

Eventraciones poscesárea

Dr. Oscar Agüero

Instituto Simón Rodríguez, Policlínica Caracas, Centro Médico de Caracas

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia de las eventraciones poscesárea en una experiencia personal.

Método: Estudio retrospectivo de las historias médicas privadas de 752 mujeres sometidas a 1069 cesáreas segmentarias realizadas entre 1946 y 1999, de las cuales 1046 (97,84%) fueron hechas por el autor. Se incluyeron los datos de: número de la gestación, tipo de incisión cutáneo-aponeurótica, número de cesáreas por mujer, complicaciones de la herida y características de la eventración.

Ambiente: Hospitales Privados Instituto Simón Rodríguez, Policlínica Caracas y Centro Médico de Caracas.

Resultados: Se diagnosticaron 14 eventraciones (1,86% en 752 mujeres y 1,33% en 1069 cesáreas) diagnosticadas en lapsos de 6 días a 10 años poscesárea. En ellas, el número de embarazos osciló entre uno y seis. La frecuencia, según el número de cesáreas por mujer varió desde 0,26% en la primera cesárea hasta 6,25% después de la quinta, diferencias éstas con alta significación estadística. En 93 incisiones transversas de la aponeurosis se apreció una eventración (1,07%), mientras que en 976 longitudinales se observaron las trece restantes (1,33%), diferencia que no tiene valor estadístico.

Conclusión: En la presente serie, aparentemente, el factor más importante en la frecuencia de la eventración poscesárea es su repetición.

Palabras claves: Eventración. Cesárea.

SUMMARY

Objective: To determine the frequency of ventral hernia after cesarean section.

Method: Retrospective study of 752 women submitted to 1069 cesarean section between 1946 and 1999 (1046 which were performed by the author -97.84%-). The following data were registered: number of gestation, type of skin and fascial incisions, number of cesarean in each woman, wound complications and eventration characteristics.

Setting: Private Hospitals Instituto Simón Rodríguez, Policlínica Caracas and Centro Médico, Caracas.

Results: 14 incisional hernias were diagnosed, (1.86% in 752 women, 1.33% in 1069 cesarean sections) in lapses from 6 days to 10 years. Gestations numbers were comprised between one and five. Frequency of eventrations increased, highly significantly, with the number of previous cesarean operations, from 0.36% after the first one to 6.25% in the sixth. There was one (1.07%) eventration in 93 skin-fascia transverse incision and 13 (1.33%) in 976 vertical approach, without statistical significance.

Conclusion: In the present serie, apparently, the more important factor in the production of ventral hernia after cesarean section is the repetition of the operation.

Key words: Eventration, Cesarean section.

INTRODUCCIÓN

La cesárea abdominal es, desde hace varios años, la operación quirúrgica más frecuentemente realizada. Su frecuencia seguirá en aumento por la ampliación de sus indicaciones y por la campaña actual en pro de las cesáreas electivas solicitadas por las gestantes para no tener partos por vía vaginal. Se ha insistido en los problemas que dicha intervención acarrea, como mayor morbilidad materna por sepsis y en los riesgos del recién nacido. Llama la atención la poca importancia que se le ha dado a las consecuencias

tardías, especialmente a las eventraciones o hernias ventrales o "incisionales", dehiscencia de fascia o laparocèle, tema que nos ha interesado desde agosto de 1970 cuando dos cirujanos generales (1) en una charla ante la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, en la Maternidad Concepción Palacios, afirmaron que la operación que más producía eventraciones era la cesárea, basados en que en una serie de 471 eventraciones, las intervenciones que las precedieron fueron: cesáreas 23%, histerectomías 12,5%, herniorrafias umbilicales 11,4%, apendicectomía 8,2%, colecistectomía 8,2%, ooforosalingectomía 8,2%; la serie incluía 397 mujeres (84%) y 74 hombres (16%). En la discusión posterior manifestaron desconocer el universo

Recibido: 10-05-05

Aceptado para publicación: 21-07-05

total de las intervenciones señaladas, hecho indispensable para poder deducir las frecuencias de las eventraciones. En 1993 (2) después de una revisión de 159 publicaciones sobre cesárea en Venezuela, escribimos: "Nadie se ha ocupado de las eventraciones poscesárea, ni nadie ha demostrado en estudio controlado y con seguimiento, que verdaderamente, la incisión transversal de piel y aponeurosis tiene ventajas, aparte de la estética, sobre la vertical". Hasta 2004 la situación sigue igual, nadie en Venezuela ha escrito específicamente sobre las eventraciones en cesárea. Por ello, nos decidimos a publicar nuestra experiencia personal sobre el tema.

