierre de la pared abdominal mediante la técnica "reinforced tension line".**

Hollinsky y Sandberg publicaron en 2007 una técnica que llamaron "reinforced tension line" ("línea de tensión reforzada" o RTL, por sus siglas en inglés), en la cual realizan un reforzamiento de la pared abdominal con una sutura longitudinal lateral a la incisión, la que fue aplicada en 101 pacientes para reparación de hernia incisional. Se reportaron buenos resultados, con solo un 5 % de complicaciones y sin recidiva, según su seguimiento; este estudio no tuvo grupo control.



## Manejo y tratamiento de las dilaceraciones en cirugía abdominal

---

El método descrito por Hollinsky et al consiste en realizar dos líneas de sutura, cada una a lo largo del borde aponeurótico de la herida quirúrgica. Se inicia con una hebra de hilo de sutura (PDS número 1) en uno de los extremos de la incisión aponeurótica donde la sutura corre en sentido longitudinal y de forma paralela al borde aponeurótico. La aguja debe entrar y salir a intervalos de 1 cm de distancia, y mantenerse siempre a más de 0,5 cm del borde de la aponeurosis. Al llegar al ángulo opuesto de la herida se utiliza otra hebra de sutura y se repite el proceso sobre el borde aponeurótico contrario. Los extremos de las dos hebras de sutura se anudan en los ángulos aponeuróticos. De esta manera, la herida queda con dos líneas de sutura que refuerzan sus bordes aponeuróticos. Posteriormente se procede al cierre convencional, de manera que siempre la sutura incluya y ancle a las dos hebras longitudinales de reforzamiento. El resto de la herida se cierra de forma habitual sin dejar drenajes. Hasta el momento, solo la utilización de mallas de manera profiláctica ha demostrado eficacia y seguridad para la prevención de la evisceración posquirúrgica en pacientes con o sin factores de riesgo asociados. A pesar de ello, aún falta evidencia para determinar a quiénes y en qué espacio se debe colocar la bioprótesis y cuáles deben ser sus características de acuerdo con el grado de contaminación de la cavidad abdominal, siendo esto limitante en su utilización rutinaria, así como el aumento en el coste económico que ello implica.

Por último, recalcar que el cirujano es el mayor responsable de todas las acciones que se pueden ejecutar a fin de evitar la aparición de esta temible complicación posquirúrgica y en las cuales la audacia y dedicación infinitas, constituyen su arma más poderosa. Previo a la intervención actuar sobre las múltiples condiciones de riesgo, corregir diversos déficits (anemia, hipoproteinemia, deficiencias vitamínicas o de cinc), compensar enfermedades de base (ascitis, bronquitis, diabetes mellitus, hipertensión arterial u otras). Durante la cirugía tratar de realizar incisiones más pequeñas y transversas, aplicar técnicas laparoscópicas, prevenir la infección, realizar hemostasia cuidadosa y cierre de la pared con buena relajación del paciente, desempeñándose con esmero y sin apresurarse por terminar. Después de la intervención se debe realizar un seguimiento estricto de la evolución posoperatoria y actuar anticipadamente sobre posibles complicaciones.

Se concluye que la evisceración es una grave complicación posquirúrgica por su elevada morbilidad y mortalidad; y en ella se involucran múltiples condiciones de riesgo en cada paciente, lo que motiva que aunque existen lineamientos generales de tratamiento entre los que figuran la utilización de mallas y modificaciones de la técnica quirúrgica, éste debe ser individualizado y su prevención exige

## Manejo y tratamiento de las dilaceraciones en cirugía abdominal

---

el cumplimiento de estrictas medidas antes, durante y después de la intervención, en las cuales el cirujano juega el papel protagónico.

### **Las dilaceraciones se producen por tres mecanismos:**

- Ruptura de la sutura
- Fallo del nudo
- Desgarro del tejido a través del sitio de inserción de la sutura.

Esta última es la causa más frecuente de falla en el cierre de la pared abdominal, además de la técnica quirúrgica.

### **Las dilaceraciones por Ruptura de la sutura**

Las metas de la sutura son la obliteración de espacios abiertos o muertos, así como la distribución adecuada de las fuerzas a lo largo de la línea de tensión de la herida, mantener la fuerza tensil de la herida hasta que el tejido sea capaz de realizarlo por sí solo, así como reaproximar y evertir la porción epitelial de la superficie de la herida.

