

SOBRE UNA MODIFICACIÓN A LA INCISIÓN TRANSVERSA

Prof. Juan - C. DEL CAMPO

Son tan variadas las necesidades operatorias que es, podríamos decir imposible, que determinada incisión se acomode a todas las circunstancias.

El anestésico empleado, la exactitud o incertidumbre del diagnóstico, la constitución del sujeto, la intervención decidida, toda una serie de factores en suma, inclinarán a una u otra incisión.

Sin embargo en la práctica no pasa así y la mayor parte de los cirujanos tienen su predilección por una incisión que ejecutan sistemáticamente. Y quizás pudieran abogar en su favor que la sistematización de la técnica les concede por acostumbramiento una facilidad mayor de manejo.

A pesar de eso, no es raro ver un cambio absoluto de frente, y lo hemos presenciado, — cirujanos que solo hacen incisiones transversas hacer sólo longitudinales y viceversa.

Establecido esto, que implica que no nos vamos a hacer los defensores absolutos de una incisión, diremos que el primer elemento de apreciación de ellas — independiente de otros que pueden ser más importantes para decidir la elección — el primer elemento de apreciación decimos es el poder conseguir después de ella el establecimiento anatómico y fisiológico de la pared abdominal.

En ese sentido, puede decirse que solo llenan el desiderátum, las llamadas incisiones por disociación, las que en su recorrido no han seccionado nervios y han atravesado los diferentes planos musculares en la dirección de fibras o, lo que es lo mismo, en la dirección de sus fuerzas.

Es necesario llamar la atención de que con ellas no se establece la cicatriz más sólida sino la más sólida pared con el mínimo de cicatriz, que es el ideal.

Solo dos incisiones llenan estos requisitos: la incisión por

disociación, (tipo Mac Burney) en toda la extensión de los músculos anchos abdominales; la incisión de Pfannestiel en la región esternocostopubiana.

Para el abordaje de las vías biliares situada precisamente frente a la intercepción de ambas zonas ninguna de las dos soluciones son posibles. La incisión por disociación — tipo Mac Burney — queda por fuera de la región. Una incisión similar al Pfannestiel es por otra parte imposible en la zona supraumbilical.

De ahí que los cirujanos se decidan para obtener luz o por una incisión longitudinal, paramediana derecha transrectal (Bevan o Mayo) o laterorectal con inclinación del recto hacia afuera (Kammerer, Moynihan, Seelig) o por una incisión transversal (Sprenkel).

Una vez embarcados en estas vías parecería que la consigna fuera la de ocultar a los demás las imperfecciones observadas y que existen realmente para las dos soluciones.

Estudiemos las incisiones longitudinales. Dice a propósito de ellas Moschcowitz que parece que los cirujanos ignoraran todos los principios de las incisiones abdominales.

Dejemos a un lado si se quiere el hecho de que incide perpendicularmente a su dirección el tendón chato que es en realidad la hoja anterior de la vaina del recto, porque su cicatrización es ordinariamente buena.

Dejemos mismo a un lado la enervación del segmento interno del recto en las transrectales, que puede reducirse a un mínimo aceptable.

Es indudable que los grandes inconvenientes se concentran en la incisión de la hoja posterior de la vaina, en esencia, del músculo transverso.

La incisión hecha representa un contrasentido quirúrgico, seccionando un músculo perpendicularmente a la dirección de sus fibras, y deja la parte interna de él y el peritoneo privados de su innervación, esto último constituyendo como lo ha demostrado experimentalmente Quain un factor de adherencias.

Transcribo sobre este punto las palabras de Moschcowitz que representa fielmente la realidad.

“Muy frecuentemente sin embargo casi insuperables dificultades se levantan, especialmente en la aplicación de la primera línea de sutura. En la mayor parte de nuestras operaciones, par-

ticularmente si el paciente es muy obeso o muy musculoso (el 90 % de mis pacientes vesiculares pertenecen al primer grupo) la sutura del peritoneo era extremadamente dificultosa. Las puntadas tendían a cortar; para vencer esta tendencia se está inclinado a incluir más tejido en la toma de la aguja; desgraciadamente este procedimiento no disminuye la dificultad sino que actualmente la aumenta.

“Después de gran turbación y con considerable pérdida de tiempo, el cirujano finalmente termina con éxito la línea de sutura; el resultado sin embargo no es satisfactorio; la línea de sutura es débil y hay generalmente presentes un número de pequeños o grandes agujeros lo que permite el prolapso de pequeños trozos de epiplón.