MATERIAL

Revisamos las historias clínicas de 752 mujeres sometidas a 1069 cesáreas entre los años 1946 y 1999. De estas 1069 cesáreas, 1046 (97,84%) fueron hechas por nosotros en los Hospitales Instituto Simón Rodríguez, Policlínica Caracas y Centro Médico; las restantes 23 por otros médicos, ya como primera cesárea o como iterativa.

En un primer embarazo se hicieron 535 (50,04%), en segundas hasta novenas gestaciones, 534 (49,95%). El tipo de incisión cutáneo-aponeurótica fue:

Longitudinal media	976
Transversal en piel	93
Con incisión vertical de aponeurosis (Kustner)	47
Con incisión transversal de aponeurosis (Pfannenstiel)	46

En las últimas operaciones hemos preferido la técnica de Kustner por parecernos agresivas las disecciones aponeuróticas del Pfannenstiel. En algunos casos se hicieron, en la misma mujer en sucesivas cesáreas, ambos abordajes.

Existían cicatrices de otras laparotomías en 21 casos, indicadas por condiciones tales como: embarazo ectópico, miomectomías, curas de endometriosis, histerorraxias, drenajes de abscesos pélvicos, colecistectomía, esplenectomía. El orden numérico de las intervenciones fue:

Primera cesárea	544	(50,88%)
Segunda	268	(20,07%)
Tercera	189	(17,68%)
Cuarta	52	(4,86%)
Quinta	16	(1,49%)

En el posoperatorio ocurrieron: 66 abscesos de la pared abdominal (6,17%), 42 "seromas" (3,92%) y 19 hematomas (1,77%).

El seguimiento de estas 1069 cesareadas mostró la presencia de eventraciones en 14 ocasiones que, calculadas

sobre 752 mujeres dan una frecuencia de 1,86% y sobre 1069 cesáreas, 1,33%. Las características de estas 14 eventraciones fueron:

a) En relación con el número de gestaciones:

Primigestas	1
Segundigestas	4
Tercigestas	4
Cuartigestas	2
Quintigestas	1
Sextigestas	2

b) En relación con el número de cesáreas:

Después de una: 2 en 544 primeras cesáreas	1 x 272	(0,36%)
" " 2 : 4 " 268 segundas "	1 x 67	(1,49%)
" " 3 : 4 " 189 terceras "	1 x 47	(2,11%)
" " 4 : 3 " 52 cuartas "	1 x 17	(5,76%)
" " 5 : 1 " 16 quintas "	1 x 16	(6,25%)

Estos datos fueron estudiados por el doctor José Miguel Avilán Rovira, Profesor de Epidemiología de la Universidad Central de Venezuela, quien muy amablemente nos envió el siguiente informe:

"Para su análisis le hice una regresión simple. La pendiente (coeficiente de regresión) fue de 1,61. Este valor en este caso va expresado en porcentaje y significa que por cada cesárea que tenga una mujer, aumenta 1,61% el riesgo de eventraciones. (Curiosamente aquí, la intercepción es igual -1,61-, pero este dato no siempre puede interpretarse desde el punto de vista práctico. Este valor no siempre coincide con el valor de la pendiente. Teóricamente correspondería al porcentaje de eventraciones en mujeres sin cesárea).

Finalmente, el coeficiente de correlación es de 0,96 y el de determinación es de 91,57. Esto significa que la variación del número de cesáreas explica el 92% de la variación del porcentaje de eventraciones.

c) En lo relativo al tipo de incisión cutánea, se apreció una en 93 transversales (1,07%) y 13 en 976 verticales (1,33%); las 14 eventraciones ocurrieron en 1023 incisiones verticales de la aponeurosis (1,36%); estos diferentes porcentajes no tienen significación estadística, según la prueba exacta de Fisher.

d) En la evolución inmediata de estas heridas se observó un absceso de la pared.

e) El momento del diagnóstico de la eventración osciló entre 6 días y 10 años poscesárea; la mayoría (11 casos) dentro del primer año, una a los dos años, otra a los 10 y, en una no precisable.

f) El diámetro y sitio de la brecha aponeurótica fue variable, desde algunas descritas como "pequeñas

eventraciones” hasta separaciones de 3 a 6 centímetros; en cuatro casos estaba desunida toda la cicatriz; en 3 la dehiscencia estaba ubicada en el extremo superior y en cuatro distribuidas en parte media, extremo inferior, mitad superior y lado derecho, respectivamente;

- g) Como era de esperarse, algunas de estas pacientes no volvieron a nuestra consulta, otras, con “pequeñas eventraciones” no se reoperaron. Sólo conocemos de cinco reparaciones quirúrgicas: dos hechas en la tercera cesárea, una en la quinta y dos fuera de embarazos; en dos de las realizadas durante cesáreas electivas se agregaron lipectomías (con pesos corporales de más de 90 kilos); en una de las intervenidas en ausencia de embarazo, en Atenas, Grecia, cuatro meses pos tercera cesárea, la operación fracasó.