La sutura siempre debe considerarse como un cuerpo extraño implantado en el tejido que provoca una respuesta, que no siempre es favorable o bien tolerada, en cuyo caso deja complicaciones como defectos en la cicatrización, cicatrices hipertróficas y hasta favorece la dehiscencia de la herida.

Los factores de riesgo identificados en algunas series reportadas fueron: infección intraabdominal, infección de la herida, cirugías de emergencia, malignidad, fístulas digestivas, edad mayor de 65 años, desnutrición, anemia, hipoalbuminemia, inmunosupresión, corticoides, técnica, etc.

En el estudio que se llevó a cabo, a pesar que se trata de un estudio retrospectivo y no se contaba con un formato de posibles factores de riesgo que podrían desencadenar una probable dilaceración, se obtuvieron datos de historias clínicas o notas de evolución, datos de desnutrición, anemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer, tabaquismo, alcoholismo o uso de drogas.

### **Tratamiento**

La técnica utilizada para el cierre de la pared abdominal toma en cuenta aspectos como la falta de adherencia entre las asas intestinales y la pared abdominal, edema intersticial de asas intestinales. Cuando se realiza el diagnóstico, entre la solicitud de la sala quirúrgica y la movilización de pacientes deberán aplicarse apósitos húmedos de preferencia de material no contactante (idealmente hidrogel), para evitar que en el traslado haya salida y desgarro de material abdominal. En quirófano se procederá a abrir completamente la herida, con debridación de bordes quirúrgicos. Se realiza una limpieza y

## Manejo y tratamiento de las dilaceraciones en cirugía abdominal

---

adecuada asepsia preferentemente con hipoclorito de sodio al 1% de la herida y reintroducir el contenido abdominal procediendo al cierre de la herida con puntos totales (que incluyan aponeurosis anterior, músculos, aponeurosis posterior y peritoneo) con una sutura corrida de absorción lenta y con perfil tensional adecuado como:

Monocryl 1

Prolene 1

Pds 1

Estudios han demostrado que la retracción de la fascia comienza aproximadamente 3 días después de la cirugía. Por lo que se ha sugerido que el cierre fascial temprano idealmente debería lograrse en los primeros 10 días.

Los puntos de retención (poliéster #2 o #5), deberán reservarse para las re-dehiscencias. Su utilización en el primer cierre no ha demostrado mayor utilidad y si mayor dolor y laceración dérmica con infección.

Es recomendable en pacientes que presentan heridas abiertas entre 2 a 3 semanas posterior a la primera intervención quirúrgica y que no presenten adherencias entre asas intestinales y la pared abdominal, sin evidencia de fístula intestinal ser candidatos a cierre de la fascia utilizando materiales de sutura de absorción lenta utilizando una longitud de sutura 4 veces más en relación a la longitud de la herida (López-Cano M, 2014).

Para aquellas(os) pacientes con dehiscencias parciales, superficiales o aquellos que no puedan llevarse a quirófano por inoperabilidad podrán tratarse con apósitos bioactivos para heridas (alginato de plata, calcio e hidrocoloides) (Boateng J, 2015).

Se ha demostrado que aquellas(os) pacientes con dehiscencias no reparadas inmediatamente se considerarán como pacientes con abdomen abierto y aplicara la clasificación de bjourck y serán sujetos de las terapias que rigen estos diagnósticos (Bruhin A, 2014).

Para aquellas(os) pacientes con bjourck grado 1 y 2 la terapia VAC clásica ha demostrado ser la más efectiva Para las (los) pacientes bjourck 3 y 4 la terapia VAC in VAC, y VAC con instilación de solución fisiológica cronometrada han demostrado eficacia (Bruhin A, 2014).

Para las dehiscencias complejas, dehiscencias de reincidencias y dehiscencias con fístulas entéricas se han desarrollado el sistema ABTHERA (Abdomen abierto séptico) y el sistema ABBRA (Sistema

## Manejo y tratamiento de las dilaceraciones en cirugía abdominal

---

de cierre dinámico asistido con VAC). Los cuales se han posicionado como la mejor opción en el manejo de estos pacientes incluso si se encuentran con estomas (Bruhin A, 2014).

