

# Fasciotomía complementaria en pacientes relaparostomizados por peritonitis generalizadas graves

Dres. Raúl Comín<sup>1</sup>, Ruben Manna<sup>1</sup>, Dante Pesenti<sup>2</sup>, Eduardo Moreno<sup>3</sup>

## Resumen

*En el presente trabajo se presenta una técnica quirúrgica utilizada en 20 pacientes afectados por peritonitis generalizada grave de distintas etiologías. En 19 de ellos se dejó el abdomen abierto y contenido con malla de poliuretano; el restante se trataba de una eventración crónica como consecuencia del cierre por segunda de laparostomías reiteradas. La técnica, útil para facilitar el cierre de esa pared abdominal, consiste en realizar fasciotomía complementaria sobre la aponeurosis del oblicuo mayor, a través de incisiones alejadas de la original.*

*Se destaca su fácil ejecución técnica, la mínima morbilidad y los buenos resultados obtenidos con la plástica del abdomen, aún en eventraciones crónicas.*

**Palabras clave:** Peritonitis  
Técnicas quirúrgicas  
Abdomen agudo  
Malla quirúrgica

## Summary

*In this work is presented a different surgical technique used in twenty patients showing serious generalized peritonitis of different etiologies. In nineteen of them, the abdomen was left opened and held by a poliuretano mesh and the remain is a chronic eventration as a result of the shutting by second of repeated laparostomy. The technique is very useful to easy the snutting of that abdominal wall and consists of making a complementary fasciotomy on the aponeurosis of the mayor oblique, performed through incisions for away from the original. It is outstanding its easy technique performance minimum morbidity very good results obtained with the plastic of abdomen, even in chronic eventration.*

## Introducción

El cierre de la pared del abdomen de un enfermo sometido a laparostomía y reexploración abdominal programada por peritonitis generalizada grave, plantea un problema no siempre de fácil solución.

Menos el neumoperitoneo preoperatorio de Goñi Moreno, todas las tácticas y técnicas propuestas para el cierre de grandes eventraciones son aplicables a estos casos, pero las características del terreno, como infección y edema, así como las condiciones generales de estos enfermos, con trastornos respiratorios, mal estado nutricional, etcétera y los extensos despegamien-

1. Médicos cirujanos del Servicio de Cirugía N° 3, Hospital San Roque.

2. Jefe de Guardia del Servicio de Urgencias Médico Quirúrgicas, Hospital San Roque.

3. Jefe del Servicio de Cirugía N° 3, Hospital San Roque. Hospital San Roque. Córdoba, República Argentina.

**Correspondencia:** Dr. Raúl Comín. Leopoldo Lugones 1124. Barrio Belgrano. CP 5850 Río III. Córdoba, Argentina.

Presentado para su publicación ante la Comisión de Publicaciones de la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 29 de setiembre de

Tabla 1

Sexo	Edad	Causas para indicación de laparostomía	Nº de cambios	Complicaciones
M	48	HDA–Úlcera gástrica– Gastrotomía– Evisceración Absceso intrabdominal	5	
M	40	Peritonitis apendicular generalizada	2	
M	18	Traumatismo–Estallido de íleon terminal	1	
M	62	Peritonitis apendicular generalizada	3	
F	65	Oclusión por bridas – Peritonitis por perforación intestinal	2	
F	37	Sepsis poscesárea (necrosis uterina– absceso parauterino)	3	Absceso en la incisión de descarga
F	41	Peritonitis generalizada por úlcera perforada de yeyuno	4	
M	39	Abdomen agudo por coleperitoneo	3	
F	61	Cáncer de cuello uterino–Peritonitis por fístula con recto	2	
M	30	Peritonitis generalizada por ulcus perforado	2	Sufusión hemorrágica
F	72	Perforación de delgado–Peritonitis (cáncer de vejiga)	2	Sufusión hemorrágica
F	56	Peritonitis apendicular Absceso subhepático	2	
M	23	Pancreatitis necrohemorrágica (cierre por segunda–eventración crónica)	10	Hematoma izquierdo
F	43	Cáncer de colon perforado–Peritonitis generalizada	2	
M	40	Peritonitis generalizada apendicular	5	
M	25	Colección interasas–Apendicitis aguda	2	
M	38	Peritonitis generalizada–Apendicitis	3	
M	33	Úlcera duodenal perforada–Peritonitis generalizada	3	
M	71	Peritonitis por perforación del colon (diverticulitis)	3	
M	53	Peritonitis generalizada–apendicitis a uda	2	

tos del tejido celular subcutáneo (TCS) que las principales técnicas proponen, hacen a estos procedimientos riesgosos y sus resultados aleatorios. Nos ha parecido por eso, una solución más adecuada la fasciotomía complementaria de la aponeurosis del oblicuo mayor, realizada por incisiones alejadas de la original, que utilizara Pozzi en 1958 por primera vez y fuera revalorizada por Pastorino en nuestro país <sup>(1)</sup>. El haberla

efectuado en 20 pacientes, en los que obtuvimos muy buenos resultados, nos motivó a contribuir con esta experiencia, realizada en el Servicio de Cirugía N° 3 del Hospital San Roque de Córdoba y que nos llevó en 1993 a efectuar una comunicación previa <sup>(2)</sup>.