DISCUSIÓN

Llama la atención las escasas fuentes de información sobre este tema en relación con la embarazada. Mencionaremos sólo dos publicaciones: una, del año 1977 (3) concluye que, posiblemente por la acción hormonal de estrógenos, progesterona y corticosteroides, las cicatrices abdominales de ratas preñadas y en puerperio, son más rígidas, pero no más fuertes que fuera de la gestación; la otra es la excelente revisión de Gall y Gall (4) de las complicaciones de las heridas de la cesárea, en la cual exponen los hechos que ocurren en el proceso de cicatrización: hipoxia, trauma, vasoconstricción, relajación de los esfínteres precapilares y de las uniones endoteliales, exudación de suero a través de las vénulas poscapilares por influencia de prostaglandinas, histamina y citoquinas, etc.; sin embargo, la única referencia que hacen en relación con la cesárea es que su herida “está a menudo contaminada con material extraño, particularmente restos de los productos de la concepción”. Otro autor (5) emite la opinión (o especulación), según la cual “la elasticidad de la pared abdominal resultante del embarazo ha también ayudado a disminuir las dehiscencias”.

Hay también escasez de datos acerca de la frecuencia de las eventraciones en cirugía general y, más aún, en cesáreas. Así, en 1129 laparotomías —excluidas cesáreas— seguidas hasta 12 meses después, se diagnosticaron 84 eventraciones: 7,4% (6); en otro estudio (7) de 393 cirugías abdominales se encontró que al año de control, no había dehiscencias de la aponeurosis, pero que en el seguimiento hasta 2,5 y 5,5 años, aparecieron 21, 5,4%; otras 1700 laparotomías (8) mostraron un 1,05% de eventraciones dentro del primer año del posoperatorio, cifra que subió a 1,7% a los 4 años; en intervenciones repetidas pueden verse hasta en un 12% (9); las incisiones verticales de la piel producen entre 7,6 y 23% de separaciones en el primer

año del posoperatorio y, dentro de los primeros cinco años, la prevalencia común es de 10% (10); en 60 cesáreas con antecedentes de abscesos de la pared se encontró un 4,7% de eventraciones, mientras no hubo esta complicación en 60 sin infección de la herida (11).

La influencia del tipo de incisión cutánea y aponeurótica sigue en discusión, aunque con poca base sólida: para unos no hay diferencias entre las verticales y las transversas (12); para otros, las verticales medianas presentan 7,6% de dehiscencias, mientras “las paramedianas muestran menos” (10). También se ha señalado (5) que “aun cuando los primeros estudios habían indicado que las incisiones abdominales transversas eran más fuertes que las verticales, estas conclusiones fueron más tarde cuestionadas sobre la base de que los estudios no habían sido hechos bajo condiciones estrictamente aleatorias. Puesto que las incisiones verticales permiten un acceso más rápido a la cavidad abdominal ellas fueron, probablemente, hechas en pacientes más enfermos” y que “experimentos recientes no han apoyado la teoría de que las transversas están, comparativamente, bajo menor tensión”. Sobre este dato no podemos opinar por nuestras diferencias numéricas: 976 incisiones verticales de piel contra 93 transversales y, en estas últimas en 47 también fue vertical la incisión de la aponeurosis.

En 340 operaciones obstétrico-ginecológicas, de las cuales 174 fueron cesáreas, no hubo eventración con la incisión de Pfannensteil y se vieron 6 en las verticales (13). No hubo diferencias en complicaciones de la cicatrización, ni en hematomas, en 619 cesáreas con incisión vertical de piel y aponeurosis, comparadas con 328 hechas con incisión de Pfannensteil (14). Tervila (citado por Biswas (13) reportó más eventraciones pos Pfannensteil que con incisión vertical. Sin datos propios se ha afirmado (7,15) que las heridas verticales dan más eventraciones que las oblicuas y transversas, con el agregado del comentario (7) según el que “experiencias suramericanas donde las heridas a machete transversales funcionaban mejor que las verticales”. Otros defienden a las verticales al no encontrar diferencias en cifras de evisceraciones y eventraciones en cicatrices verticales medianas, paramedianas y transversas (7,12). En nuestros casos no hubo significación estadística en las diferencias.