En casos de pacientes con obesidad mórbida se recomienda realizar abdominoplastia o paniclectomía con cirugía plástica o cirugía general para evitar segundas dehiscencias (Ceydeli A, 2005).

### **Diagnóstico y tratamiento de dehiscencia completa de herida quirúrgica de abdomen en los tres niveles de atención**

Se recomienda que en pacientes en radioterapia considerar el tiempo de la radiación. En radiación previa, no operar electivamente durante 6 semanas. En radiación adyuvante se sugiere dejar cicatrizar por 6 semanas las heridas quirúrgicas (Hoffman M, 1991).

Se recomienda que la resolución de una eventración completa y evisceración se realice en las primeras 2 horas del diagnóstico para evitar la incidencia de abscesos intrabdominales que puedan evolucionar a sepsis abdominal (Sackett, 2015).

Se recomienda que todo aquel especialista que este en contacto con el abordaje y el cierre de pared abdominal este adiestrado para el uso de terapias de presión negativa así como de apósitos especiales para heridas (Bruhin A, 2014).

Se recomienda que aquellas(os) pacientes con dehiscencias superficiales totales, si existe el recurso se manejen con terapia de presión negativa simple (Bruhin A, 2014).

Se recomienda en aquellas(os) pacientes con eventración total o evisceración que tengan bordes aponeuróticos separados se utilicen terapias de presión negativa simple o sistemas de cierre dinámico de herida si se cuenta con el recurso.

### **Prevención de la dilaceración o evisceración posquirúrgica: bioprótesis frente a RTL**

En la bibliografía consultada se encuentran pocos estudios concernientes a la modificación de la técnica operatoria con el enfoque de prevención en la aparición de la evisceración posquirúrgica. (Marwah et al y Argudo Aguirre et al). Publicaron trabajos en los que modifican la técnica de cierre con resultados alentadores, pero no reproducibles.

Hasta el momento, solo la utilización de mallas de manera profiláctica ha demostrado eficacia y seguridad para la prevención de la evisceración posquirúrgica en pacientes con o sin factores de riesgo asociados. A pesar de ello, aún falta evidencia para determinar a quiénes y en qué espacio se debe colocar la bioprótesis, y cuáles deben ser sus características de acuerdo con el grado de contaminación

## Manejo y tratamiento de las dilaceraciones en cirugía abdominal

---

de la cavidad abdominal, siendo esto limitante en su utilización rutinaria, así como el aumento en el coste económico que ello implica.

(Bhangu et al). Publicaron una revisión sistemática acerca del uso de malla para prevenir la aparición de hernia posincisional en laparotomía media. Se analizaron 7 trabajos, de los cuales 4 demostraron utilidad en la prevención de esta complicación, y solo uno reportó disminuirla en un 20 %. Por su parte, (Caro Tarrago et al). Demostraron en 2014 una reducción de hernia posincisional desde 36 % al 1,5 % con la utilización de malla preaponeurótica, superior a la técnica RTH (del 20 % al 4,5 %). Sin embargo, los mencionados autores no analizan la presencia de evisceración ni miden el impacto que puede tener el uso de malla en la disminución de la aparición de esta complicación.

Dado que no existen estudios publicados en los que la técnica RTL sea utilizada como método de prevención para la evisceración posquirúrgica, los resultados obtenidos por (Lozada Hernández et al). Son relevantes en ese sentido, por lo que esta técnica puede representar una buena opción frente al uso de mallas, que hasta el momento es la única estrategia demostrada como útil para la profilaxis de esta complicación, aunque para poder confirmar los resultados en cuanto a la aparición de hernia posincisional, se requiere hacer un seguimiento posoperatorio más prolongado de este tipo de pacientes.

