

Evisceración terapéutica controlada

Dres. Edgardo Torterolo, Enrique Viñuela, José P. Perrier,
Alberto Piñeyro, Luis E. Bergalli y Alfredo Peyroulou

La evisceración terapéutica controlada es un procedimiento consistente en la colocación de una malla sustitutiva del cierre parietal para conservar la pared en casos de reintervenciones sucesivas, peritonitis hipersépticas, evisceraciones en sujetos en situación general precaria o en resecciones parietales por sepsis de superficie.

Se presentan 23 casos tratados por los autores, destacando la baja incidencia de complicaciones, las indicaciones y técnica y resultados.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:
Abdominal Wall.

INTRODUCCION

La evisceración terapéutica controlada surge como solución al problema del manejo de la pared abdominal en el reoperado grave, generalmente séptico y desnutrido. Este tipo de pacientes fallecían por alteraciones de sus sistemas fisiológicos mayores. En el momento actual se ha aprendido a realizar un soporte adecuado de los mismos, permitiendo tratar lesiones avanzadas en sujetos con: pobres reservas nutricionales, severas alteraciones multiparenquimatosas, tendencia a las infecciones graves y de altísimo riesgo quirúrgico.

Las reintervenciones sucesivas en ellos, son necesarias y a veces imprescindibles. Estas originan una destrucción parietal ya que la pared, traumatizada y generalmente infectada, es cerrada a tensión. Este cierre a tensión la mayoría de las veces fracasa dando lugar a evisceraciones generalmente contenidas por los puntos de retención entre los que se introducen vísceras que resultan lesionadas por los mismos, determinando fistulas, abscesos, peritonitis e infección de la pared a nivel del celular, músculos y fascias.

Con el fin de evitar o corregir esta patología utilizamos la *evisceración terapéutica controlada*, mediante mallas sintéticas, las que permiten, como veremos, un fácil abordaje y una apreciación continua de la situación peritoneal.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 25 de junio de 1980.

Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica, Asistente de C. T. I., Asistentes, Profesor Adjunto y Asistente de Clínica Quirúrgica. Fac. de Medicina. Montevideo.

Dirección: Gral. Baldomir 2437, Montevideo (Dr. E. Torterolo).

Departamento de Cirugía (Prof. Adj. B. Rinaldi), Hospital Central de las FF. AA. y Clínica Quirúrgica "1" (Prof. Agdo. W. Goller). Hosp. Pasteur. Montevideo.

Usher en 1959 (13) preconiza el uso de Marlex en la sustitución parietal, Gilsford en 1975 (6) presenta un caso de sustitución parietal traumática con malla sintética. Smith (9) en 1967 menciona el uso de las mallas como sustitutivo parietal. Boyd (2) presenta en 1977 ocho casos de sustitución con Marlex de pared abdominal en las pérdidas agudas parietales debido a la infección.

E. Beveraggi en 1977 nos orientó sobre el uso de mallas en pacientes sépticos para evitar agregar factores de descompensación respiratoria, como sucede en los cierres de la pared abdominal a tensión. En el relato del mismo año del Congreso Argentino de Cirugía, presentó 21 casos de sustitución parietal con Marlex en pacientes sépticos.

En la mesa redonda de Sepsis Abdominal del 30º Congreso Uruguayo de Cirugía, uno de los autores propone el uso de malla como sustitutivo parietal y muestra los primeros casos tratados (12).

El motivo de este trabajo es fundamentar las indicaciones, la técnica, la evolución y complicaciones sobre una serie de 23 pacientes tratados y seguidos por el mismo grupo.

MATERIAL Y METODO

Se analizan 23 pacientes en los que se utilizó la Evisceración Terapéutica Controlada (E.T.C.), tratados por el grupo desde 1978 a la fecha.

En su gran mayoría internados en los Centros de Tratamiento Intensivo del Hospital de Clínicas, Militar y Centros Asistenciales Privados (tabla I).

Correspondió a un grupo etario que osciló entre los 6 meses y los 89 años, aunque predominaban los pacientes de las primeras décadas. 10 eran del sexo femenino y 13 del masculino.

La E.T.C. fue utilizada en 13 pacientes por la asociación de peritonitis y sepsis parietal. En otros 3 por peritonitis sin alteración parietal. En 4 por infección parietal grave, en 2 como control evolutivo y preservación de la pared y en el restante por evisceración y mal estado general.