El tiempo transcurrido entre la operación y la aparición o el diagnóstico de la eventración es también variable y diversamente expuesto. Más arriba hemos mencionado lapsos de uno, dos y medio, cuatro y cinco años. En nuestros casos, la más precoz fue a los seis días y la más tardía a los 10 años, aun cuando la mayoría se hizo evidente dentro del primer año. En esos lapsos influye el tiempo de seguimiento y la asistencia de las pacientes a los controles. Sobre este punto, Bewick (16), en carta enviada a propósito de

la publicación de Bucknall y col. (6), afirma que “los cirujanos no saben cuál es su incidencia real de eventraciones porque muchos de sus pacientes, al no sentir molestias, no consultan”, o acuden a otro médico, agregaríamos.

En cirugía general, entre las causas predisponentes a esta complicación se citan: edad, sexo, obesidad, aumento de la presión intraabdominal por tos o distensión, la experiencia del operador, la sutura empleada, la técnica de cierre de la pared (6), la diabetes, anemia, infección y dehiscencia de la herida cutánea (12). En las embarazadas, algunos de estos factores no cuentan, aun cuando sí pueden, teóricamente, influir el sobrepeso, la anemia, la diabetes, los abscesos de la herida. En el estudio controlado de Gibbs y col (11) estos estuvieron presentes en los antecedentes de 4,7% de las eventraciones; en nuestra serie, de 66 abscesos de la pared observados, sólo en uno hubo eventración (1,5%); en los seromas y hematomas no se presentaron.

La influencia de la repetición de las intervenciones es comentada solamente en uno de los trabajos consultados (9), en el que se menciona que con incisiones reiteradas la presencia de eventraciones puede llegar hasta un 12%. Nuestros datos parecen demostrar que el factor más importante en su frecuencia es la repetición de la cesárea. Con la cada vez mayor tendencia a realizar esta operación, es de esperarse un aumento del número de estas dehiscencias, así como más estudios para su mejor conocimiento.

REFERENCIAS

1. Espinoza León L. Eventraciones post-operatorias. Bol Soc Venez Cir.1969;23:229-285.
2. Agüero O. Publicaciones sobre cesárea en Venezuela. Rev Obstet Ginecol Venez.1993;53:3-16.
3. Andreassen TT, Fogdestam I, Rundgren A. A biochemical study of healing of skin incisions in rats during pregnancy. Surg Gynecol Obstet.1977;145:175-178.
4. Gall SA Jr, Gall SA. Diagnosis and management of post-cesarean wound complications. En: Phelan JP, Clark SL, editores. Cesarean delivery. Nueva York: Elsevier; 1988. p.389-404.
5. Sanz L. Wound management. Matching material and methods for best results. Contemp Ob/Gyn.1987;30(11):86-114.
6. Bucknall TE, Cox PJ, Ellis H. Burst abdomen and incisional hernia: a prospective study of 1129 major laparotomies. Brit Med J.1982;284:931-933.
7. Ellis H. Midline abdominal incisions. Brit J Obstet Gynaecol.1984;91:1-2.
8. Clarke JM. Case for midline incisions. Lancet.1989;I:622.
9. Johnson JC, Barnes WA. How to choose the right abdominal incision. Contemp Ob/Gyn.1993;38(3):56-73.
10. Cahalane MJ, Shapiro ME, Silen ME. Abdominal incisión decisión or indecision? Lancet.1989;I:146-148.
11. Gibbs RS, Blanco JD, Stclair PJ. A case-control study of wound abscess after cesarean delivery. Obstet Gynecol.1983;62:498-501.
12. Kenedy DE. Management of abdominal wound. Surg Clin North Am.1984;64(4):803-807.
13. Biswas KN. Why not Pfannensteil's incision? Obstet Gynecol.1973;41:303-307.
14. Hetzel H, Bichler A, Geir W, Dapunto D. Section caesarea: Pfannensteil oder langsschnitt. Zeit Geburts Perinat.1979;183:128-135.
15. Pernía Pérez LA. Incisión de Pfannensteil clásica. Rev Obstet Ginecol Venez.1963;23:473-488.
16. Bewick R. Burst abdomen and incisional hernia. Brit Med J.1982;284:19-48.

Reiteramos nuestro agradecimiento al Profesor J.M. Avilán Rovira por su análisis bioestadístico y a Susanne Saulny quien, de nuevo, mostró su competencia en la transcripción del original.