



Clínicas Quirúrgicas Facultad de Medicina
Universidad de la República. Uruguay 2018

EVENTRACIONES

Dr. Pablo Sciuto Varela

Definición

Definimos eventración a la protrusión o pasaje del contenido abdominal a través de una debilidad parietal adquirida. A diferencia de la hernia, en donde la debilidad es una zona anatómicamente débil, en las eventraciones, esta es consecuencia de una cirugía (laparotomía), por lo cual es correcto también utilizar el término *hernia incisional* pero la definición también incluye a zonas de debilidad parietal por traumatismo.

Al seleccionar la literatura tenemos que discriminar con atención la misma ya que el término *hernia incisional* es el utilizado en bibliografía anglosajona a diferencia de la hispana o latina en donde predomina el término eventración. Además, varios estudios analizan esta patología y sobre todo los resultados de su tratamiento, en conjunto con lo que se denomina hernias ventrales (en nuestro medio llamadas hernias de línea alba, epigástricas o incluso incorporan hernias umbilicales). Aceptamos que el análisis de una eventración de un trocar epigástrico tiene varios puntos de contacto con una hernia umbilical por ejemplo, pero poco tiene que ver con una eventración de una incisión de McBurney, como tampoco es lo mismo analizar en conjunto, sobre todo en lo que a resultados quirúrgicos se refiere, una eventración ventral (de línea media) con una parostomal o de cicatriz de lumbotomía

Epidemiología

Carecemos de datos epidemiológicos nacionales. Los datos internacionales en cuanto a la incidencia son muy variables lo cual se explica por las diferencias en la terminología

utilizada para definir la patología y la carencia de bases de datos, pero sin dudas es una patología muy frecuente. Si decimos que el antecedente más frecuente de una eventración es la laparotomía, en EEUU se practican 4 millones de laparotomías anuales, de estos un 3 al 20 % desarrollarán una eventración. EEUU reporta 150000 reparaciones de hernias incisionales ventrales lo cual pone de manifiesto la importancia del tema en cuanto a morbilidad y costos en salud.

Etiología

La única estructura que tiene efecto de “contención” en el cierre de heridas de la pared abdominal es la fascia y en ella es donde tiene lugar el proceso de reparación. Cualquier factor que altere los mecanismos que regulan la proliferación de los fibroblastos y la síntesis de colágeno afectaran el proceso reparativo. Diferentes factores riesgo influyen en el desarrollo de eventraciones y pueden esquematizarse según se vinculen a:

El *paciente*, la edad avanzada, diabetes, obesidad, anemia, tabaquismo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, consumo de corticosteroides, estado nutricional (pérdida de peso reciente, hipoalbuminemia), inmunosupresión, colagenopatías (ver capítulo de hernias).

La *cirugía*. En el período postoperatorio precoz la resistencia mecánica de la herida depende de la sutura, por lo que una buena técnica quirúrgica es determinante. Pequeñas interrupciones en la fascia determinan un cierre de pobre calidad sobre el que actuarán otros factores deletéreos. Las cirugías de urgencia o emergencia aumentan el riesgo en relación a aquellas coordinadas. Esto se vincula a condiciones previas del paciente no corregibles por la oportunidad o a características del acto quirúrgico y más frecuente la contaminación parietal e infección del sitio quirúrgico. Por supuesto que si la resolución quirúrgica de la

patología requiere de una laparotomía abreviada dejando el abdomen abierto y contenido, aumentan las posibilidades de eventración.

En el *postoperatorio*, se presenta el factor independiente más determinante que es la infección de la herida quirúrgica. La infección del sitio quirúrgico aumenta al doble las posibilidades de eventración. También influyen condiciones que aumentan en forma aguda la presión intraabdominal: el íleo, los vómitos, retención aguda de orina o episodios de tos.

En el mejor de los casos la resistencia de la cicatriz de una laparotomía se estima en el 80-90% de la resistencia muscular previa, determinando una zona parietal más débil que favorece las eventraciones. Diferentes artículos que analizan este tema mencionan que entre 3 y 20% de las laparotomías evolucionan a una eventración. La mitad de ellas se diagnostican en el primer año pero muchas se diagnosticarán posteriormente, estimándose una frecuencia de 2% anual acumulativa.

Todos estos factores están relacionados a la aparición de una eventración precoz, podemos decir durante el primer año de la cirugía.

