

La transposición del sistema musculoaponeurótico del tensor de la fascia lata en la reparación de la pared abdominal ánterolateral en su sector inferior, condicionada por la exéresis de los tumores desmoides

Dr. RUBEN M. VARELA SOTO

Como lo han dicho ya los colegas que se han ocupado de la patología y clínica de este tipo de tumores, es de especial interés para nosotros hacer hincapié en dos hechos de importancia:

1º) La exéresis amplia y completa que requieren para su curación ocasiona una mutilación de la pared y un defecto que debe ser corregido quirúrgicamente.

2º) La localización habitual en la pared ánterolateral del abdomen en su parte baja, región subumbilical en especial en la fosa ilíaca, lleva a que esa reparación tenga lugar en un sector parietal de anatomía, fisiología y patología particulares.

Nuestra casuística, que comprende tres casos de tumores desmoides de esa localización operados personalmente, nos permitió poner en práctica esos conceptos, así como la utilización de algunos de los distintos métodos reparadores que se emplean a tal fin.

Nuestro concepto anatomofuncional de la pared ánterolateral del abdomen, de acuerdo desde luego a la escuela quirúrgica a que pertenecemos, nos dice que en el terreno reparador hay que darle prioridad a los métodos que con los planos tisurales locorregionales nos permiten reestructurar la anatomía normal y por ende contemplar la restitución fisiológica de acuerdo a su desarrollo habitual.

Así curamos corrientemente las eventraciones quirúrgicas y así lo hacemos a plena satisfacción en el caso común de las hernias inguinales, la gran mayoría de las veces.

Y en este último caso, nos ha sorprendido alguna vez el poder restituir la plena anatomía sin violencia y con buenos resultados plásticos, con los métodos quirúrgi-

cos habituales, cuando habíamos planeado su solución con algún método plástico reparador de los muchos que ustedes conocen, plastias tisurales, injertos de piel (parche), materiales sintéticos o metálicos tan en boga.

Desde luego que necesariamente hay casos que requieren técnicas reparadoras especiales y para ellos hemos pensado en métodos plásticos y de aporte tisural que estén de acuerdo con la rigurosidad exigible dentro de lo anatómico y funcional y, por otra parte, que sean prácticos en su realización.

Con este criterio hemos hecho un estudio general para distintas zonas orgánicas y vamos a dar la pauta de la utilización del método, en un sector particular, exactamente en la pared ánterolateral del abdomen, en su sector inferior, o sea en la zona inguinoabdominal.

La exéresis quirúrgica que el tumor desmoide condiciona en esa zona, donde frecuentemente asienta, permite aplicar el método que nosotros planteamos para todas las circunstancias de alteración de la cincha abdominal inferior, de acuerdo al concepto sostenido por el Prof. Chifflet, y que aplicamos corrientemente en la reparación herniaria inguinal en casos fuera de lo común; a las eventraciones postoperatorias de dicha zona, en los casos extremos que no son reparables con elementos autóctonos.

Nosotros vamos a demostrar el método con uno de nuestros casos de tumor desmoide, caso extremo porque condicionó la exéresis de todas las estructuras de ese sector de la pared abdominal, caso pues, de aplicación ideal.

Efectuamos para tal fin el traslado de un sistema muscular vivo y funcionante,



FIG. 1.

irrigado e innervado, potente y adecuado, sistema que pertenece a la parte ántero-externa del muslo, al cual rotamos sobre

su implantación superior y situamos en la posición de la cincha abdominal inferior.

El sistema musculoaponeurótico utilizado es el del músculo tensor de la fascia lata, su estuche y su sistema aponeurótico iliofemoral, la implantación superior del sistema, punto clave en la anatomía y cirugía regional, es la espina iliaca ántero-superior.

El estudio anatómico de este sistema musculoaponeurótico es la base de nuestro trabajo del primer año de Adscripción en cirugía; ese estudio, en el cual no podemos entrar ahora, nos permitió aquilatar las particularidades anatómicas de irrigación e innervación de dicho sistema, así como sus posibilidades de transposición para la reparación.

Su aplicación en la clínica nos ha convencido plenamente.

Queremos insistir que no se trata de la utilización de la fascia lata como elemento reparador o de prótesis, aplicado desde hace tiempo, como elemento de sutura o de "parche" quirúrgico; sino de un sistema funcionalmente activo que al cambiarlo

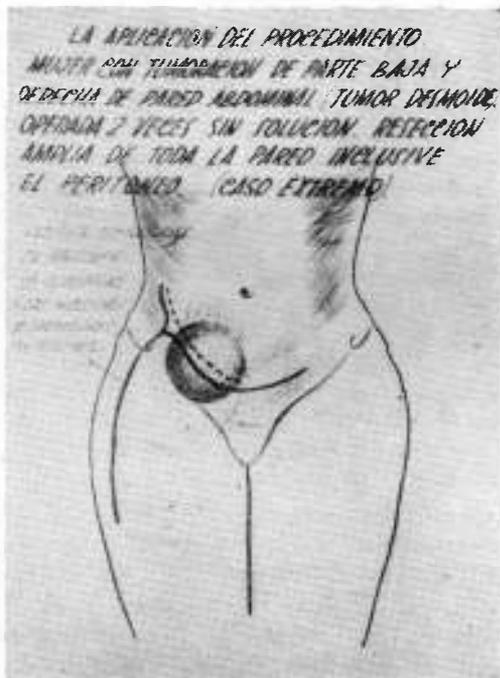


FIG. 2.



