

CIRUGÍA EXPERIMENTAL

Valor del epiplón en la reparación de defectos parietales torácicos

Bres. Julio Sanguinetti, Alberto Beguiristain, Wilson Ramírez y Raúl Dómine*

Se realiza la valoración experimental de la trasposición torácica del epiplón mayor, usado como elemento plástico en la reparación de defectos parciales o totales de la pared del tórax en 22 perros. En 12 brechas parciales (cutaneomusculares, hasta el plano costal), los resultados fueron muy buenos. En 10 brechas totales (incluyendo plano costopleural), el epiplón se fijó sobre malla sintética suturada circunferencialmente al defecto. En ellos la acrostasis primaria se mostró dificultosa y se produjo enfisema subcutáneo perilesional, pero la evolución alejada fue igualmente buena.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Thoracic neoplasms/surgery. Omentum/transplantation.

En determinadas circunstancias lesiones que afectan la pared torácica, como la necrosis post-radiación, quemaduras graves, infecciones y resecciones en bloque por neoplasma llevan a la producción de defectos parietales cuya corrección quirúrgica plantea problemas difíciles de resolver.

El empleo con éxito de la trasposición abdominal del epiplón mayor en diversas situaciones clínicas llevó a plantear su uso en la reparación de las pérdidas de sustancia torácica parietal, buscando aprovechar sus cualidades plásticas, vasculares y de resistencia a la infección (1 a 7).

El objetivo de este trabajo es la valoración experimental del epiplón en la reparación de brechas torácicas.

MATERIAL Y METODO

Se utilizaron 22 perros de raza y peso variable; operados bajo anestesia general con pentobarbital i/v. y asepsia quirúrgica.

Se abordaron por incisión mediana supraumbilical. Se realiza la liberación del epiplón mayor y la valoración de que sus dimensiones lo hacen apto para su ascenso a la pared torácica. De ser necesario y para facilitar la misma se puede pediculizar el epiplón de los

Laboratorio de Cirugía Experimental del Departamento de Cirugía (Prof. Dr. Uruguay Larre Borgcs). Facultad de Medicina. Montevideo.

vasos gastroepioplóicos derechos o izquierdos, respetando la integridad del arco vascular gastroepioplóico. Una vez movilizado el epiplón, se exteriorizó a través de una contrabertura labrada en la pared laterosuperior del abdomen, evitando constricciones a nivel de la misma. El ascenso del colgajo epiplóico hacia el defecto torácico se realizó mediante un túnel subcutáneo, controlando la viabilidad vascular del epiplón.

Se realizaron dos series:

Serie A: 12 animales. Se les practicó un defecto torácico parietal de 8 x 6 cm. incluyendo piel y tejidos músculos aponeuróticos, hasta parrilla costal. El epiplón pediculizado y ascendido en la forma ya comentada, se extendió sobre el defecto en forma de lecho, fijándolo a los bordes del mismo con puntos separados de catgut.

Finalmente se completó la plastia del defecto con un injerto libre de piel total.

Serie B: 10 animales. Se les practicó una brecha torácica total de 8 x 6 cm, incluyendo planos superficiales, resección de dos costillas y pleura parietal subyacente. En la brecha así creada se utilizó como elemento de contención primaria una malla sintética de Marlex de iguales dimensiones; la cual se fijó mediante una corona de puntos de lino a los planos marginales.

Se completó la plastia del defecto disponiendo el epiplón en forma similar que en la serie A y se cubrió la zona con un injerto libre de piel total. En todos los casos se colocó drenaje torácico bajo agua que se retiró en el postoperatorio inmediato, una vez controlada la reexpansión pulmonar mediante radioscopia.

RESULTADOS Y DISCUSION

No tuvimos dificultades técnicas en la pediculización y ascenso del epiplón a pared torácica. En todos los animales de ambas series no se registraron complicaciones abdominales por la realización de este procedimiento y la travesía abdominotorácica no afectó la viabilidad epiplóica.

Presentado al Forum Experimental del XXV Congreso Uruguayo de Cirugía, el 3 de diciembre de 1974.

* Colaboradores no-médicos del Departamento de Cirugía.

Dirección: Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Av. Gral. Flores 2125, Montevideo.

Consideraremos por separado los resultados alejados de cada serie:

Serie A: Brechas torácicas parciales. 12 animales.

En ninguno de los casos hubo causas de muerte imputables al método. Los animales fueron sacrificados en lapsos que oscilaron entre los 30 y 90 días. La evolución alejada mostró en 8 animales resultados que calificamos de excelentes con total aceptación del injerto de piel. La necropsia mostró una completa incorporación del epiplón al defecto y a la piel. En 2 de estos animales la presencia de infección de planos superficiales y colección serohemática parietal respectivamente no incidieron en la evolución ulterior del injerto.