El envejecimiento, la obesidad, patologías crónicas que se manifiesten por aumento de la presión intrabdominal, son factores de riesgo que también inciden en el desarrollo tardío de una eventración. Recordamos aquí nuevamente, al igual que lo hicimos anteriormente en el capítulo de hernias, el hecho de interrogar para una eventración "tardía" (o sea la eventración de una laparotomía que fue mucho tiempo continente), síntomas y objetivar signos de patologías prevalentes como el cáncer colorrectal, su presencia nos pone en obligación de solicitar estudios para diagnosticar estas patologías y dejar en segundo plano la eventración.

La anatomía patológica de las eventraciones es variable. Poseen un saco (o *pseudosaco* ya que no se trata de peritoneo parietal deslizado, sino de la *mesotelización* del área cicatrizal), que a

diferencia de las hernias es frecuente que posea saculaciones secundarias. El defecto parietal adquirido (anillo músculo-fibrótico) puede extenderse a toda la cicatriz, a parte de ella o ser multiorificial. El contenido (vísceras, epiplón) frecuentemente adhiere al anillo o al saco dificultando su reductibilidad.

Manifestaciones clínicas

El motivo de consulta habitual es una tumoración que asienta sobre una cicatriz de laparotomía. Al igual que frente a la presunción de una hernia, debe constatarse la tumefacción observando con el paciente de pie y si la misma impulsa con maniobras que aumenten la presión intraabdominal. Frente a la duda, puede además palpase suavemente. Una vez confirmado que estamos ante una eventración, la anamnesis estará orientada determinar la aparición de la misma en relación a la cirugía, la evolución, si es reductible y si presentó episodios dolorosos o de irreductibilidad. Una vez diagnosticada, quizás poco valor tenga saber qué factores hicieron que se produjera, sin embargo es muy importante estar seguro de que la presentación de una eventración o la aparición de síntomas que hasta ese momento no existían, no sea el epifenómeno de una enfermedad de mayor relevancia como un cáncer colorrectal, por lo que aconsejamos realizar un completo interrogatorio del tránsito digestivo y síntomas de patologías que se manifiesten por cuadros de hipertensión abdominal.

El examen físico comienza de pie, esto aumenta la presión intraabdominal y nos permitirá objetivar la hernia incisional en su máxima expresión, la cual aumentará de volumen al solicitarle al paciente que tosa. En obesos, el examen puede ser dificultoso. Continuará con el paciente en decúbito dorsal y si es reductible, podrá examinarse mediante maniobras suaves el anillo, determinar su tamaño y las características de los bordes.

Al igual que frente a una hernia, culminado el interrogatorio y el examen físico

¿Cuáles otros diagnósticos podemos presumir clínicamente?

Diremos que es una eventración que asienta sobre una cicatriz mediana, transversa, subcostal, McBurney, o de un abordaje laparoscópico mencionando la topografía del mismo (ej. cicatriz de abordaje de un trocar epigástrico).

En las eventraciones reductibles es posible explorar el anillo a través del cual protruye. No existe una correlación entre el volumen de la eventración y el tamaño del anillo o defecto parietal, que es el que tiene mayor jerarquía terapéutica. El tamaño del anillo se toma como referencia para clasificarlas, considerando pequeño aquel anillo menor a los 5 cm, mediano entre 5 y 10 cm y grande más de 10 cm. Si bien conceptualmente debe sospecharse la falla de toda la cicatriz, clínicamente la eventración puede constatarse en alguno de los sectores (ej., comisura interna de una cicatriz transversa o del sector superior de una cicatriz mediana) u observarse varios anillos, separados por puentes de cicatriz continente.

La irreductibilidad crónica de una eventración suelen corresponderse con adherencias del contenido al saco o anillo, hipertrofia lipomatosa del epiplón o por pérdida de derecho a domicilio.



Eventración cicatriz mediana supra umbilical

Complicaciones

La principal complicación es la estrangulación del contenido que puede provocar una oclusión intestinal con compromiso vascular primario. Comparte la tríada clínica de irreductibilidad, tensión y dolor local en una eventración hasta entonces reductible, o los dos últimos si ya era irreductible. En eventraciones el síntoma dolor y cuanto más intenso sea, debe hacernos sospechar estrangulación, incluso frente a la reducción parcial del contenido, ya que puede afectarse una saculación y no todo el contenido. Cuando está comprometido el intestino, puede presentar síntomas de oclusión intestinal como vómitos y detención del tránsito digestivo y constatare al examen físico distensión abdominal con ruidos intestinales de timbre elevado. La ausencia de síntomas oclusivos no invalida el diagnóstico de estrangulación, ya que si el contenido es epiplón, estos síntomas estarán ausentes.