“En la gran mayoría de los casos esta línea de sutura es tan precaria que su valor protector es nulo. Es posible que actúe como profiláctico a la formación de adherencias, impidiendo el contacto entre las vísceras intraperitoneales y los tejidos extraperitoneales. Pero aun esto es, yo creo, ilusorio, ya que en las operaciones secundarias que han caído en mis manos, he encontrado adherencias tan masivas que me llevaban a sospechar que la línea de sutura se desunió al primer esfuerzo y no solo permitió sino que invitó al contacto que era presumido que impedía.

“Unido a esto es de gran interés saber que Sprengel encontró en autopsias en unos pocos casos que fallecieron poco después de una laparotomía a través de una incisión vertical, que la línea de sutura peritoneal se había separado completamente.

“En un muy gran número de casos aun este cierre fué imposible y después de ensayar vanamente fortificar esta línea de sutura incluyendo una parte del recto, la herida tuvo que ser cerrada prácticamente en masa, la primera línea de sutura incluyendo el espesor entero de la pared abdominal con la excepción de la piel”.

Es indudable que algunos de estos inconvenientes señalados por Moschcowitz son superables en parte si no en totalidad y nosotros hacemos con bastante frecuencia estas incisiones con un resultado que consideramos bueno.

Pero no dejan de ser atinadas estas observaciones así como la de Mac-Arthur que indica que por su carácter de músculo respiratorio el transverso y por lo tanto la cicatriz en las inci-

siones verticales está sometido a un esfuerzo en cada respiración.

Veamos la incisión transversal enfocando como tipo de ellas la de Sprengel. Todos los que escriben sobre ella no pueden menos que decir que está de acuerdo con los principios de las incisiones quirúrgicas salvo en que ella corta a un músculo importante perpendicularmente a sus fibras: el recto anterior. Y es el punto débil.

Es inútil que se señale que si no hubiera recto a nadie se le ocurriría hacer una incisión longitudinal porque el recto existe.

Es inútil que se diga que queda como una intercepción aponeurótica más. La reparación del plano posterior, el más importante porque es el primer plano que encuentra el empuje abdominal, es ideal.

Por otra parte se obtienen con ella las más hermosas cicatrices. Pero, como dice Gosset, cuando falla produce eventraciones cuya solución es un problema muy serio.

Cuando se operan esas eventraciones se encuentra que la parte laterorectal de la cicatriz es fácilmente reparable. No así la zona rectal.

Y de ahí todos los consejos sobreagregados: las suturas de apoyo de Perthes; el evitar seccionar uno de los rectos cuando la incisión es bilateral, el siempre sano consejo de drenar por un ojal complementario.

Aclarado esto diré la filiación de mi modificación.

Partimos de los principios de la incisión de Sprengel lateral, comprendiendo dos partes, una transrectal transversa y otra laterorectal por disociación.

Perfectamente compenetrados de sus inconvenientes Arce aconseja para cirugía de las vías biliares una incisión que llama estelar.

Es una incisión por disociación laterorectal, es decir a través de los músculos anchos, prolongada hacia la línea media en las hojas anterior y posterior de la vaina del recto. (Fig. 1, 2, 3).

Respeto el músculo, lo reclina. Pero a veces le es necesario cortarlo en parte o totalmente. Yo he practicado varias veces esta incisión para abordaje de hipocondrio (quistes hidáticos del hígado, bazo, colon transverso, vesícula) y estoy de acuerdo en la belleza de la reparación y en la solidez de la pared.

Pero, sobre todo para cirugía de vías biliares, es necesario

a veces cortar el recto y he estudiado anatómicamente si era posible aun hacer algo más para no seccionarlo.

Y bien, cuando después de hecha la incisión de Arce con la sección de las hojas anterior y posterior de la vaina del recto se

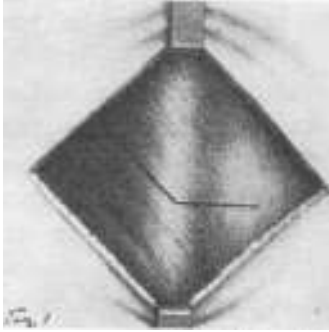


FIG. 1.—INCISIÓN DE ARCE: Línea de incisión del gran oblicuo.

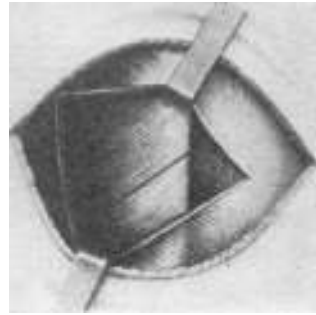


FIG. 2.—INCISIÓN DE ARCE: Línea de incisión del pequeño oblicuo.

estudia el por qué no se da más luz, se ve que esto deriva de la solidaridad del músculo y la vaina.

