

Incisiones de abordaje quirúrgico en el abdomen del recién nacido, el lactante y el niño *

Dra. MARIA TERESA CABRERA ROCA

Desde hace algunos años (1946) nos ha preocupado la frecuencia de las evisceraciones en los recién nacidos operados con cuadros oclusivos, por malformaciones, malrotaciones, agenesia o atresia de segmentos de intestino. Algunos de ellos, cuyos problemas fueron resueltos del punto de vista de su oclusión, en los días siguientes presentan dehiscencia de la herida, seguida de evisceración o bien ésta se presentaba en forma sorpresiva. El niño se recupera, pero a pesar del cierre cuidadoso y con material especial, al cabo de un determinado tiempo se produce a evisceración, sobreviviendo adherencias, luego fístulas y hasta muerte en muchos casos.

Todo ello nos ha llevado a pensar en la elección de la incisión que, teniendo en cuenta la anatomía, la fisiología y la fisiopatología de la lesión en causa, pudieran ponernos a cubierto de esta contingencia.

1) Consideraciones anatómicas.

La pared abdominal de recién nacido y del lactante, aun cuando no haya detención del desarrollo muscular, es más globulosa y prominente, debido a su menor tonicidad. El abdomen prominente del recién nacido está casi todo recubierto por paredes blandas, casi externo a su pelvis ósea, con sólo un plano firme en la pared posterior ósteomuscular.

Las figuras muestran: 1) recién nacido normal; 2) recién nacido ocluido; 3) lactante; 4) niño de primera infancia; 5) niños de segunda infancia.

A medida que el niño crece, el abdomen es más plano, los músculos son más tónicos y las condiciones más semejantes al adulto.

2) Consideraciones fisiológicas.

La respiración del lactante es de tipo abdominal.

La bomba del diafragma transmite todo su peso, al fluctuar con los cambios de la respiración, a la pared abdominal anterior.

3) Consideraciones fisiopatológicas.

a) La oclusión, en sí misma aumenta el volumen abdominal y la presión intra-abdominal.

b) La producción de trastornos metabólicos y nutricionales incide sobre la cicatrización.

c) Los trastornos respiratorios que muchas veces se asocian, sea por problemas congénitos (malformaciones pulmonares y cardiovasculares) o adquiridas (infecciones).

Todo ello nos ha llevado a estudiar la posibilidad de una incisión que, dando una amplia luz en la cavidad abdominal, permita resolver el problema en juego, dando un margen de seguridad mayor, que aleje en lo posible el peligro de la evisceración.

Siendo la pared abdominal, cincha indispensable para la estática y la dinámica del abdomen, *debe ser conservada de cualquier modo.*

Las incisiones que se pueden practicar en el abdomen, son: a) verticales; b) oblicuas; c) transversas; d) combinadas. Todas ellas son perfectamente conocidas.

TIPOS DE INCISIONES

Verticales.— La incisión mediana, es muy raro se practique en el recién nacido o en el lactante y sólo se debe cerrar el abdomen en este sentido, cuando estamos frente al onfalocelo.

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica Infantil, de la Facultad de Medicina de Montevideo. Director: Profesor Dr. Ricardo B. Yannicelli.
Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 7 de octubre de 1964.



FIG. 1.— Recién nacido normal.



FIG. 3.— Lactante.

Las paramedianas, por el contrario, han sido las aconsejadas por muchos. La mayor parte de los autores la usan para el abordaje de los problemas intestinales congénitos del recién nacido.

Las incisiones verticales seccionan los planos (piel, músculos, aponeurosis y peritoneo), todos en la misma dirección.

Las incisiones casi se superponen con pequeñas variantes (pararrectales, pararrectales internas o externas), en todos los planos. La externa, corta las inervaciones. Es fácil explicarse el aumento de tensión intraabdominal producido por el íleo postoperatorio, secundario a la corrección de la oclusión, más los trastornos tróficos y di-



FIG. 2.— Recién nacido ocluido.



FIG. 4.— Niño de primera infancia.

gestonutritivos que inciden sobre la cicatrización y a veces, algunos fármacos, como la cortisona, llevan en muchos casos a la evisceración y su cortejo ya conocido: cierre, nueva evisceración, adherencias, fístulas y aun muerte del niño, cuya enferme-



FIG. 5.— Niños de segunda infancia de tres biotipos.

dad causal pudo ser corregida y que con otra incisión se hubiera salvado. Hay algunos de estos casos en la estadística que al final presentamos.

