

EL ABORDAJE EN LAS TROMBOSIS DE LA VENA CAVA (*)

Dr. Abel Chifflet

Practicamos la operación por tromboflebitis de la vena cava, por vía anterior, transperitoneal. La incisión mediana o transrectal derecha, dejando por fuera la cuerda constituída por la línea blanca externa, permite llegar al vaso por su cara anterior. Los abordajes laterales, paraperitoneales, frenados por dicha cuerda, conducen al lado externo de la vena. Esto no constituye obstáculo en las ligaduras por insuficiencia cardíaca, pero sí en las trombosis en que es necesario tener un campo amplio y fácilmente dominable por fuera y por dentro.

Abierto el vientre reconocemos la inserción posterior del mesenterio que cruza la vena. Es necesario practicar su separación. Dos vías describe Mérola para levantar la inserción del mesenterio: de derecha a izquierda y de izquierda a derecha. Por la derecha, despegando el ciego y colon ascendente y siguiendo la cara anterior de la 3ª porción del duodeno se pasa por detrás de los vasos mesentéricos hacia la logia mesenterocólica izquierda. Por la izquierda, rompiendo con el dedo el peritoneo que del mesenterio va al ángulo 3-4 del duodeno, se puede tomar el mismo plano siguiendo la cara anterior de D 3.

Cualquiera de las vías seguidas, permiten luego ir hacia abajo, hasta desprender totalmente el mesenterio y devolver su movilidad al asa umbilical. Elevando el mesenterio hacia arriba, Mérola dejaba al descubierto el retroperitoneo en tal forma que

(*) Comunicación presentada en la Sociedad de Cirugía en la sesión del día 10 de octubre de 1951; Sesión de homenaje al Prof. Lorenzo Mérola.

un discípulo llamó a la maniobra "La panoperatoria retroperitoneal".

Si en estas condiciones nos dirigimos a la vena cava, la encontramos recubierta por una lámina resistente que dificulta las maniobras de liberación. Esta lámina precava responde a lo que debió haber sido peritoneo parietal primitivo antes del adosamiento del mesenterio. Hacia la derecha pasa por detrás del ceco-ascendente y se continúa con el peritoneo parietal del flanco. Hacia arriba pasa por la cara posterior de D. 3 a cuyo borde inferior adhiere. Hacia abajo se continúa con el peritoneo parietal posterior sobre el promontorio y a derecha de éste. Hacia la izquierda se pierde sobre la aorta.

Para descubrir la vena cava será necesario seccionar esta hoja directamente delante del vaso o levantarla viniendo de uno de sus bordes.

Los dos tiempos para descubrir la cava, es decir, desinserción del mesenterio de Mérola y levantamiento de la hoja precava pueden unirse en una sola maniobra, limitada en extensión a las exigencias de la buena exposición del vaso y nada más. Tres caminos se nos ofrecen, cuya combinación puede en caso necesario aumentar las posibilidades de exposición: 1) la vía externa, 2) la vía izquierda, 3) la vía subduodenal.

1) La vía externa, se inicia despegando el ciego y colon ascendente como para la ileocolectomía. En esta maniobra, a poco que tratemos de levantar todos los tejidos, seguimos hacia adentro un plano que nos trae el uréter acolado y nos lleva por detrás de Duodeno 3. Llegamos directamente a la cava porque junto con el plano mesentérico levantamos la lámina representante del primitivo peritoneo parietal posterior.

2) La vía izquierda, obliga, para tomar el plano correcto hacia la cava, a levantar el duodeno a la altura del ángulo 3-4 y seguir el plano retroduodenal o a seccionar el peritoneo parietal posterior por arriba del promontorio y despegar hacia la izquierda, levantando junto con el mesenterio el peritoneo parietal sobre el cual éste se acoló. Es la vía que preferimos.

La vía externa y la vía izquierda pueden combinarse, uniéndose ambas incisiones por debajo de la última asa ileal y levantando así todo el mesenterio.

3) La vía subduodenal se inicia despegando el mesenterio de izquierda a derecha por la maniobra de Mérola y seccionando debajo de la tercera porción del duodeno la lámina subduodenal. Es la lámina que llamamos precava y que como hemos dicho es avascular. Esta vía da poca luz, pudiendo ser suficiente para ligar la cava, pero no debe utilizarse para las maniobras de exploración que exige la tromboflebitis.