El músculo recto no puede reclinarsse francamente hacia

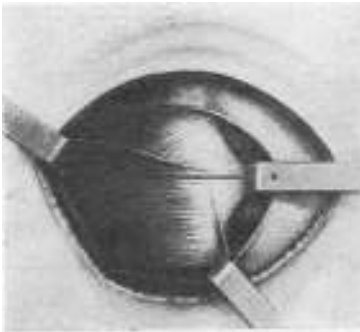


FIG. 3.—INCISIÓN DE ARCE: Línea de incisión del transverso.

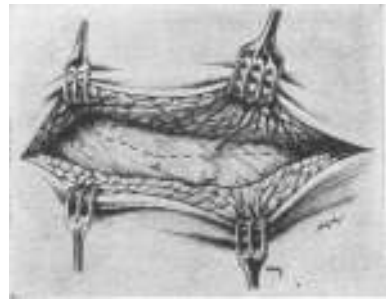


FIG. 4.—INCISIÓN PERSONAL: La incisión transversa de la piel ha sido hecha. La línea indica la dirección de la incisión de la aponeurosis del gran oblicuo y hoja anterior de la vaina del recto.

adentro por su adherencia a la vaina, por las intercepciones aponeuróticas en primer lugar y en segundo lugar aunque muy secundariamente por sus pedículos nerviosos.

Pero no es solo en el sentido transversal que uno no puede

abrir la brecha. Lo es también en el sentido vertical y no se puede reclinar sus labios superior e inferior porque lo impide el recto, como cuerda ancha solidarizando los dos labios de la herida.

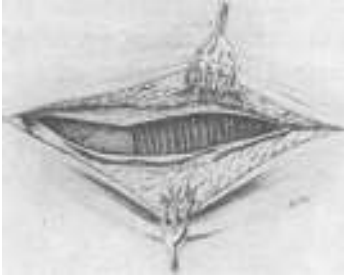


FIG. 5.—La incisión de la aponeurosis superficial ha sido hecha.

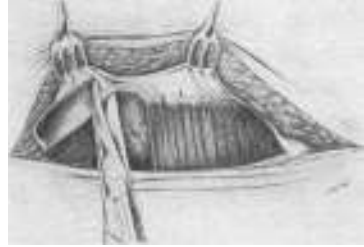


FIG. 6.—Tendiendo hacia adelante la hoja superficial se ve en 1 la banceleta de división anterior del pequeño oblicuo que debe seccionarse como lo indica la tijera hasta el reborde costal; en 2 la intercepción aponeurótica que hay que seccionar a ras, es decir un poco por debajo de la línea de rayas.

Sería necesario por lo tanto destruir la solidaridad del músculo y su vaina. Para hacer esto aconsejo lo siguiente: el tendón aponeurótico del pequeño oblicuo al llegar al borde externo del recto

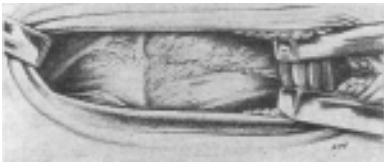


FIG. 7.—El pequeño oblicuo ha sido ya atravesado en la dirección de sus fibras. Se ve el transverso en toda su extensión; la línea de puntos señala el noveno nervio intercostal. Es por debajo de él que hay que entrar.



FIG. 8.—Luz aproximada que da la incisión. Hemos obtenido bastante más.

se divide en dos hojas, una que se une al gran oblicuo para formar la hoja anterior de la vaina del recto y la otra al transverso para formar la hoja posterior de la vaina.

Cuando al hacer la incisión transversa hemos seccionado la

hoja anterior de la vaina del recto y hemos disociado en su parte laterorectal al gran oblicuo (Fig. 5), si con dos pinzas tomamos los labios superior e inferior de la incisión (Fig. 6) y los traccionamos hacia adelante vemos dibujarse la hoja anterior del pequeño oblicuo tensa oblicuamente entre el plano superficial y el profundo. Hay allí como una fijación lineal del plano gran oblicuo - hoja anterior de la vaina del recto al plano profundo pequeño oblicuo - transverso. Es la llave de entrada a la vaina del recto.

En lo que respecta al labio superior esta banda fibrosa se



FIG. 9. -- Modo de cerrar. En 1 sutura de la hoja de división anterior del pequeño oblicuo cuya sección se muestra en la figura 6. En 2 cierre por «surjet» de la incisión del transverso.

extiende solo hasta el reborde costal y su sección se hace fácilmente a tijera en sus 3 ó 4 centímetros.

