

# Reexploración de la cavidad peritoneal en el lecho

## Técnica de Beveraggi modificada

Dres. Gustavo Bogliaccini, Jorge Pomi, Roberto Estrugo,  
Alberto Estefan y Raúl Praçeri

Se presenta una modificación de la técnica de Beveraggi de cierre con malla de Marlex de la cavidad abdominal, en pacientes con sepsis de origen abdominal. La misma consiste en la fijación de la malla en forma tal que permite la exploración abdominal en la cama del enfermo. Se hacen algunas consideraciones sobre los fundamentos e indicaciones del procedimiento, relatando nuestra casuística.

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:*  
Laparotomy

### INTRODUCCION

Las complicaciones sépticas constituyen uno de los mayores problemas no resueltos en la práctica quirúrgica y causa fundamental de muerte en un alto porcentaje de casos.

En el manejo de estos enfermos sépticos es de primordial importancia el diagnóstico precoz de un absceso abdominal, pues de ello puede depender la vida de un paciente.

El diagnóstico precoz es aquel que se realiza antes de que la sepsis afecte múltiples parénquimas y se exprese clínicamente.

La aparición de logias o absesos peritoneales supurados después de drenar una peritonitis, es una consecuencia de la reacción de defensa del organismo enfermo, a mayor resistencia, más rápida delimitación y colección del pus.

Es muy difícil asegurar que no hay focos abdominales en un operado de peritonitis grave sin reabrir el abdomen, puesto que acompañando al grupo de enfermos con el cuadro clínico de un absceso peritoneal evidente, se halla el grupo de los pacientes que estando sépticos no tienen un foco evidente.

Siguiendo a Altemeier (1) podemos considerar que un foco abdominal puede estar localizado en la cavidad peritoneal, en el retroperitoneo o ser un absceso visceral siendo la incidencia aproximadamente igual para las tres localizaciones. La frecuencia de la aparición de estos absesos no ha variado en el tiempo a pesar de los drenajes, lavados y el uso de los antibióticos.

Los drenajes aunque esten permeables, a las pocas horas, sólo drenan un pequeño sector en su derredor pues están bloqueadas por las asas, como fue demostrado, por Harvey (9) hace más de 30

*Clínica Quirúrgica "3". (Prof. R. Praderi). Hospital Maciel, Montevideo.*

años. Los lavados tampoco son efectivos, puesto que rápidamente se forman canales de circulación preferencial, que rápidamente los vuelven ineficaces. Los antibióticos no han demostrado evidencia de solucionar o evitar por sí solos la presencia y el número de absesos.

Es así que para aunar el criterio de diagnóstico precoz y el de terapéutica efectiva seguimos a Fagniez y col. (6) en los siguientes principios:

1) reanimación intensiva con hiperalimentación y si es necesario asistencia respiratoria y diálisis extrarrenal.

2) reintervenciones quirúrgicas iterativas hasta erradicar todos los focos sépticos abdominales.

3) evitar toda anastomosis digestiva a cualquier nivel y proceder a la exteriorización de las secciones intestinales.

4) ausencia de cierre parietal y contención abdominal con malla.

5) lavados y exploración cotidiana según necesidad bajo analgesia.

La reintervención se vuelve así imprescindible, pero la apertura y cierre iterativo del abdomen obliga a anestias generales repetidas y a contaminar y provocar necrosis e infección parietal, llevando a las evisceraciones.

Se han ideado diversos métodos para solucionar algunos aspectos de estos problemas: procedimientos de Boyd (3), Guivarc'h (8), Morel (11), etc. que fueron puestos a punto por Beveraggi (2), quien deja el abdomen parcialmente abierto y cubre el defecto parietal con una malla de Marlex cosida al plano aponeurótico, obteniendo así muy buenos resultados. Sin embargo para reexplorar el abdomen es necesario retirar la malla parcialmente o a seccionar y volver a suturarla. Esta técnica ha sido ya presentada en nuestro país por Torterolo y col. (12)

El propósito de esta breve comunicación es mostrar un detalle de técnica quirúrgica que modifica el procedimiento original sin hacerle perder su capacidad de retención de las vísceras abdominales.

Este punto es fundamental, puesto que la malla es útil, si mantiene una presión abdominal adecuada, para que el pistón diafragmático tenga donde apoyarse (4, 10). No se perturba la función respiratoria y aún el paciente puede ser colocado en A.R.M., cosa que sucede frecuentemente en estas situaciones. Además tiende a disminuir el íleo paralítico (4) y permite incluso colocar el paciente en decúbito

Presentado al XXXI Congreso Uruguayo de Cirugía, Montevideo. 1980.

Profs. Adjuntos de Clínica Quirúrgica. Profesor de Clínica Quirúrgica, Fac. Med. Montevideo.

Dirección: Juan Paullier 1110 - Apto. 16 Montevideo (Dr. G. Bogliaccini).

ventral lo que favorece el drenaje postural de secreciones patológicas (7).