Por último, recalcar que el cirujano es el mayor responsable de todas las acciones que se pueden ejecutar a fin de evitar la aparición de esta temible complicación posquirúrgica y en las cuales la audacia y dedicación infinitas, constituyen su arma más poderosa. Previo a la intervención actuar sobre las múltiples condiciones de riesgo, corregir diversos déficits (anemia, hipoproteinemia, deficiencias vitamínicas o de cinc), compensar enfermedades de base (ascitis, bronquitis, diabetes mellitus, hipertensión arterial u otras). Durante la cirugía tratar de realizar incisiones más pequeñas y transversas, aplicar técnicas laparoscópicas, prevenir la infección, realizar hemostasia cuidadosa y cierre de la pared con buena relajación del paciente, desempeñándose con esmero y sin apresurarse por terminar. Después de la intervención se debe realizar un seguimiento estricto de la evolución posoperatoria y actuar anticipadamente sobre posibles complicaciones.

Se concluye que la evisceración es una grave complicación posquirúrgica por su elevada morbilidad y mortalidad; y en ella se involucran múltiples condiciones de riesgo en cada paciente, lo que motiva que aunque existen lineamientos generales de tratamiento entre los que figuran la utilización de mallas y modificaciones de la técnica quirúrgica, éste debe ser individualizado y su prevención exige

## Manejo y tratamiento de las dilaceraciones en cirugía abdominal

---

el cumplimiento de estrictas medidas antes, durante y después de la intervención, en las cuales el cirujano juega el papel protagónico.

### **Consideraciones generales**

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. 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. 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

## Manejo y tratamiento de las dilaceraciones en cirugía abdominal

---

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.

La herida quirúrgica abdominal se define como una fractura homeostática entre la tensión de la pared abdominal sobre la fuerza de los tejidos abdominales, la calidad de los mismos y la fuerza tensil de la sutura utilizada, así como la seguridad de los nudos y la técnica quirúrgica utilizada. A pesar de los mejores cuidados perioperatorios (antibioticoterapia profiláctica, nutrición adecuada, niveles de hemoglobina), la mejor calidad en los materiales de sutura y los nuevos sistemas para el manejo de la dehiscencia, tanto la mortalidad como la morbilidad no han cambiado en las últimas décadas. La incidencia de la dehiscencia quirúrgica a nivel mundial en promedio va de 0.4-3.5% dependiendo de la cirugía realizada y el tipo de clasificación de herida dada (Van Ramshorst G, 2010).

Pacientes quienes desarrollan evisceración súbita pueden presentar estado de shock e incrementar la mortalidad, sin embargo, estos casos son raros. La mortalidad asociada a dehiscencia de herida quirúrgica ha sido atribuida a las complicaciones vistas en estos pacientes quienes pueden desarrollar abscesos intra-abdominales con posterior evolución a sepsis o fístula intestinal. La dehiscencia puede resultar en evisceración, requiriendo tratamiento quirúrgico urgente. La estancia prolongada, la alta incidencia de hernias incisionales y re-intervenciones subsecuentes representan un costo significativo para los institutos de salud (Oldfield ,2009).

Es importante mencionar que, aunque la piel se muestre intacta puede haber riesgo de eventración y evisceración, por lo que deberá diagnosticarse oportunamente y tratarse. La evisceración es el grado más complejo de la dehiscencia y se cataloga como una urgencia quirúrgica que requiere resolución inmediata dentro de la primera hora. La evisceración por si misma constituye, aunque sea reparada, un aumento en la incidencia de complicaciones como abscesos, sepsis abdominal y nueva evisceración.

### Conclusión

Las dilaceraciones y/o evisceración se cree que es la etapa aguda de la hernia posincisional y es el primer inconveniente posterior a una laparotomía, cuya reparación es a su vez, el origen fundamental



## Manejo y tratamiento de las dilaceraciones en cirugía abdominal

---

de reintervención en estos pacientes, con una incidencia mucho mayor en las laparotomías efectuadas de urgencia y en pacientes de alto riesgo, que en las programadas.

La dilaceración postquirúrgica continúa siendo hoy, un elemento muy importante de morbilidad tras la cirugía abdominal. El diagnóstico es clínico siendo una complicación grave, debido a que la morbimortalidad relacionadas son altas.

Su principio multifactorial hace delicado pronosticar la ocurrencia y se han planteado varios niveles en este sentido. En la experiencia quirúrgica habitual, se realizan numerosas laparotomías electivas y urgentes para tratar diversas afecciones del abdomen. La preocupación es efectuarlas y cerrarlas con la técnica más apropiada, con uso de los mejores y más actuales materiales de sutura, que cumplan con la realidad de inducir poca o ninguna reacción tisular, escasa o nula eventualidad de infecciones y una resistencia tensil, que conserve unidos los tejidos implicados hasta su cicatrización.