Sólo en 3 enfermos se coloca en la primera intervención. En 10 se coloca en la segunda,

CUADRO I
LA E.T.C. FUE UTILIZADA EN LOS SIGUIENTES CASOS

Nº de intervención:	1	2	3	4	5	Muertes
Peritonitis y sepsis parietal	13	4	5	3	1	9
Peritonitis	3	3				2
Sepsis parietal	4	3				1
Control evolutivo y preservación de la pared	2	2				1
Evisceración y mal estado general	1	1				
	23					13
						56,52 %

en 5 en la tercera, en 3 en la cuarta y en 1 en la quinta.

Debemos destacar que todos los pacientes, salvo uno, eran sépticos con severas repercusiones multiparenquimatosas.

INDICACIONES

La E.T.C. se usó considerando tres grandes grupos de causas: parietales, abdominales y generales.

Las parietales las dividimos en tres grandes capítulos: I) la destrucción parietal traumática; II) las infecciones graves de la pared que se diseminan en el músculo y tejido subperitoneal; III) las reintervenciones sucesivas.

Las dos primeras son de necesidad, mientras que la tercera es de elección, con el fin de preservar la pared.

La utilización de la E.T.C. debe ser considerada cuando existen factores regionales como el íleo, el compromiso respiratorio que requiere o puede requerir asistencia respiratoria mecánica determinante de hipertensión abdominal con cierre a tensión y el concomitante sufrimiento isquémico parietal. Se evita de esa forma cerrar el círculo de agravación recíproca. La E.T.C. impide la supuración parietal y la extensión de ésta al peritoneo.

En las evisceraciones que se producen en forma lenta y progresiva originadas en el mal estado nutricional y en las alteraciones de la presión intraabdominal, el cierre directo tiene gran porcentaje de recidivas, ya que la pared está parcialmente lesionada, infectada y probablemente isquemiada, persistiendo los factores desencadenantes. No es infrecuente que el cierre directo resulte en complicaciones sépticas parietales e intraperitoneales.

En los enfermos con sepsis peritoneales graves, como peritonitis evolucionadas, por gérmenes anaerobios, o en las sepsis mantenidas, el procedimiento brinda las siguientes ventajas:

control evolutivo directo pudiendo detectar colecciones antes que la clínica y la paraclínica las diagnostiquen;

fácil y rápido acceso a la cavidad abdominal;

amplia superficie de drenaje peritoneal; preserva la pared;

obtiene un medio peritoneal oxigenado para impedir el crecimiento anaerobio.

TECNICA

La técnica en sí es sencilla considerando algunos principios básicos:

- 1) reseca la pared patológica, tanto en extensión como en profundidad, hasta tejido sano, bien vascularizado, objetivable por los bordes sangrantes;
- 2) rigurosa hemostasis, controlando que en ese momento el enfermo se encuentre hemodinámicamente estable;
- 3) asegurarse que la cavidad abdominal no presente procesos sépticos;
- 4) colocar el epiplón, de ser posible, cubriendo el orificio, como un plano de apoyo a la malla. Esto es de fundamental importancia, ya que facilita el retiro de la malla en cualquier momento de la evolución sin riesgo de lesión visceral.

El material que utilizamos como sustitutivo ha sido diverso; por razones de disponibilidad se usó tul de nylon en la mayoría de los casos; en una sola ocasión Marlex.

La malla se coloca sobre el epiplón o las vísceras, sin tensión, muy laxa, con pliegues, para evitar que sea desgarrada por el aumento de la presión intraabdominal. En aquellos pacientes que van a ser ventilados debe ser colocada más laxa aún. Se fija a la brecha parietal mediante puntos simples, separados, de material no reabsorbible, de preferencia de color para facilitar su extracción.

La ubicación de los drenajes no debe ser influida por la presencia de la malla. Se podrán sacar a través de ella los drenajes del Douglas en los primitivos abordajes medianos. Hemos exteriorizado incluso, cabos colónicos esfuncionalizados a través de ella.