Cuando la falta de diagnóstico nos obliga a una laparatomía paramediana exploradora, que no pueda ser sustituida por otra incisión, creemos que la incisión de piel *no debe coincidir con la de los planos profundos*, pudiendo ésta ser oblicua, en "Y" o en "Z". Sabemos que la piel resiste mucho en la operación del onfalocele, primer tiempo de Gross; las vísceras sólo se recubren con piel, pues el cierre muscular rara vez puede hacerse y resiste muy bien.

En estos casos, aunque hubiere eventración la piel resiste y no se produce la evisceración, siendo el problema resuelto, mucho tiempo después, en mejores condiciones. Presentamos en la casuística, el caso de un lactante con una incisión paramediana en el curso de invaginación intestinal, que fue corregida ante una segunda evisceración, con un colgajo de piel realizado por cirujano plástico y aunque fallaron los planos musculares profundos, no se evisceró más y aun mismo soportó una insuficiencia cardíaca en el postoperatorio de esta segunda intervención.

- a) Elegir incisiones que disocien los músculos cuyas fibras, al volver a entrecruzarse, cierren con firmeza la pared.

- b) Seccionar sólo aquellos músculos cuyas aponeurosis puedan ser reparadas, dando garantías de soportar la presión intraabdominal.

¿QUE INCISIONES LOGRAN ESTE FIN?

- 1) Las transversas, en nuestra opinión, son las más aconsejables, aun las totales que seccionan ambos rectos y disocian los músculos oblicuos y transversos de ambos lados, pues este entrecruzamiento lateral le da al cierre gran fortaleza y apoyo a la aponeurosis del recto anterior del abdomen, seccionada horizontalmente. Esta incisión da gran luz y permite resolver la mayoría de los problemas oclusivos congénitos del recién nacido y del lactante.

Gross (3) estudió todas las incisiones y sus ventajas en cada caso particular. Benson (1) encuentra las transversas más seguras en este tipo de cirugía del recién nacido y del lactante. En la Argentina, sabemos que sostienen criterio semejante. Entre nosotros, aunque no hay unificación de criterio, hoy se emplea cada vez con más frecuencia.

- 2) Las oblicuas (tanto en el abdomen superior como en el inferior) son incisiones muy buenas y seguras, pero requieren diagnóstico precisos, pues su campo es limitado. Cuando estas incisiones se ensanchan, caen en la categoría siguiente o sea la de las incisiones combinadas.

- 3) Incisiones combinadas, deben ser usadas siempre que la incisión de la piel no coincida con la de los planos profundos. Una de las mejores de este tipo es la de Pfannenstiel, para el abordaje de la pelvis.

Incisiones que evisceraron (por tipo): paramedianas, 13; transversas, 2; Mac Burney (ensanchado), 2; mediana (onfalocele), 1. Total: 18.

Incisiones que evisceraron (por edades): menores de 1 año: recién nacido, 3; lactantes, 11; mayores de 1 año: 1, 5, 12, 14 años.

RESUMEN

- a) Aconsejamos las incisiones transversas, en los problemas oclusivos del recién nacido.

- b) Las oblicuas, sólo pueden ser usadas cuando el diagnóstico es preciso, porque el campo es limitado.

c) En caso de vernos obligados a utilizar incisiones verticales, la de la piel no debe coincidir con la de los planos profundos, siendo éstas en "Y" o en "Z".

d) Estos conceptos son absolutos, en nuestra opinión personal, para el recién nacido y el lactante de menos de 1 año y aconsejables en la primera infancia.

e) Cuando en la segunda infancia haya trastornos metabólicos, enfermedades catabolizantes, medicación con cortisona o posibilidad de íleo intestinal prolongado, aconsejamos tomar en cuenta estos conceptos y usarlos en los abordajes quirúrgicos de estas edades.

Tratándose de niños normales y sobre todo en problemas traumáticos, no tenemos ninguna objeción, en el niño mayor, sobre usar incisiones paramedianas.

RÉSUMÉ

a) Nous conseillons les incisions transversales dans les problèmes occlusifs du nouveau-né.

b) Les incisions obliques ont un champ limité; elles ne peuvent donc être utilisées que quand le diagnostic est précis.

c) Dans le cas où il est besoin d'utiliser des incisions verticales l'incision de la peau ne doit pas coïncider avec celle des plans profonds, devant être ces incisions de la peau en "Y" ou en "Z".

d) Ces concepts sont absolus, à notre avis personnel, pour le nouveau-né et pour l'enfant de moins d'un an. Ils sont conseillés dans la première enfance.

e) Quand dans la deuxième enfance il y a des troubles métaboliques, des maladies catabolisantes, une médication avec de la cortisone ou la possibilité d'íleo intestinal prolongé, nous conseillons de suivre ces concepts et de les utiliser dans les abordages chirurgiques de ces âges.

Quand il s'agit d'enfants plus grands, s'ils sont normaux, nous ne faisons pas d'objection à l'emploi d'incisions paramedianes, surtout dans des problèmes traumatiques.