Desde hace más de un siglo se intenta hallar una técnica óptima para ejecutar laparotomías con el mínimo de posibilidades de evisceración. Esta grave complicación posoperatoria, requiere generalmente atención de urgencia.

Todo ello justifica la realización de esta revisión documental, de las publicaciones en formato digital e impreso, tanto nacionales como extranjeras, disponibles principalmente a través de Google académico, Scielo, PubMed y Lilacs, en los idiomas español e inglés, del presente siglo, para profundizar en los aspectos cognoscitivos del tema, en cuanto a su génesis y con el objetivo de ofrecer a la comunidad de cirujanos las opiniones diversas y actualizadas concernientes al tratamiento preventivo y curativo de esta complicación posoperatoria; amén de las pocas publicaciones referidas en Cuba, específicamente sobre este tema.

### Referencias

1. Pavlidis TE, Galatianos IN, Papaziogas BT, Lazaridis CN, Atmatzidis KS, Makris JG y Papaziogas TB. Complete dehiscence of the abdominal wound and incriminating factors. *The European journal of surgery* 2001;167(5):351-4.
2. Pérez Guerra J A, Vázquez Hernández M, Ramírez Moreno R y López García FR. Reintervenciones abdominales: prevalencia en cirugías electivas y urgencias. *Cirugía y Cirujanos*. 2017 [citado 7feb 2017];85(2):109-13. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/662/66250058003.pdf>.



Manejo y tratamiento de las dilaceraciones en cirugía abdominal

3. Rodríguez Hermosa JI, Codina Cazador A, Ruiz B, Roig J, Gironès J, Pujadas M, et al. Factores de riesgo de dehiscencia aguda de la pared abdominal tras laparotomía en adultos. *Cir Esp.* 2005 [citado 7 feb 2017];77(5):280-6. Disponible en: <http://apps.wl.elsevier.es/publicaciones/item/pdf?idApp=UINPBA00004N&pii=13074320&origen=zonadelectura&web=zonadelectura&urlApp=>
4. <http://www.elsevier.es&estadoItem=S300&idiomaItem=es>.
5. Goodenough CJ, Ko TC, Kao LS, Nguyen MT, Holihan JL, Alawadi Z, et al. Development and validation of a risk stratification score for ventral incisional hernia after abdominal surgery: Hernia expectation rates in intra-abdominal surgery (The HERNIA project). *J Am Coll Surg.* 2015 [citado 7 feb. 2017]; 220:405-13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4372474/>.
6. Gili Ortiz E, González Guerrero R, Béjar Prado L, Ramírez Ramírez G, López Méndez J. Dehiscencia de la laparotomía y su impacto en la mortalidad, la estancia y los costes hospitalarios. *Cir Esp.* 2015 [citado 7 feb. 2017]; 93 (7):444-9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-cirugia-espanola-36-articulo-dehiscencia-laparotomia-su-impacto-mortalidad-S0009739X15000706>.
7. Van Ramshorst GH, Nieuwenhuizen J, Hop WC, Arends P, Boom J, Jeekel J, et al. Abdominal wound dehiscence in adults: Development and validation of a risk model. *World J Surg.*2010 [citado 8ene. 2017];34:20-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2795859/>.
8. Gómez Díaz CJ, Rebas Cladera P, Navarro Soto S, Hidalgo Rosas JM, Luna Aufroy A, Montmany Vioque S, et al. Validación de un modelo de riesgo de evisceración. *Cir Esp.* 2014 [citado 8ene. 2017]; 92:114-9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-validacion-un-modelo-riesgo-evisceracion-S0009739X13000985>.
9. Diccionario terminológico de ciencias médicas. 10ª. Ed. Barcelona: Salvat Editores S.A.1997. pp. 300-3, 420-24.
10. Abraham Arap JF, García Sierra JC. Hernia incisional: definición, diferencia con la evisceración, clasificación, diagnóstico positivo y diferencial, profilaxis y tratamiento. *Rev. Cubana Cir.* 2011 sep [citado 7 feb 2017];50(3): 388-400. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932011000300016&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932011000300016&lng=es).