La dejamos cubierta por compresas estériles, de fácil recambio. Hay autores que no fijan



FIG. 1.—Peritonitis por lesión de delgado, sepsis postoperatoria con necrosis parietal séptica. Resección de pared. Colocación de malla. El enfermo fue reintervenido en otras dos oportunidades, desprendiéndose la malla.

los bordes de la malla a la brecha, sino que dejan los mismos sueltos entre el plano visceral y parietal (7). Esta técnica es factible en los casos que se pretende preservar la pared, pero si la resección parietal es importante la malla no podrá cumplir con sus funciones de contención y la evisceración podrá no ser controlada, como tampoco lo será si el enfermo necesita, como es frecuente, respiración asistida.

Evolución

Son necesarias las curaciones repetidas varias veces por día. De preferencia hechas por el cirujano, teniendo como fin extraer los restos fibrinonecróticos y evacuar las colecciones serosas o serohemáticas, para evitar su evolución hacia nuevos focos supurados. Mantener la malla limpia y tan aséptica como sea posible.

Hemos hecho lavados de tul, pared y peritoneo subyacente con soluciones antisépticas, dejando compresas embebidas en ellas. La frecuencia y el tipo de lavado y/o curación a realizar quedan condicionados a la causa que determinó la E.T.C.

La malla se retirará lo más precozmente posible, una vez solucionado el problema peritoneal o parietal.

En las celulomiositis las curaciones las realizará el cirujano por lo menos cada 24 horas bajo anestesia general o analgesia profunda, drenando todas las colecciones purulentas o hematopurulentas entre los planos musculares que se forman secundariamente y resecaando los nuevos sectores parietales necrosados para evitar la progresión del proceso infeccioso.

Para realizar la reexploración de control de una sepsis abdominal, la malla se desprende lateralmente, nunca por el centro, ya que la tela de nylon tiene poca resistencia y se desgarrará. El procedimiento puede realizarse en la cama del enfermo o en sala de operaciones con analgesia profunda o anestesia general, de acuerdo a la patología en causa. A las 48 horas las asas ya han formado un block adhesional y se puede reexplorar las goteras y el Douglas, sin necesidad de volver a coser el tul a la pared.

En los casos de E.T.C. indicada como procedimiento de control evolutivo y/o de prevención del daño parietal, una vez que se soluciona la patología de fondo, la malla es retirada, y se realiza el cierre parietal secundario.

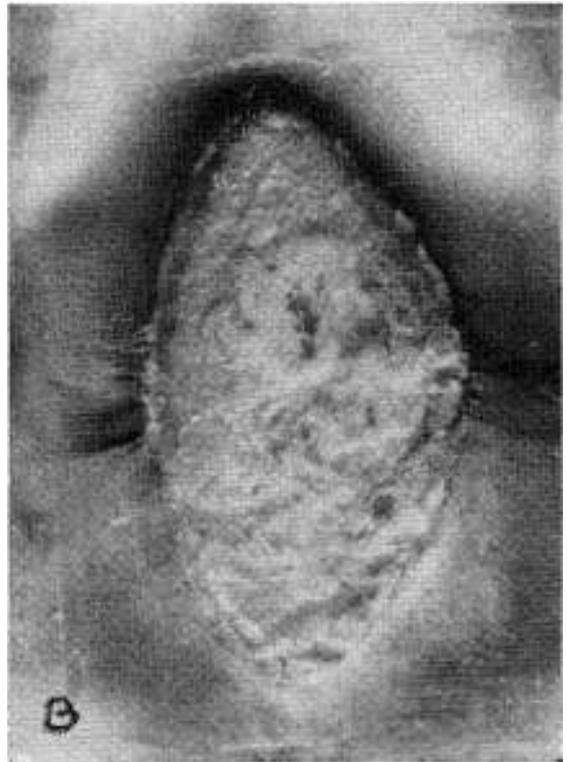


FIG. B.— Se ve como el tejido de granulación ha invadido la malla.