SUMMARY

a) Transversal incisions for occlusive problems of the newly born are advised.

b) Slanting incisions can only be performed when you have a right diagnosis, because its range is limited.

c) If we are forced to perform vertical incisions, the skin incision must not coincide with that of the deeper layers, being these in "Y" or in "Z".

d) According to our criteria these principles are absolute for newly born and lactants of less than one year, and they are advisable in first infancy.

e) We advise to take into consideration these principles and apply them in metabolic disturbances, catabolizing diseases, cortisone medication or possibility of bowel ileum in second infancy, according to the surgical possibilities of these ages.

We don't object the performance of paramedial incisions to normal grown-up children specially when they have traumatic disturbances.

BIBLIOGRAFIA

1. BENSON, C. D., MUSTARD, W. T. y otros. *Pediatric surgery*. Chicago, Year Book Med. Publ., 1962. 291 p.
2. FOLCO, R. R.: Cirugía de invaginación en el niño; vías de abordaje. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 6º: 884; 1955.
3. GROSS, R. E. y FERGUSON, C. C.: Incisiones abdominales en niños de primera y segunda infancia; un estudio de evisceración. *An. Cir.*, Buenos Aires, 12: 415; 1953.

DISCUSION

Dr. Rafael García Capurro: Estoy completamente de acuerdo con lo que nos trae la Dra. Cabrera y creo, como ya había dicho hace años, cuando hice el relato al Congreso Uruguayo de Cirugía, sobre eventraciones, que las incisiones transversas son indudablemente menos eventrantes que las verticales. Presentamos entonces un grupo de incisiones que llamamos "un juego" de incisiones transversas. En realidad, son parecidas unas a otras, a los diferentes niveles y con ellas se permite en realidad abordar cualquier parte del abdomen. Como sugiere la Dra. Cabrera, prácticamente todo se puede hacer por una incisión transversa. De manera que, en la cirugía de adultos que hacemos, usamos prácticamente incisiones transversas, salvo la incisión mediana supraumbilical.

Los músculos rectos anteriores, que algunos cirujanos manifiestan no haber cortado nunca transversalmente, no tienen en realidad mayor importancia en cuanto a la contención de la faja abdominal. La faja abdominal está en los músculos transversos. Los rectos anteriores, son músculos de tránsito en el abdomen. En realidad, es un músculo que actúa desde la pelvis sobre el tórax. Si quitáramos totalmente el músculo recto anterior, dejando sólo los planos transversales, el abdomen no se deformaría.

Dr. Ricardo Yannicelli: Es una lástima que la Dra. Cabrera no haya agregado en estas ci-

fras estadísticas, el número de la totalidad de los intervenidos por distintas incisiones, el número de los operados, porque recorriendo ese cuadro hay un porcentaje mayor en el año 1960. Se refiere, como es claro, casi todos a recién nacidos y lactantes, y la mayoría a incisiones paramedianas. Estamos de acuerdo, en general, en que eso es lo que sucede. Ahora, sería interesante señalar el cuadro patológico que determina las incisiones, porque es indudable que es algo fundamental. Además de las condiciones propias de anatomía, el proceso hay que tenerlo muy en cuenta, los trastornos metabólicos frecuentes, la facilidad con que se producen trastornos metabólicos que dificultan la cicatrización, son todos elementos de juicio que habría que tener en cada caso. Pero es evidente que, tanto las paramedianas como la mediana, no las deseamos ningún cirujano de niños, en las edades del recién nacido y lactante, y que hacemos incisiones transversas, desde luego, supraumbilicales; las transversas que se hacen son combinadas, oblicuas, que después cruzan el recto, de un lado o de dos, y hacemos un Mac

Burney con una ampliación clásica de las intervenciones. Me parece que esa es una precaución que casi todos tenemos.

Hay otro factor que la doctora no lo citó, es la posibilidad de eventración en el curso del llanto de los niños en el momento de hacer curaciones. Si se le ha suministrado cortisona con más facilidad. En enfermos afectados por procesos que desnutren. Es clásico en todos los Servicios de Cirugía de Niños, produciéndose eventraciones en el curso del postoperatorio, al curar intervenidos de grandes tumoraciones abdominales.

En resumen: la realidad de las eventraciones en la clínica de niños es notoria. Todas las incisiones que predisponen a esas eventraciones deben ser excluidas o colocarse en segundo plano. Es evidente que en esas incisiones eventrables con más facilidad está, a esas edades de recién nacidos y lactantes, las incisiones mediana y las paramedianas. Coincidimos entonces que es mejor proceder a las incisiones transversas, oblicuas combinadas con incisiones transversales en general.