En 3 animales se produjo la pérdida del injerto de piel en lapsos que oscilaron entre los 2 y 5 días. En todos ellos el epiplón subyacente se mostró como área granulante ricamente vascularizada y por lo tanto clínicamente no imputable de la pérdida del injerto.

Posteriormente se produjo cierre del defecto por segunda intención.

Serie B: Brechas torácicas totales. 10 animales.

La reparación mostró dificultad inicial en lograr aerostasis primaria del defecto, hecho que se tradujo en la presencia de un enfisema subcutáneo perilesional en el postoperatorio inmediato, que se reabsorbió ulteriormente.

Nueve animales sobrevivieron en condiciones clínicas normales, siendo sacrificados entre los 15 y 60 días de la intervención.

En todos ellos, en la evolución alejada, la reparación parietal ofreció adecuada contención aérea y visceral, evidenciada por una reexpansión pulmonar mantenida y la ausencia de alteraciones de la estabilidad parietal.

En 3 animales la evolución fue excelente con total aceptación del injerto de piel. En los otros 6 se produjo pérdida del mismo con conservación del epiplón como área granulante, cicatrizando a posteriori por segunda intención.

El estudio necrópsico mostró en todos ellos: pleurización de la cara torácica de la malla, con total cobertura del defecto por el epiplón, con firmes adherencias a la prótesis.

El animal restante falleció a los 7 días de la operación, como consecuencia de una supuración pleural sin evidencias clínicas de infección parietal.

CONCLUSIONES

1) La pediculización torácica del epiplón mayor no ofreció dificultades técnicas en su realización y se presentó exenta de complicaciones.

2) La reparación de defectos torácicos parciales por este procedimiento se mostró sugestivamente exitosa, lo cual justifica su utilización en la clínica humana.

3) La reparación de defectos torácicos totales, con la combinación de prótesis y epiplón, superadas las dificultades en la aerostasis inmediata, mostró resultados alejados buenos.

RÉSUMÉ

Utilité de l'épiploon dans la réparation de défauts pariétaux thoraciques.

Étude expérimentale de la transposition thoracique du grand épiploon utilisé comme élément plastique dans la réparation de défauts partiels ou totaux de la paroi du thorax chez 22 chiens. Sur 12 brèches partielles (cutanées-musculaires jusqu'au plan costal), les résultats furent très bons. Dans dix brèches totales (y compris le plan costo-pleural), l'épiploon fut fixé sur maille synthétique suturée en cercle autour du défaut. L'aérostase primaire, ici, fut difficile et s'accompagna d'emphysème souscutané périlesionnel, mais l'évolution à long terme s'avéra également bonne.

SUMMARY

Value of the omentum in the repairment of thoracic wall defects.

An experimental evaluation is performed upon the thoracic transposition of the greater omentum used as a plastic element in the repairment of partial or total defects in the thoracic wall, in 22 dogs. In 12 partial defects (skin and muscle, up to the costal plane), results were very good. In 10 total defects (including costopleural plane), the omentum was attached on a synthetic mesh circumferentially sutured to their rims. In these cases, primary aerostasis was difficult and there appeared a subcutaneous emphysema around the lesion, but the later evolution was also good.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ABBES JL, RICHELME H and DEMARD F. The greater omentum in repair of complications following surgery and radiotherapy for certain cancers. *Int Surg*, 59: 2, 1974.
2. DUPONT C, MENARD I. Transposition of the greater omentum for reconstruction of the chest wall. *Plast Reconstr Surg*, 49: 2, 1972.
3. GOLDSMITH HS. Omental transposition for the treatment of chronic lymphedema. *Surgery*, 23: 303, 1966.
4. GOLDSMITH HS and BEATTIE EJ Jr. Protection of vascular prostheses following radical inguinal excisions. *Surg Clin N Am*, 49: 413, 1969.
5. GOLDSMITH HS and BEATTIE EJ Jr. Carotid artery protection by pedicle omental wrapping. *Surg Gynecol Obstet*, 130: 57, 1970.
6. HENRY E, COURBIER R. Traitement chirurgical de l'insuffisance coronaire par epiploplastie. *Ann Chir Thorac Cardio*, 3: 228, 1964.
7. KIRICUTA I. L'emploi du grand épiploon dans la chirurgie du sein cancéreux. *Presse Méd*, 71: 15, 1963.