CUADRO II
C A S U I S T I C A

NN	Sexo	Edad	Patología	En	E T C por			Reop.	Muertes	Evolución
					Preven- ción	Perito- nitis	Sepsis parietal			
SO		36	Pancreatitis aguda	1º	×			-	+	
OC		19	Pancreatitis aguda	1º	×			2		
DS		79	Neo esófago. Evisc.	2º	×					Se retiró la malla.
MA		32	Cesárea. Perit. post.	2º		×		1		Injerto de piel Se retiró la malla. Cierre secundario
HS		52	Peritonitis apend. ...	2º		×		3	+	
IR		66	By Pass acroto fem. Necrosis de colon	2º		×		1	+	
EU		56	Lap. Expl. Punción de colon	2º			×	1		Se retiró la malla. Cierre secundario
MM		30	Peritonitis apend. ...	2º			×	1	+	
IN		16	Peritonitis apend. ...	2º			×	2		
CB		32	Hernia crural extr. ...	2º			×	2		
CP		36	Peritonitis apend. ...	4º		×	×	2		Fístula de delgado
GV		30	Válvulo de sigmoides Peritonitis postop.	5º		×	×	3		Se retiró la malla. Cierre secundario AVE
WE		68	Peritonitis apend. ...	3º		×	×	1	+	
PA		60	Gastrect. ulc. gástr. Falla sutura	2º		×	×	3	+	
TI		46	Herida bala. Perit. Postoperatoria	4º		×	×	4	+	Fístula gástrica
RI		46	Herida arma blanca. Peritonitis postop.	3º		×	×	2		Fístula de delgado
AP		18	Cesárea. Perit. post.	3º		×	×	4	+	
MG		36	Peritonitis apendic.	2º		×	×	3	+	
MA		23	Sepsis postaborto ...	2º		×	×	1	+	
GS		36	Herida bala. Sep. par.	3º		×	×	2		Se retiró la malla. Cierre secundario
WL		80	Neo recto. Per. post.	3º		×	×	-	+	
AV		35	Fistul aorto cava. Peritonitis postop.	2º		×	×	2	+	
NS		6 m.	Invaginación intestin. Peritonitis postop.	4º		×	×		+	Coma hiperosmolar

Complicaciones

La única complicación atribuible al procedimiento fue la fístula digestiva. La vimos en 3 casos: 2 fístulas yeyuno-ileales, una espontánea y la otra al retirar tardíamente la malla. Una fístula gástrica secundaria al fallo de una gastrostomía realizada por hemorragia digestiva, en una paciente con desnutrición extrema. Esta complicación es la única citada en otras series (4, 7) y se atribuye al rozamiento del delgado con la malla. Se ha tratado de prevenir con planchas de poliuretano debajo de la malla en los casos que se presumen múltiples reintervenciones. Se argumenta que este material impide la formación de tejido de granulación y evitaría además el traumatismo contra la malla (5).

Las fístulas se deben a la incorporación a la pared del intestino de la malla y el proceso de neoformación parietal. Es por eso que preferimos retirar las mallas una vez solucionada la patología de fondo. Esta es tomada por el tejido de granulación. Luego del 6º día se retira, aunque no se cierre la pared, en el mismo acto quirúrgico. Esto aleja la posibilidad de fístulas y del rechazo secundario de la malla.

Cuando ha habido resección de pared, se espera la formación de un buen tejido de granulación. Cuando éste está limpio se injerta piel libre sobre el mismo. Ninguno de estos enfermos tuvo eventración; el tejido de granulación formó una superficie dura, acartonada, que mantiene la continuidad parietal. En caso de estar la pared íntegra, se cierra en forma habitual una vez que se retira la malla, dejando la piel abierta.



FIG. 3.—Reintervención por sepsis postapendicectomía, destrucción parietal séptica y sustitución con tul. Véase a través del mismo cómo se puede controlar el estado de las asas.



FIG. 4.—A los 10 días el tejido de granulación ha invadido la malla, permitiendo una excelente contención.

COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Las reintervenciones sucesivas destruyen la pared infectada y traumatizada. Esta destrucción constituye un obstáculo para las reintervenciones. El cierre parietal realizado a tensión, en pacientes con sepsis o alteraciones locoregionales que llevan a la hipertensión abdominal en una maniobra que crea una nueva patología: la necrosis de la pared abdominal (4, 5).

Los puntos colocados a tensión desgarran los planos parietales en circunstancias de íleo o alteraciones respiratorias postoperatorias (8).