Manejo y tratamiento de las dilaceraciones en cirugía abdominal

---

11. Veljkovic R, Protic M, Gluhovic A, Potic Z, Milosevic Z, Stojadinovic A. Prospective clinical trial of factors predicting the early development of incisional hernia after midline laparotomy. *J Am Coll Surg.* 2010; 210:210-9.
12. Hawksworth JS, Stojadinovic A, Gage FA, Tadaki DK, Perdue PW, Forsberg J, Elster EA. Inflammatory biomarkers in combat wound healing. *Annals of surgery.* 2009;250(6):1002-7.
13. Khorgami Z, Shoar S, Laghaie B, Aminian A, Araghi NH y Soroush A. Prophylactic retention sutures in midline laparotomy in high-risk patients for wound dehiscence: a randomized controlled trial. *Journal of surgical research.* 2013;180(2):238-43.
14. Hollinsky C, Sandberg S, Kocijan R. Preliminary results with the reinforced tension line: A new technique for patients with ventral abdominal wall hernias. *Am J Surg.* 2007; 194:234-9.
15. Lozada Hernández EE, Mayagoitia González JC, Smolinski Kureka R, Álvarez Canales J de J, Montiel Hinojosa L y Hernández Villegas L. Comparación de dos técnicas de sutura para cierre aponeurótico en laparotomía media en pacientes con alto riesgo de evisceración posquirúrgica. *Rev Hispanoam Hernia.* 2016 [citado 8 ene. 2017];4(4):137-43. Disponible en: <http://appsww.elsevier.es/publicaciones/item/pdf?idApp=UINPBA00004N&pii=S2255267716300305&origen=zonadelectura&web=zonadelectura&urlApp=http://www.elsevier.es&estadoItem=S300&idiomaItem=es&textMensaje=Documento%20descargado%20de%20http://www.elsevier.es%20el%2014-01-2018>.
16. Bhangu A, Fitzgerald JE, Singh P, Battersby N, Marriott P, Pinkney T. Systemic review and meta-analysis of prophylactic mesh placement for prevention of incisional hernia following midline laparotomy. *Hernia.* 2013; 17:445-55.
17. Caro Tarrago A, Olona Casas C, Jiménez Salido A, Duque Guilera E, Moreno Fernandez F, Vicente Guillén V. Prevention of incisional hernia in midline laparotomy with an onlay mesh: A randomized clinical trial. *World J Surg.*2014;38:2223-30.
18. Mendoza Delgado FJ, Galindo Rocha F, Gutiérrez Gómez VM. Experiencia del cierre en masa y la técnica tradicional de herida quirúrgica abdominal. *Arch Inv Mat Inf.* mayo-agosto 2015 [citado 8 ene. 2017];12;7(2):61-8. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2015/imi152c.pdf>.
19. Hernández A, Ayala A. Evisceración. *Rev Cubana Cir.* 1972;11(5-6):73-587.

Manejo y tratamiento de las dilaceraciones en cirugía abdominal

---

20. Guasch Arias PA, Rodríguez Fernández Z, Cabrera Salazar J, Blanco Milá A. Evisceración tras laparotomía en adultos: consideraciones sobre su diagnóstico. MEDISAN 2008[citado 8ene. 2017];12(2): [14 p]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12\\_2\\_08/san06208.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_2_08/san06208.htm).
21. Marwah S, Singh M, Kapoor A. Addition of rectus sheath relaxation incisions to emergency midline laparotomy for peritonitis to prevent fascial dehiscence. *World J Surg.* 2005;29:235-9.
22. Argudo N, Pereira JA, Sancho JJ, Membrilla E, Pons MJ, y Grande L. Prophylactic synthetic mesh can be safely used to close emergency laparotomies, even in peritonitis. *Surgery.* 2014;156(5):1238-44.
23. Muysoms FE y Dietz UA. Prophylactic meshes in the abdominal wall. *Der Chirurg.* 2017 Jan;88(Suppl 1):34-41.
24. Köhler G, Weitzendorfer M, Kalcher V y Emmanuel K. Synthetic mesh repair for incisional hernia treatment in high-risk patients for surgical site occurrences. *The American Surgeon,* 2015; 81(4):387-94.