Esa sección permite reclinar el plano gran oblicuo - hoja anterior de la vaina por arriba de la parrilla costal, donde hay un plano de deslizamiento, estando solo detenida por la adherencia del recto anterior. Para separar a éste de su vaina lo hacemos a compresa o con gasa hasta la intercepción aponeurótica y ésta la liberamos a bisturí (ver fig. 6). La maniobra recuerda en todo a un tiempo fundamental del Pfannestiel: la liberación del labio superior del plano profundo en su tabicamiento mediano.

Esta maniobra puede repetirse también, si es necesario y en la extensión necesaria en el labio inferior. Por el momento solo aconsejamos hacerla en tres o cuatro centímetros.

No hay más que un obstáculo para reclinar el recto hacia adentro y son los ramos nerviosos. En el labio superior uno solo, el 9º, se ofrece a la vista inmediatamente por encima de la incisión. Uno puede liberar y elongar fácilmente ese nervio.

En esta forma puede decirse que prácticamente el músculo no cuenta y que solo habrá que cortarlo cuando las dificultades son tales que hay que invadir la vaina del otro lado.

La reparación de la herida es fácil. Se cierra exactamente como un Sprengel. En cuanto a la hoja anterior del pequeño oblicuo seccionada la suturamos con un "surjet" (fig. 9) o puntos separados.

Las figuras adjuntas ilustran los diferentes tiempos de la incisión.

DISCUSIÓN: Prof. JUAN C. DEL CAMPO

Agradezco a todos aquellos que han tomado parte en la discusión, permitiéndome esto aclarar algunos puntos.

Responderé al Dr. Stajano que la importancia del anestésico usado figura en términos generales en las primeras líneas del trabajo y que estoy de acuerdo con él que la anestesia raquídea es la que da más facilidades.

Al Prof. H. García - Lagos a quien tengo que agradecerle su amabilidad al ofrecerme su Clínica para efectuar la incisión, le diré que las tintas cargadas de la crítica a la paramediana pertenecen a Moschcowitz y que un párrafo posterior a ella señala nuestra opinión; de la misma manera que el Prof. García Lagos recurrimos a diferentes expedientes para cerrar la hoja posterior.

Hasta ahora solo hemos efectuado la incisión dos veces (1) una vez en un caso de esplenectomía por herida, y otra en una colecistectomía, las dos veces a entera satisfacción.

Pero haremos algunas salvedades.

Dado que la incisión de Sprengel, que es una incisión más amplia que la nuestra es a veces insuficiente. teniendo que ensanchársela hacia el recto del otro lado, otro tanto ocurrirá en esos casos a la nuestra que a lo sumo podrá dar lo que la incisión de Sprengel unilateral.

Por otra parte, así como consideramos una exageración hacer un Sprengel pudiendo hacer nuestra incisión (dado que siempre hay tiempo para cortar el recto) consideramos un error hacer ésta cuando se puede hacer una incisión de Arce.

Otro punto que conviene recalcar, aunque conocido, es que para elegir una incisión alta, hay que tener en cuenta la dirección del reborde costal. Consideramos tan malo hacer una transversa en un sujeto longilíneo en el cual el reborde costal se acerca en su parte mediana a la vertical como

(1) Actualmente (VIII-1936) se han hecho en la Clínica del Prof. Prat, por el Dr. E. Lamas y por mí, unas 8 incisiones; el Dr. Larghero ha hecho 8 veces la incisión encontrándose conforme con ella.

hacer una longitudinal en un sujeto de tórax ancho, con reborde más o menos horizontal. La exteriorización del hígado se hace de diferente manera; en el último (tipo ancho) un pequeño descenso permite rotarlo casi directamente hacia arriba sobre el reborde, mientras que en el tipo longilíneo hay que llevar el hígado hacia la línea media y más bien rotarlo hacia la derecha que hacia arriba.

En cuanto a la indicación por afección señalaremos los quistes hidáticos del hipocondrio (hígado, bazo), ciertas esplenectomías, tumores del colon transverso y ángulo cólico, cirugía de la vesícula biliar.

En cuanto a la cirugía de la vía biliar principal, casos que hoy en día pueden en general ser previstos, no tenemos aun experiencia pero por el momento nos inclinamos a usar una paramediana.

Sintetizaremos nuestra opinión en la siguiente forma:

En ciertos territorios abdominales — cirugía del apéndice, cirugía de la pelvis — los cirujanos han adoptado dentro de lo posible, la incisión de Mac Burney y la de Pfannestiel. Estas incisiones limitan un poco el campo operatorio y prolongan algo la intervención, pero una vez vencidas las dificultades y los hechos prueban que eso es posible, queda para el enfermo un margen favorable que compensa de lejos el exceso de trabajo efectuado.

Es a aquéllos que frente al vientre superior lateral compartan esta orientación a quienes ofrecemos nuestra modificación de la incisión transversa.