Los puntos de retención cumplen su misión cuando en circunstancias de hipertensión abdominal se oponen a la misma. Esta oposición se realiza a expensas de un sufrimiento parietal del que resultan isquemia y sección. La isquemia mecánica se ve incrementada frecuentemente por situaciones de bajo gasto tisular, lo que precipita la necrosis. Si existe contaminación por gérmenes anaerobios, el desarrollo de una celulomiositis difusiva grave es frecuente en este ambiente isquémico - necrótico (7, 8).

En sujetos hipoxémicos y sobre todo en aquellos que serán sujetos a asistencia respiratoria mecánica postoperatoria, el cierre parietal suele terminar en necrosis, sección pared y evisce-

ración, muchas veces más o menos contenida por los puntos que cruzan como cuerda de guitarra entre las asas amenazando con la fistulización. Existe una infección parietal y peritoneal, causa de sepsis persistente o de contaminación peritoneal secundaria (10, 11).

La evisceración terapéutica controlada permite:

- conservar la pared, al realizar el cierre sin tensión;
- reintervenciones sin considerar el problema de la destrucción parietal sucesiva;
- ahorrar tiempo anestésico-quirúrgico, importante en este tipo de pacientes;
- semiología peritoneal continua;
- realizar reintervenciones a mínima;
- evitar la sobreinfección a anaerobios;
- amplia superficie de drenaje peritoneal.

RESUME

Eviscération thérapeutique contrôlée

L'éviscération thérapeutique contrôlée est un procédé qui consiste à placer un filet substitutif de la fermeture pariétale pour conserver la paroi dans les cas de réinterventions successives, péritonites hyperseptiques, éviscération chez des sujets dans une situation générale précaire ou dans des résections pariétales dues à des septicémies de la superficie.

On présente 23 cas traités par les auteurs, en mettant en relief l'incidence peu élevée de complications, les indications, la technique et les résultats.

SUMMARY

Controlled Therapeutic Evisceration

Controlled therapeutic evisceration is a procedure which consists in placing a substitute tissue instead of closing the abdominal wall in cases of successive reoperations, hyperseptic peritonitis, evisceration in seriously sick patients or in cases of ample resections due to superficial infections.

The authors present 23 cases treated in this manner and they stress the low morbidity, the technique, indications and results.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BEVERAGGI E. Comunicación personal. *Congreso Argentino de Cirugía*, 1977.
2. BOYD D. Use of Marlex mesh in acute loss of the abdominal wall, due to infection. *Surg Gynecol Obstet*, 144: 251, 1977.
3. CORRAO F, BEVERAGGI E, PIATRAVALLO A. Tratamiento médico quirúrgico de las celulitis sépticas necrotizantes. *Bol Trab Soc Argent Cir*, 37: 271, 1975.
4. CHAMPAULT G, MAGNIER M, PSALMON F et alii. L'éviscération thérapeutique des peritonites. *Nouv Presse Med*, 8: 1349, 1979.
5. FAGNIEZ PL, HAY JM, REGNIER B et alii. Les peritonites "dépassés". Attitude thérapeutique et résultats. *Nouv Presse Med*, 8: 1348, 1979.
6. GILSDORF RB, SHEA MM. Repair of massive septic abdominal wall defect with Marlex. *Am J Surg*, 130: 634, 1975.
7. LEVASSEUR JC, LEHN E et RIGNIER P. La contention interne par prothèse résorbable dans le traitement des grandes éviscérationes. *J Crit*, 116: 773, 1979.
8. MOREL JL y cols. Empleo de mallas de microtúnel de nylon en el tratamiento de peritonitis y evisceraciones agudas sépticas. *Bol Trab Acad Argent Cir*, 69: 34, 1975.
9. SMITH HJ, GRINNAN GL. Use of Marlex mesh in infected abdominal wall wound. *Am J Surg*, 113: 825, 1967.
10. TORTEROLO E, MORELLI R, SILVA C. Infecciones graves de partes blandas. Estudio analítico general a propósito de 41 casos. *Cir Uruguay*, 47: 183, 1977.
11. TORTEROLO E, SILVA C, MORELLI R, VIÑUELA E, GONZALEZ PUIG R. Sepsis a punto de partida de infecciones graves de los tejidos blandos. *Cátedra*, 1: 131, 1979.
12. TORTEROLO E. Táctica y técnica quirúrgica en la sepsis abdominal postoperatoria. Mesa redonda de sepsis postoperatoria. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 30^o (en prensa).
13. USCHER FC. A new plastic for repairing a tissue defect of the chest and abdominal wall. *Am J Surg*, 47: 629, 1959.