FIG. 3.

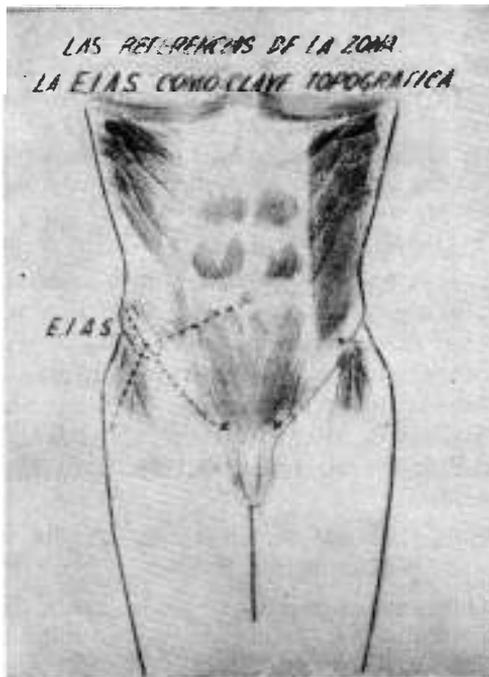


FIG. 4.



FIG. 6.

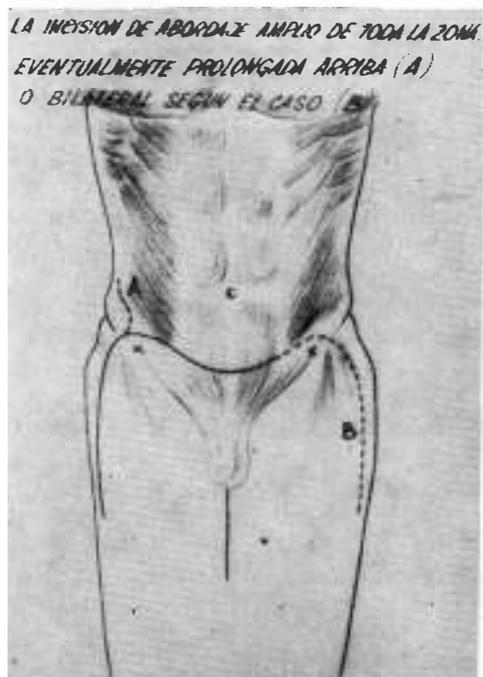


FIG. 5.

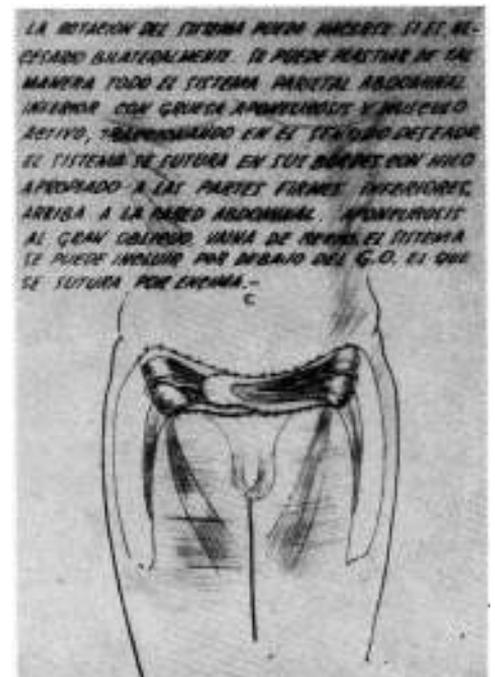


FIG. 7.

en su posición anatómica, cambia también su función; en este caso se transforma en pared abdominal con función de cincha abdominal inferior.

Las primeras referencias que tenemos sobre esa idea, las recogimos de un trabajo de Kenneth Mackenzie.

En G. Grey Turner se comenta el procedimiento de dicho autor en la reparación de la hernia inguinal mostrando nosotros en la figura 1, como lo hacían esos autores, no desprendiendo ni liberando el sistema como lo hacemos nosotros hasta la propia espina ilíaca ánterosuperior y plegando el sistema bastante abajo sin cambiarlo en su orientación funcional, utilizando en realidad la parte fascial como un parche.

Más cercano a nuestro criterio es el de los autores Jhon H. Clark y Anatol Axen, que utilizan la transposición del sistema en la parálisis poliomiélica de los músculos abdominales laterales en los niños, desprendiendo prácticamente todo el sistema y rebatiéndole hacia el tórax lateral.

