



CARTA AL EDITOR

EVISCERACIÓN. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

Rosa Ferreira, Rodrigo Pederzoli, Jorge Giubi, Renzo Villagra,
Alexandra Colucci

Universidad Nacional de Asunción. Facultad de Ciencias Médicas. II Cátedra de
Clínica Quirúrgica

Es la apertura durante el postoperatorio inmediato de los planos laparotómicos que fueron cerrados. Se produce de forma brusca e inesperada en los primeros días del postoperatorio, con mayor frecuencia entre el 5to-10 día, pero puede aparecer antes y más tardíamente, inclusive hasta los 30 días del postoperatorio. Ocurre entre el 0,5 y 1% de todas las laparotomías, con una mortalidad de aproximadamente 20%.

Los factores predisponentes, se clasifican en el período preoperatorio: hipoproteínea, anemia crónica, deficiencia de vitamina C, medicación esteroide prolongada; en el período intraoperatorio: material de sutura inadecuado o mala técnica para su uso, hemostasis descuidada, idiosincrasia para material de sutura inabsorbible, incisión longitudinal a medía, desvitalización de la herida y en el período postoperatorio: tensión anormal brusca de la pared abdominal (tos, hipo, estornudos), distensión intensa,

Autor de correspondencia:

Dra. Alexandra Colucci
alexcolucci92@hotmail.com

Recibido: 20/9/2022

Aceptado: 11/11/2022

ascítis e infección.

El diagnóstico se realiza por la clínica del paciente, presencia de líquido serohemático abundante en la herida quirúrgica.

El tratamiento dependerá del estado general del paciente, corregir los factores desencadenantes, por ej. anemia, hipoalbuminemia, infección, restricciones ventilatorias, aplicando concomitantemente un manejo conservador, que consiste en la colocación de Bolsa de Borráez, contener el contenido intraabdominal con una bolsa de polipropileno, curaciones diarias y uso de fajas de contención.

En caso de presentarse un paciente con evisceración en condiciones generales óptimas, se realiza un tratamiento quirúrgico, que consiste en el cierre anatómico del defecto.

Financiamiento:

Autofinanciado

Conflictos de interés:

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández E, Mayagoitia JC, Smolinski R, Canales J, Montiel L et al. Comparación de dos técnicas de sutura para cierre aponeurótico en laparotomía media en pacientes con alto riesgo de evisceración posquirúrgica. *Rev hispanoam hernia*.2016;(4)4:237-143.

Figura I. Evisceración grado I, apertura de los bordes de la aponeurosis.



Figura II. Evisceración grado II, el borde antimesentérico está a nivel de la piel.



Figura III. Evisceración grado III, contenida por polipropileno.



2. Latif J. Complicaciones parietales de la cirugía colorrectal. Rev. Argentina de Coloproctología 2001;12(2):116-124.
3. Rodríguez J, Codina 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; 77(5): 280-6.
4. Herida e infección quirúrgica. Curso avanzado para cirujanos. Publicación del comité de infecciones, Felac. Santa fé de Bogotá Colombia 1999.
5. Barroso M, Manterota C, Molina E, Frint P, Fernández O et al. Evisceración: un problema siempre presente. Rev. Chilena Cir. 2002; 54(2):135-138.
6. Bellón J. El cierre de laparotomía en la línea alba. Cir Esp. 2005; 77(3): 114-23.