DISCUSION

DR. VALLS.— En primer lugar quiero felicitar a los comunicantes porque éste es un trabajo de muy buen nivel, quizás sea uno de los mejores que se presenten este año a la Sociedad de Cirugía y corresponde a un tema de gran importancia. Me di cuenta de la importancia de este tema cuando asistí a las Jornadas de la Provincia de Buenos Aires que se realizaron en Junín hace 2 años, donde el Prof. Hubert Larrieux habló de este tema y del tratamiento de los enfermos con peritonitis grave en la ciudad de París y expuso ampliamente la técnica. El día que habló decía que esta técnica

permitía a los enfermos que tienen peritonitis en múltiples focos tratar éstos en forma sucesiva y no reoperarlos. La colocación de la malla es muy importante porque evita que las vísceras en contacto con el aire se puedan ulcerar y producir fistulas. Puede ocurrir además, si no se pone la malla, al secarse las vísceras se forme una solución de continuidad y se establezca una fistula. Cuando Larrieux presentó esto y había cirujanos de todos los puntos de la República Argentina, despertó gran admiración, intervinieron múltiples ponentes y felicitaron al Prof. Larrieux y él les dijo que ése era el tratamiento actual de las peritonitis en su Clínica. Aquí, personalmente, sin saber esto, yo hace muchos años traté un enfermo con una herida de colon por un balazo. Tenía también otra de delgado, con una fistula de colon; lo traté curándolo todos los días poniéndole tull-grass, evacuando pequeños abscesos y el enfermo fue a la curación en forma progresiva gracias a los cuidados. Actualmente en la Clínica del Prof. Luis Praderi se han tratado algunos enfermos con éxito con este procedimiento.

Merece que se conozca porque puede salvar vidas y las salva seguramente. De modo que los felicito nuevamente.

DR. DELGADO.— Quiero felicitar a los comunicantes por haber traído el tema que es un tema de discusión actual.

Creo que hay dos situaciones bien claras que hay que diferenciar. En primer lugar no estoy de acuerdo con el término con el cual designan esta situación. Porque evisceración terapéutica controlada no parece ser ajustado a lo que en realidad el procedimiento es, porque esto es un cierre diferido de la pared abdominal, pero no es una evisceración controlada.

Una de las situaciones hay que definir es las circunstancias de necesidad. Si un cirujano se encuentra con una necrosis de la pared abdominal no la puede cerrar, no tiene más remedio que colocar una malla, o el epiploon mayor como se hacía antes; un procedimiento de contención de la pared abdominal.

En segundo lugar están las situaciones de elección, es decir, frente a un enfermo que uno opera, y le deja deliberadamente la pared abierta pudiéndola cerrar, con la intención de que supuestas supuraciones posteriores obliguen a reintervenir al enfermo. Creo que éste es un punto en discusión. Nosotros en ese aspecto tenemos poca experiencia. En nuestra Clínica también tenemos muy poca experiencia porque en realidad creemos que hay muy pocas circunstancias en las cuales esta situación de elección se planteó. Tal vez en la pancreatitis necrótica hemorrágica y en algunas peritonitis hipersépticas de entrada. Creo que en lo demás, en mi opinión personal, no está indicada. Pienso que hay que tener cuidado de no llegar a la exageración de a toda peritonitis que se opera dejarle una pared abierta y colocarle una malla. Porque si bien hay enfermos que hay que reoperar, en la experiencia particular no llegan a ser muchos. Y no porque yo no haga ejercicio activo de la cirugía, pero estos enfermos, diría yo que son excepcionales. Hemos usado en esos procedimientos una pancreatitis necrótica hemorrágica, de una enferma que operamos con el Dr. Bermudéz; lo hemos usado en una enferma con peritonitis por falla de sutura; y en alguna otra circunstancia muy especial.

Creo que hay que hacer hincapié en que la táctica depende de la enfermedad causal, y en parte de la yatrogenia quirúrgica que es en lo que yo creo

que hay que ajustar, porque si un cirujano no tuviera nunca peritonitis por falla de sutura, creo que este procedimiento se tendría que utilizar en contadas situaciones.