La colocación de mallas en ambientes sépticos para cubrir defectos parietales ha sido utilizado desde hace tiempo por diversos autores (3, 13), aunque actualmente se colocan de primera intención.

En nuestra serie se ha indicado en la peritonitis hipersépticas o fecaloideas, evolucionadas; o postoperatorias, que permiten preveer la ulterior formación de colecciones intraabdominales.

**PROCEDIMIENTO**

Se coloca una lámina rectangular de Marlex o Dacron contra el plano visceral, de preferencia sobre el epiplón extendido. Se fija la misma con cuatro a seis puntos percutáneos a distancia de los bordes de la herida.

Esto nos permite introducir la mano entre la pared y la malla, y explorar así la cavidad abdominal en sus cuatro cuadrantes y encontrar abscesos intraperitoneales, que han dado escasa o nula repercusión metabólica.

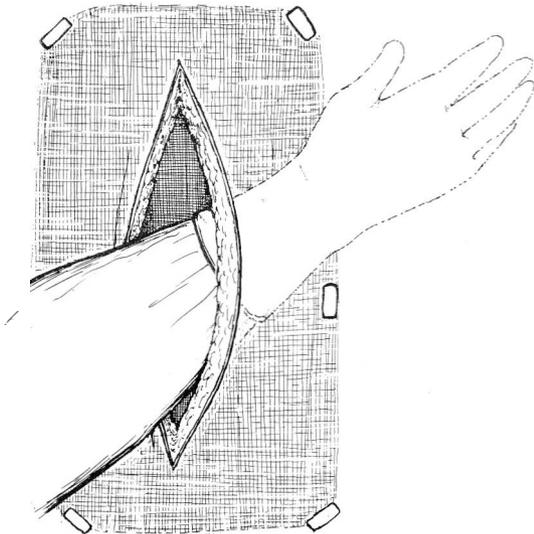


Fig. 1 - Esquema demostrando como es posible introducir la mano entre dos puntos de sostén.

Usamos el procedimiento previa analgesia con Fentanyl (R) y tomando las debidas precauciones

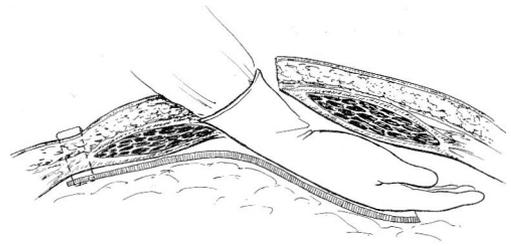


Fig. 2 - Vista en corte, donde se aprecia el espacio entre la malla y la pared donde penetra la mano del cirujano.

de asepsia se puede realizar en la cama del enfermo en la propia Unidad de Cuidado Intensivo.

Procedemos a dar salida al pus que pueda haber colectado o que se encuentre en cavidad libre y hacemos lavados profusos con soluciones antisépticas yodoforadas. (5).

Si la evolución es favorable, mantenemos la malla durante 7 días aproximadamente o procedemos a su recambio con igual procedimiento. Tratamos de retirarla antes de que se incorpore definitivamente con el tejido de granulación que la invade desde la pared abdominal. Sobre todo en aquellos casos que no tenemos epiplón. De lo contrario la posibilidad de reentrar en ese abdomen para intervenciones complementarias, se ve muy dificultada por la incorporación del intestino y la pared en un sólo block.

Luego de retirada la malla, usamos algunos procedimientos complementarios, para la contención de las vísceras dentro de la cavidad abdominal. Una de ellas es el cierre con tubos de polietileno, tubuladura de plástico, que nos permite ir ajustando la tensión progresivamente y de esa manera ir aproximando los bordes de la incisión. Este método tiene el inconveniente de que provoca una necrosis parietal que se va extendiendo hasta el borde. El uso del Esculteto es otro procedimiento de contención que hemos usado, aunque actualmente los hemos dejado de lado al comprobar que no se producen evisceraciones.

El defecto cutáneo se ha solucionado o bien injertando encima de la malla cubierta por tejido de granulación o luego de retirada la malla aproximando los bordes de la herida en forma progresiva.

Hemos realizado el procedimiento en 6 pacientes cuyas historias se resumen:

65 a.	Fístula sigmoideo-vesical. Sigmoidectomía Peritonitis fecaloidea postoperatoria recidivada.	Drenaje - lavado Colostomía Talla. Malla.	6 reinter.	Cierre de pared. Alta con talla
34 a.	Peritonitis difusa apendicular. 5 días evolución.	Drenaje - lavado. Apendicectomía. Malla.	2 reinter.	Eventración. Plastia a los 4 meses.
57 a.	Peritonitis fecaloidea. Per. sigmoides. 5 días evolución.	Colostomía Drenaje - lavado Malla.	3 reinter.	Alta con colostomía Eventración. Plastia y cierre de colostomía a los 6 meses.

