

EVISCERACIÓN EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO: DESCRIPCIÓN DE UNA ALTERNATIVA PARA SU TRATAMIENTO

MAYLIN BADILLO (1)
MARÍA A. ABREU (1)
ROGER ESCALONA-ALARCÓN (2)

EVISCERATION IN CANCER PATIENTS: DESCRIPTION OF AN ALTERNATIVE FOR TREATMENT

RESUMEN

Objetivo: Describir una técnica de reparación de la pared abdominal con apósitos biológicos en evisceración contenida. **Métodos:** Estudio descriptivo y observacional de un caso. **Resultados:** Con el uso de apósitos de hidrogel e hidrocoloide durante 26 días se logró resolución "ad integrum" de la pared abdominal, tiempo durante el cual, se realizaron cambios de cura cada 72 horas, permaneciendo en el centro hasta el día 16 del inicio del tratamiento y egresando satisfactoriamente para continuar con la estrategia ambulatoria, que consistió en curas ambulatorias cada 120 horas, logrando el cierre completo de la epidermis solo con el hidrogel al cuadragésimo día postoperatorio, evidenciándose la esperada hernia ventral. **Conclusión:** El tratamiento conservador, con la asociación de apósitos de hidrogel e hidrocoloide, resulta ser un procedimiento seguro y de fácil realización, el cual proporciona grandes beneficios y rápidos resultados, disminuyendo la morbimortalidad. La eventración que se presentará posteriormente se corregirá una vez superada la etapa crítica y de forma electiva. Recomendamos difundir y ampliar esta experiencia como una alternativa eficaz.

Palabras clave

Evisceración, apósitos biológicos

ABSTRACT

Objective: To describe a technique of repair of the abdominal wall with biological dressings contained evisceration. **Method:** Descriptive and observational study of a case. **Results:** With the use of hydrogel and hydrocolloid dressings for 26 days was achieved resolution "ad integrum" of the abdominal wall, during which time, changes were made cure every 72 hours. Staying in the center until the 16th of the start of treatment and graduating successfully to continue the outpatient strategy consisted of outpatient cures every 120 hours achieving complete closure of the epidermis only with the hydrogel the fortieth day after surgery, showing the expected ventral hernia. **Conclusion:** Conservative treatment with the association of hydrogel and hydrocolloid dressings, turns out to be a safe and easy to perform procedure which provides great benefits and quick results, reducing morbidity and mortality. Eventration to be presented later be corrected once the critical and elective stage. We recommend disseminate and extend this experience as an effective alternative.

Key words

Evisceration, biological dressings

1 Médico residente, Servicio de Cirugía 1, Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández". Caracas
2 Director del postgrado de Cirugía General y Jefe del Servicio de Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández". Caracas

La dehiscencia de la herida abdominal puede limitarse a la fascia profunda, permaneciendo la piel intacta. Cuando es completa, todos los planos de la pared abdominal se han separado, con protrusión de las vísceras o sin ella¹, denominándose evisceración, la cual se presenta entre el octavo y décimo día del periodo postoperatorio², generalmente asociada a factores propios del paciente como la edad, el género, la patología pulmonar, la malnutrición, la obesidad, el cáncer, la infección de la herida y factores propios de la técnica quirúrgica. Hasta el año 2000, se presentaba en un 10% de los pacientes operados, con tendencia a disminuir entre el 1 y el 3.2 % en la actualidad³. Desde el punto de vista epidemiológico, esta complicación aumenta la mortalidad postoperatoria de 9 a 43 %, llegando hasta un 60 % cuando amerita su ingreso a la unidad de cuidados intensivos⁵.

En 2003, Webster desarrolló un índice de riesgo de evisceración con el fin de identificar a los pacientes en riesgo y, de esta manera, modificar su manejo perioperatorio³.

Cuadro 1. Tabla de puntuación de factores de riesgo para la apertura de la herida.

Factor de riesgo	Puntuación
Enfermedad cerebro vascular/ apoplejía sin déficit	4
Antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica	4
Neumonía actual	4
Procedimiento urgente	6
Tiempo operatorio >2.5 horas	2
Cirujano de 4to año de postgrado	3
Clasificación de la herida limpia	-3
Infección de la herida superficial	5
Infección de la herida profunda	17
Fracaso para suspender	6
Una o más complicaciones	7
Regreso al quirófano	-11

Modelo de riesgo desarrollado por Webster

Categoría de riesgo	Puntuación total	Índice de dehiscencia
Bajo	<3	1.47%
Medio	4 a 10	2.70%
Alto	11 a 14	4.53%
Muy alto	>14	10.90%

Modelo de riesgo desarrollado por Webster

Una vez que se presenta esta complicación, el tratamiento de elección es la reparación quirúrgica con el objetivo de cerrar la pared abdominal y proteger las vísceras, lo que se debe realizar con algunas consideraciones especiales basadas en el tipo de sutura y el tipo de cierre. Sin embargo, es importante destacar que este tratamiento presenta un riesgo de hernia ventral que ronda el 69% en un periodo de 10 años

En el mismo orden de ideas, consideramos que, si el defecto es pequeño y no hay exposición de vísceras al medio ambiente, lo definimos como una evisceración contenida y se trata de forma conservadora, sobre todo si el paciente está grave o presenta más de una complicación.