Por lo tanto considero que se trata de un procedimiento aceptado actualmente, que como procedimiento de necesidad es discutible; creo que como técnica de elección es muy opinable. Esto es todo.

DR. SARROCA.— En primer lugar quiero felicitar a los autores. De acuerdo a los casos señalados por ellos he colocado en reiterada oportunidades, y en eso compartó la opinión del Dr. Bolívar Delgado, en la necesidad de colocar la malla. Quiero recalcar dos hechos. Uno que ya fue dicho por los autores, y es que la indicación viene dada por la yatrogenia que se puede producir en la pared del abdomen en la primera intervención. Voy a recalcar un hecho que lo hemos visto en varias oportunidades y es la colocación, en enfermos con procesos sépticos muy importantes intraperitoneales, de puntos totales, que posteriormente condiciona necrosis parietal.

Creemos que en este tipo de enfermos no se deben colocar puntos totales.

Otro hecho que quiero señalar es que cada vez que es posible se debe tratar de colocar el epiplón entre las vísceras y la malla puesto que algunas veces hemos visto fistulas de intestino a través de la malla. Es posible a veces introducirse debajo de la malla y otras veces se producen procesos de adherencias muy importantes entre las vísceras y la malla. Creemos por lo tanto que un hecho de interés puede ser intentar extraer la malla lo antes posible sobre todo en los casos que uno no deja epiplón entre las vísceras y la malla.

Vuelvo nuevamente a felicitar a los autores.

DR. J. BERMUDEZ.— Me uno a las felicitaciones de los colegas que comentaron el trabajo de los Dres. Viñuela y colaboradores, pero quería señalar un detalle técnico con respecto a las reintervenciones a través de la malla. Nosotros cuando tuvimos esa enferma con la pancreatitis necrótica hemorrágica la tratamos prácticamente un mes con lavados diarios, las reintervenciones las realizamos seccionándola, abriendo la malla por el medio y suturando como si fuera la pared. Ese es un detalle técnico que abrevia el tiempo de sutura a los bordes de la pared abdominal.

En segundo término, creo que es una técnica que va a ser por un tiempo por lo menos indicada de necesidad con bastante frecuencia a raíz de los enfermos que se ven en los C.T.I. Son enfermos multioperados a veces con terapéuticas discutibles y con yatrogenias sobre todo sobre la pared con puntos totales, como decía el Dr. Sarroca, puestos con excesiva tensión, y con necrosis.

DR. PERDOMO.— Creemos que es muy interesante ponerse a reflexionar un poco qué es lo que pasa con estos enfermos porque es un material clínico que nosotros no estamos acostumbrados a ver. Es posible que, como dijo el Dr. Bermúdez, este tipo de material se concentre en los C.T.I.; son enfermos que en otra época no vivíamos porque se morían antes. Pero también es posible que se trate de algo que tenga que ver con la yatrogenia como ya ha sido señalado.

Pienso que una de las cosas que más ha contribuido a la destrucción de la pared es la colocación de esos puntos totales, algunos de los cuales mostraban las fotografías colocados y apretados de una forma impresionante. Algunos de ellos paralelos a la herida y

otros apoyando de una manera sumamente traumática contra la piel. De manera que son una verdadera amenaza contra la pared. Además si se piensa que es algo que cierra como un cofre a presión sobre una pared infectada, se da cuenta que es una bomba que va a explotar y entonces si uno va creando problemas tiene que solucionarlos. Este es un recurso bueno pero mejor es no tenerlo que utilizar y si se puede hacer la prevención vamos a obtener mucho más. Por lo tanto es una llamada de atención, una alerta para que esto no pase.

¿Cómo hacer para que no pase? Nosotros recordamos siempre cuando trabajábamos en las primeras etapas de la cirugía: uno le tenía miedo a la evisceración y si no había puntos totales se producían a veces evisceraciones. Era muy desagradable. Pero no hacíamos puntos totales en esa época. Después los empezamos a hacer seleccionadamente, porque en el fondo pensábamos: si dejamos que la infección se drene espontáneamente, qué mejor malla que el tejido muscular y la propia aponeurosis. Ese es un tejido que aguenta perfectamente, si se respeta su indemnidad. Si cerramos y necrosamos esos tejidos damos un caldo de cultivo fabuloso a la infección y estamos favoreciendo la producción de este tipo de dehiscencias parietales. De modo que uno tiene que elegir.