Un problema particular plantean las grandes eventraciones. Su asociación a sobrepeso y localización en la zona de “cincha” de la pared abdominal genera las condiciones para su agrandamiento progresivo. La ampliación gradual del defecto parietal y la progresiva salida de las vísceras, pueden evolucionar hacia una irreductibilidad crónica con *pérdida de domicilio* de su contenido. Esta condición puede interferir con las funciones de la musculatura de la pared abdominal, ocasionando trastornos fisiológicos en la respiración (pérdida de la sinergia del diafragma con la pared abdominal) y alteración de la postura y soporte de la columna lumbar. Ocasionalmente ocurren alteraciones tróficas en la piel que la hace susceptible a la ulceración e intertrigo.

Diagnóstico

El diagnóstico continúa siendo básicamente clínico. Se realiza frente a la constatación de una tumoración situada sobre una cicatriz de laparotomía y que impulsa con maniobras de

valsalva. Frente a la duda, por ejemplo por dolor en una laparotomía, o en pacientes obesos, los estudios imagenológicos pueden estar indicados pero sugerimos realizar consulta con cirujano y que sea el especialista el que determine la necesidad de los mismos. En relación a la solicitud de screening para cáncer de colon (fecatest) remitimos al lector al capítulo hernias. El diagnóstico de eventración estrangulada es clínico y su manejo análogo al de las hernias estranguladas (ver capítulo).

Tratamiento

El tratamiento de las eventraciones es quirúrgico y su objetivo es revertir los síntomas y prevenir complicaciones mecánicas (estrangulación). La reparación del defecto parietal puede hacerse uniéndolo con suturas los bordes del defecto cuando éste es pequeño (*eventrorrafia*) o con materiales protésicos irreabsorbibles (mallas) *eventroplastia* siendo éste el procedimiento más común. El abordaje utilizado mayoritariamente es el convencional (cirugía abierta). También se puede realizar eventroplastias a través de un abordaje laparoscópico utilizando mallas que están diseñadas para ser colocadas dentro de la cavidad peritoneal y quedar en contacto con las vísceras sin generar adherencias. No hay clara evidencia de que el abordaje laparoscópico supere al convencional aunque seleccionando pacientes con defectos parietales pequeños, pueden lograrse eventroplastias con muy bajo índice de recidivas y otorgar al paciente los beneficios de los abordajes mínimamente invasivos, esto denota en menor dolor post operatorio y menores complicaciones de la herida, por lo cual varios grupos de cirujanos, entre los cuales hay algunos de nuestro medio, están trabajando sobre estos aspectos

En caso de eventraciones estranguladas el tratamiento es una urgencia y al igual que se mencionó para hernias estranguladas lo importante pasa a ser seccionar el anillo estrangulante, valorar si existe necrosis y actuar en consecuencia, mediante la resección visceral



Paciente con eventración gigante de incisión subcostal derecha. Postoperatorio 6 meses.

cuando está indicada, pasando luego al cierre del defecto con utilizando, siempre que sea posible mallas.

Las complicaciones de la cirugía de reparación de eventraciones incluyen aquellas locales de la herida operatoria como el hematoma, la infección y la aparición de un seroma, y aquellas vinculadas a la utilización de material protésico. A diferencia de la reparación herniaria, las eventraciones pueden requerir la colocación de mallas irreabsorbibles en contacto con superficies viscerales lo que puede exponer a complicaciones fistulizantes.

Bibliografía

- Sanders D, Kingsnorth A. The modern management of incisional hernias. Clinical review *BMJ* 2012; 344: e2843
- Awaiz, A., Rahman, F., Hossain, M.B. et al. Meta-analysis and systematic review of laparoscopic versus open mesh repair for elective incisional hernia. *Hernia* 2015 19: 449.
- Brandi C. Tratamientos de los defectos de la pared abdominal. Relato oficial. Congreso Argentino de Cirugía 2009
- Alvarez Caperochipi J. Cirugía de la Pared Abdominal. Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos 2002.