Nosotros movilizamos todo el grueso estuche aponeurótico y el propio músculo hasta su inserción superior, conservando su innervación y el pedículo vascular superior; cambiamos la orientación de las caras, la que era superficial se hace profunda, en la misma posición. El borde inferior del sistema rotado, lo unimos firmemente a las estructuras del contorno anterior de la pelvis: arcada femoral, ligamento de Cooper, borde superior del pubis.

En el caso de la exéresis tumoral, como es la que nos ocupa, de toda la pared en su espesor, el sistema reemplaza con sus tres planos a los tres planos musculoaponeuróticos que constituyen la pared abdominal a ese nivel (figs. 2 y 3).

En el caso de la reparación herniaria, el sistema puede ser colocado debajo del plano del oblicuo mayor, el cual se incinde como en una incisión de herniotomía habitual y luego se sutura por encima de aquél.

Es habitual que la transposición del sistema de un solo lado, alcance para la plastia efectiva de la pared abdóminoinguinal; pero no hay inconveniente en hacerla bilateral si el caso lo requiere.

No tenemos referencias, ni tampoco lo hemos comprobado en nuestros enfermos, de que la utilización en tal sentido de dicho sistema musculoaponeurótico, trastorne

la marcha o el equilibrio en la posición de pie del sujeto operado.

Las secuencias operatorias se muestran en las figuras 4, 5, 6 y 7.

BIBLIOGRAFIA

1. Alieva, T.: Zameschemie obshirango defekta grudnoi kletki loskutom shirokoi fat di bedra. *Vest Khir.*, 80: 132-133, 1958.
2. Armstrong, K. and McGovern, V.: Scleromalacia perforans with repair grafting. *Trans. Ophthalm. Soc., Australia*, 15: 110-121, 1956.
3. Axen, Anatol: Tel Aviv Israel. Transposition of glutens maximus. Tensor Fasciae Latae and Iliotibial band for paralysis of lateral abdominal muscles in children after poliomyelitis. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, november 1958, Vol. 40 B, Nº 4.
4. Bick, W.: Surgical treatment of scleromalacia perforans. *Am. J. Ophth.*, 46: 598-599, 1958.
5. Clark Jhon, M. P. and Axel, Anatol: A muscle-tendon transposition for paralysis of the lateral abdominal muscles in poliomyelitis. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, mayo 1956, Vol. 38 B, Nº 2, 475.
6. Cracovaner, A. and Rubinstein, A.: Dilatation of the pharyngoesophagus following total laryngectomy, repair with fascia lata. *Arch. Otolar.*, 62: 306-307, 1955.
7. Grey Turner, G.: *Modern operative surgery*, 3er. edition, Vol. 2, 1943.
8. Hamilton, J.: Free mette seed fascialata patches in the repair of large abdominal incisional hernias. *Am. Surgeon*, 22: 217-226, 1956.
9. Havener, W. and Olson, R.: Encircling fascia lata strips for retinal detachment. *Arch. Ophthal.*, 67: 721-726, 1962.
10. Henry, A. K.: *Extensile exposure applied to limb surgery*, p. 86. Edimburg, E. and S. Livingstone Ltd., 1945.
11. Lewis, G.: A method of mastopexy with fascia lata transplants. *J. Internat. Coll. Surgeons*, 26: 346-353, 1956.
12. Mackenzie, Kenneth: *Brit. Journ. Surg.*, XII, Nº 45: 28, 1924.
13. Malbec, E. and Beaux, A.: Palpebral ptosis; plastic correction with strips of fascia. *Plastic and Reconstr. Surg.*, 21: 124-130, 1958.
14. Mayer, L.: The significance of the ilio-costal Fascial Graff in the Treatment of Paralytic Deformities of the Trunk. *Journal of Bone and Point Surgery*, 26: 257, 1944.

15. Natiello, O.: Reconstrucción del ligamento cruzado anterior de la rodilla con fascia lata: detalle de técnica. *Prensa Méd. Argent.*, 45: 2617-2618, 1958.
16. Pesek, I.; Schairer, A. and Keely, J.: The repair of defects in the diaphragm of dogs using sheets of ivalon sponge and fresh homologous grafts of fascia lata. *Surg. Forum.*, 7: 178-181, 1957.
17. Robins, R.; Sandy, J. and Moyes, P.: Preserved fascia lata homografts and synthetic grafts in repair of abdominal and chest wall defects in dogs. *Canad. J. Surg.*, 5: 223-228, 1962.
18. Snyderman, R.: Clinical use of tissue bank material. *Transpl. Bull.*, 4: 67, 1957.
19. Varela Soto, Ruben M.: *Estudio anatómico del músculo tensor de la fascia lata*. Trabajo de Anatomía de la Adscripción en Cirugía, 1957.