No es una cosa tan sencilla ponerle puntos totales a todo el mundo y atar todos los planos a presión sumando la isquemia a la infección como ha pasado en alguno de estos casos. De modo que si se tiene en cuenta eso creo igual que vamos a tener que seguir utilizando este procedimiento pero no tanto. Creo que los casos van a aumentar porque tenemos casos más evolucionados del C.T.I., pero por otra parte estamos creando enfermos y entonces ahí si nos preocupamos un poco por las medidas preventivas, los problemas han de disminuir. Entonces, alguna vez utilizaremos este método que nos parece una solución muy buena siempre y cuando se de cierto tiempo para que las vísceras se peguen. Porque como bien decía el Dr. Delgado, no es una evisceración esto, porque una evisceración significaría que las vísceras salieran libremente fuera de la pared abdominal; las vísceras aquí están contenidas por el proceso fibrinoso que las ha adherido entre sí y que ya prácticamente no las deja movilizar. Si uno pusiera esta malla de entrada en un enfermo que tuviera una peritonitis, uno estaría con mucha duda de que no se le escaparan las vísceras entre los bordes de la malla, mientras que después que ha pasado un tiempo y el enfermo se reinterviene aquello ha quedado bastante solidificado y la malla lo único que hace es impedir que las vísceras salgan en block hacia afuera. De modo pues que no es lo mismo colocarla de entrada, que eso sería muy a discutir, que colocarla posteriormente, cuando ya hay una cierta adhesión que impide que salgan las vísceras hacia afuera y que la malla va a terminar la contención y entonces puede ser una buena solución para el caso.

DR. VIÑUELA.— Yo agradezco los comentarios efectuados por los colegas. Me voy a referir primero al comentario del Prof. Delgado, quien establece que es una casuística llamativamente grande de enfermos a los que se efectuó el procedimiento, y es cierto; pero como dijo el Dr. Perdomo, son pacientes seleccionados en C.T.I. del Hospital Militar, del Hospital de Clínicas y en algunos C.T.I. privados. Estamos de acuerdo también con él que la indicación muchas veces se debe

a yatrogenia y que fundamentalmente como indicación primaria de colocación de malla inicial serían las peritonitis hipersépticas y las pancreatitis necróticas hemorrágicas a los efectos de hacer un balance evolutivo de la enfermedad. También estamos de acuerdo y creo que lo mencionamos, en que existen situaciones de elección y de necesidad.

Las de necesidad son las células - miositis o infecciones parietales que vemos generalmente consecutivas a los cierres a tensión de pared secundarios a procesos intraabdominales mal tratados ya sea por yatrogenia o evolucionados que llevan a la hipertensión, a la infección y secundariamente a la células - miositis y ahí es imprescindible colocar una malla.

El Dr. Perdomo mencionó el hecho de que eran enfermos que no se veían habitualmente. Eso es cierto, las medidas de sostén, tanto desde el punto de vista renal, pulmonar, hemodinámico, creadas o puestas en marcha en los C.T.I., como dijimos en la presentación anterior en el trabajo sobre pancreatitis necróticas

hemorrágica, generan un nuevo tipo de enfermos que antiguamente no se veían. Son enfermos sumamente agredidos tanto desde el punto de vista quirúrgico como visceral, en los cuales evidentemente se están utilizando procedimientos que antes no se veían. Yo creo que es un procedimiento de mucho valor y que como el Dr. Valls dijo, va a cambiar un poco las perspectivas de las peritonitis hipersépticas que tenían una evolución letal. En mi experiencia personal en los C.T.I., no tanto como cirujano porque soy muy joven, he visto que la evolución de las peritonitis fecaloideas hasta la fecha, prácticamente eran 100 % de mortalidad, lo mismo que la pancreatitis necrótica hemorrágica. El Dr. Valls mencionó, y en ese sentido hay trabajos que ya hablan de sobrevida de un 30 - 40 % con este método en las peritonitis hipersépticas fecaloideas en el servicio del Prof. Larrieux en París. Nosotros pensamos que muchos de estos enfermos en los cuales se usó este método, no hubieran vivido si esto no se hubiera hecho.