36 a.	Cesárea Ileo postoper. Perforación gástrica inadvertida. Peritonitis, drenaje.	Cierre de perforación Lavado, drenaje. Malla.	3 reinter. Hemorragia x úlceras agudas	Sepsis. Muerte.
67 a.	Peritonitis difusa apendicular 11 días evolución	Drenaje, lavado. Apendicectomía Infarto intestino - mesen- térico segmentario. Resección, cierre. Reanastom. Malla	3 reinter. Fístula anast.	Cierra la fístula. Area granulante limpia sobre la malla.
12 a.	Peritonitis post- apendicectomía 13 días evolución.	Drenaje, lavado, malla.	6 reinterv. sucesivas	Alta con malla granulando. Se retira la malla a los 6 meses y se cierra la pared con refuerzo de malla en profundidad.

## CONCLUSIONES

1) Las peritonitis evolucionadas, las hipersépticas, las postoperatorias, dan frecuentemente origen a abscesos intraabdominales.

2) Estos abscesos pueden no tener una expresión clínica evidente, por lo que es necesario reexplorar en forma iterativa un porcentaje de estos enfermos.

3) A pesar de que se produzca tejido de granulación sobre la malla, hemos encontrado abscesos residuales en algunos casos.

4) Ha sido por estas razones que se ha modificado en forma mínima el procedimiento original de Beveraggi, en el afán de facilitar esta reexploración.

## RESUME

Reexploration de la cavité peritoneale dans le lit du malade. Technique de Beveraggi modifiée.

On présente une modification de la technique de Beveraggi que réalise la fermeture de la cavité abdominale avec un filet de Marlex, chez des patients avec des septicémies d'origine abdominale.

Celle-ci consiste à fixer le filet de telle façon qu'elle permet l'exploration o abdominale, dans le lit du malade.

On considère les fondements et les indications du procédé, tout en rapportant notre casuistique.

## SUMMARY

Abdominal reexploration in the bed. Modified Beveraggi's procedure

A modification of Beveraggi's procedure of abdominal closure with Marlex mesh in septic patients of abdominal origin is presented. The type of fixation of the mesh allows abdominal exploration in the ward. Some considerations over the foundations and indications of the procedure are done and our cases are presented.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALTEMEIER, W.A.; CULBERTSON, W.R.; FULLEN, W.D. and SHOOK, C.D. "Intra-abdominal abscesses". *Am. J. Surg.* 125: 70, 1973.
2. BEVERAGGI, E.A.: "Sepsis y Cirugía". *Cong. Argent. de Cir.*: 49, 1978.
3. BOYD, W.C.: "Use of Marlex mesh in acute loss of the abdominal wall due to infection". *Surg. Gynecol. Obstet.* 144: 251, 1977.
4. CORRAO, F.; BEVERAGGI, E.A.; PIETRAVALLO, A.F.; Interguglielmo, R.; MARCHITELLI, H.: "Tratamiento médico quirúrgico de la celulitis sinérgicas necrotizantes". *Bol. Trab. Soc. Argent. Ciruj.* 36: 271, 1975.
5. CHAMPAULT, G.; MAGNIER, M.; PSALMON, F.; ROCHE, J.Y. et PATEL, J.C.: "L'éviscération thérapeutique des péritonites". *Nouv. Presse Med.* 8: 1349, 1979.
6. FAGNIEZ, P. L.; MAY, J.M.; REGNIER, B.; MAILLARD, J.N.; JULIEN, M.; GERMAIN, A. et ELMAN, A.: "Les péritonites "dépassés". *Attitude thérapeutique et résultats*". *Nouv. Presse Med.* 8: 1348, 1979.
7. GILSDORF, R.B. and SHEA, M.M.: "Repair of massive septic abdominal wall defects with Marlex mesh". *Am. J. Surg.* 130: 634, 1979.
8. GUIVARCH, M.; ROULLET-AUDY, J.C. et CHAPMANN, A.: "La non fermeture pariétale dans la chirurgie itérative des péritonites". *Chirurgie.* 105: 287, 1979.
9. HARVEY, H.D.: In Meleney, F.L. "Clinical aspects and treatment of surgical infections", p. 216, Philadelphia, Saunders, 1949.
10. LEVASSEUR, J.C.; LEHN, E. et RIGNIER, P.: "La contension interne par prothèse résorbable dans le traitement des grandes éviscérationes". *J. Chir.* 116: 773, 1979.
11. MOREL, C.J.L.; ALVAREZ RODRIGUEZ, J.; RAPELA, R.O.; COSTA, L.A.; CHIAPPETA PORRAS, L.: "Empleo de malla de microtul de nylon en el tratamiento de peritonitis y evisceraciones agudas, sépticas graves". *Bol. Trab. Acad. Argent. Cirug.* 60: 34, 1976.
12. TORTEROLO, E.; VIÑUELA, E.; PERRIER, J.P.; PIÑEYRO, A.; BERGALLI, L.E. y PEYROULOU, A.: "Evisceración terapéutica controlada". *Cir. Urug.* 51: 119, 1981.
13. USCHER, F.C.: "A new plastic for repairing a tissue defect of the chest and abdominal wall". *Am. J. Surg.* 47: 629, 1959.