El tratamiento conservador se basa en la colocación de apósitos estériles húmedos y cinta adhesiva de forma transversa en el abdomen, pudiéndose, en algunos casos, hacer un cierre secundario de piel con sutura¹. En este sentido, se presenta un caso clínico tratado de esta manera conservadora asociando apósitos de hidrogel e hidrocoloide, los cuales crean un ambiente húmedo en la superficie de la misma, facilitando y acelerando el proceso natural de cicatrización con el objetivo de reparar la pared abdominal, demostrando los beneficios obtenidos con este tipo de tratamiento.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente masculino de 63 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial no controlada y hábitos tabáquicos acentuados, quien refiere desde hace 6 meses pérdida de peso 20 kg y cambios en el patrón evacuatorio dado por heces acintadas. Cuatro días antes a su ingreso, se asocia dolor localizado en flanco y fosa ilíaca izquierda, de carácter cólico y acompañado de vómitos. Al examen físico se encontraba taquicárdico e hipertenso, con deshidratación leve y con un abdomen globoso, con ruidos hidroaéreos presentes y disminuidos, doloroso a la palpación difusa, a predominio del flanco y la fosa ilíaca izquierda, sin masas palpables y con signos de irritación peritoneal. Se realiza rayos X en la que se evidencia la obstrucción intestinal (Figura 1). Se ingresa con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico: enfermedad diverticular complicada con divertículo perforado vs tumor estenosante del colon.



Figura 1. Estudio radiológico

El paciente es llevado a mesa operatoria con hallazgos de tumor estenosante en colon sigmoideas que involucra la serosa (Figuras 2 y 3), con múltiples áreas de necrosis en colon ascendente y transverso, por lo que se realiza una hemicolectomía radical izquierda con colostomía terminal proximal con cierre del cabo distal. La biopsia proporciona el diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado, además de enfermedad diverticular complicada con diverticulitis perforada.

En el quinto día de postoperatorio se asocia el diagnóstico de infección respiratoria baja por una neumonía basal bilateral complicada con derrame pleural izquierdo (Figura 5).

En el octavo día presenta insuficiencia respiratoria tipo 1 y, en consecuencia, una evisceración contenida. Es trasladado a la unidad de cuidados intensivos en otro centro asistencial, donde permanece 9 días. Es tratada su evisceración conservadoramente, según se describió anteriormente. Posteriormente egresa de la unidad de terapia intensiva y es contrarreferido a nuestro insti-

tución donde se evidencia persistencia de la evisceración contenida, con presencia de la sutura con “efecto de cuerda de violín” por lo que se decide el retiro de los puntos y tratamiento conservador con el uso de apósitos biológicos.

Con el uso de apósitos de hidrogel e hidrocoloide durante 26 días se logró resolución “ad integrum” de la pared abdominal, tiempo durante el cual, se realizaron cambios de cura cada 72 horas y permaneciendo en el centro hasta el día 16 desde el inicio del tratamiento. Evoluciona satisfactoriamente y egresa para continuar con la estrategia ambulatoria que consistió en curas cada 120 horas, logrando el cierre completo de la epidermis, solo con el hidrogel, al cuadragésimo día postoperatorio, evidenciándose la esperada hernia ventral.



Figura 2



Figura 3



Figura 5. Imagen radiológica de neumonía basal bilateral y derrame pleural izquierdo.



Día 14



Día 21



Día 25



Día 30



Día 40



3 meses

DISCUSIÓN

Si bien es cierto que la mayoría de los pacientes con evisceración son tratados quirúrgicamente, aquellos con múltiples complicaciones tienen indicación del tratamiento conservador, motivado a que el procedimiento quirúrgico y/o el ingreso a la unidad de cuidados intensivos aumentarían su mortalidad.

Generalmente, el tratamiento conservador está relacionado con largas estancias hospitalarias, a lo que se suma el retardo de la cicatrización por factores asociados a la patología de base, por lo que el uso de los apósitos biológicos resulta ser interesante. Por otra parte, no se encontró documentado el uso de ellos en este tipo de tratamiento, por lo que se propone como una modificación importante para sumar beneficios y lograr el cierre completo y rápido, de la pared, puesto que ofrecen una herramienta que permite acelerar los procesos de cicatrización. Actualmente estas herramientas están siendo utilizadas en patologías como las úlceras por presión, pie diabético, entre otras, pero no se habían descritos en situaciones como la aquí estudiada.

Basándonos en estos principios, se decide utilizar apósitos de hidrogel e hidrocoloide en vista de que ofrecen desbridamiento de la herida y promueven la granulación y epitelización, por lo que consideramos que es ideal para casos en los que el cierre quirúrgico representa un aumento de la morbimortalidad y la indicación es el tratamiento conservador. Por otra parte, permite vigilar la evolución, una vez contraladas las situaciones de riesgo, debido

a que en el decimo sexto día de esta estrategia terapéutica, ya existe el cierre casi completo,

Por lo anteriormente expuesto, podemos concluir que, el tratamiento conservador con la asociación de apósitos de hidrogel e hidrocoloide resulta ser un procedimiento seguro y de fácil realización, el cual proporciona grandes beneficios al paciente y rápidos resultados, disminuyendo la morbimortalidad. La eventración que se presentará posteriormente se corregirá una vez superada la etapa crítica y de forma electiva.

Recomendamos difundir y ampliar esta experiencia como una alternativa eficaz.

REFERENCIAS

1. Bryan M Burt, Ali Tavakkolizaded y Stephen J. Ferzoco. Incisiones, cierres y manejo de la herida del abdomen. Operaciones Abdominales. 2008.
2. Van Rier M, Steryerberg EW, Nellensteyn J. Meta analysis of techniques for closure of midline abdominal incisions. Br J Surg 2002 89:1350
3. Webster. C Neumayer L Smount R. et al. Prognostic model of abdominal wound dehiscence after laparotomy. J Surgery Res 2003: 109: 130
4. Pavlidis TE, Galitianos IN et. Al. Complete dehiscence of abdominal wounds and incriminating factors. Eur J Surg 2001; 167:351
5. Escallón, J: Prólogo En: Herida e infección quirúrgica FELAC. 1999