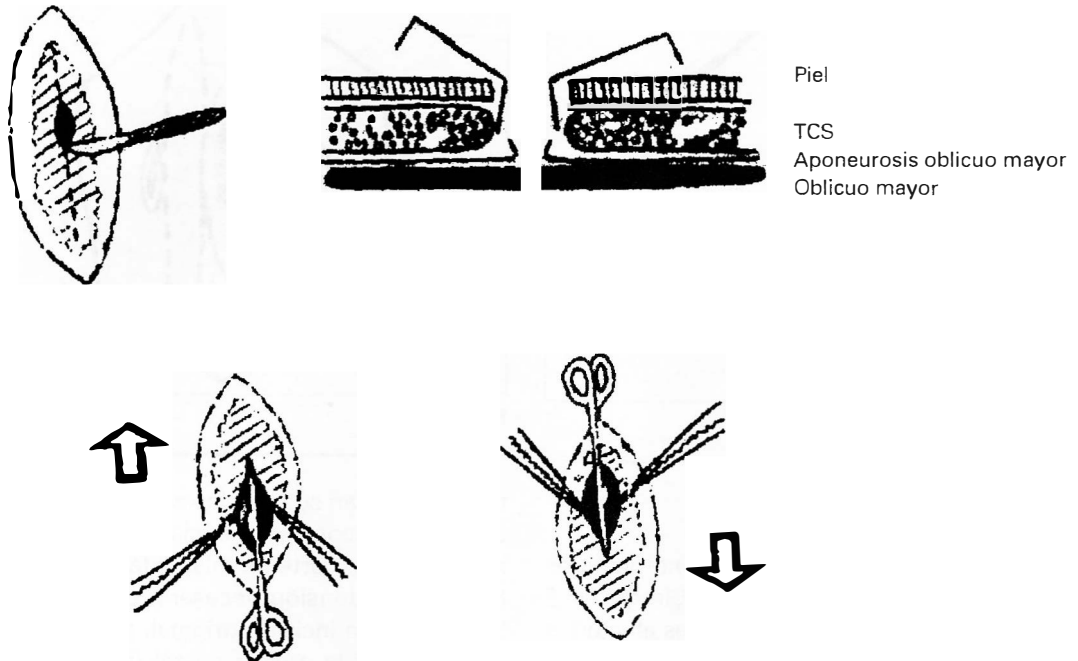


Figura 3.

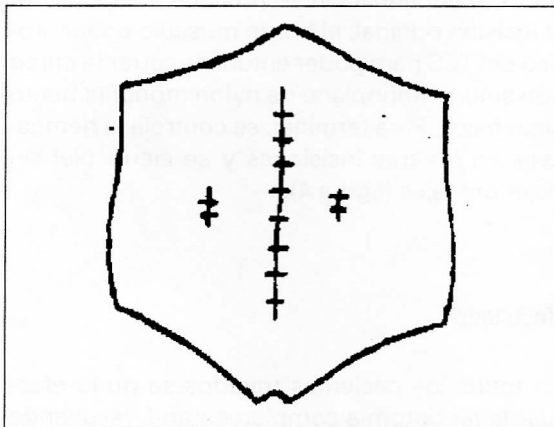


Figura 4.

perjuicio de la pared, cerrando la herida por segunda.

Al paciente sometido a esta técnica, portador de una eventración crónica, se le trató médicamente un hematoma del lado izquierdo, que solamente demoró el alta hospitalaria pero no perjudicó su plástica.

El posoperatorio en estos pacientes fue satis-

factorio, el dolor de las incisiones complementarias no pudo diferenciarse del producido por el cierre de la incisión original. El procedimiento no influyó para demorar el alta hospitalaria en ningún paciente, quedando una pared abdominal sólida y simétrica, hecho certificado por los controles alejados a la intervención quirúrgica.

### Discusión

La solución de continuidad en la capa músculo aponeurótica del abdomen que condiciona una eventración aguda puede ser de origen quirúrgico traumático o accidental, siendo la primera causa la que nos ocupa y se la denomina eventración poslaparostómica<sup>(3)</sup>. Debemos entonces considerar a la cavidad abdominal como una cámara cilíndrica, con un piso que es el suelo pelviano y un techo, el diafragma, muscular el primero y músculo aponeurótico el segundo. Una pared posterior conformada por la columna, el cuadrado lumbar y el psoas y la más importante, la pared anterolateral que es mús-

culo aponeurótica. En ella podemos considerar dos regiones anatómicas claras: una lateral con tres capas músculo aponeuróticas de las cuales la más superficial es el oblicuo mayor, con sus líneas de fuerza de abajo hacia arriba y de adentro hacia afuera, ejerciendo así tracción en ese sentido. La capa media está conformada por el oblicuo menor, con sus fuerzas hacia abajo y afuera, y la más profunda, ocupada por el músculo transverso, con sus líneas horizontales, traccionando hacia afuera.

La región anterior cuenta con dos sectores importantes: los rectos, cuya textura y vainas le otorgan gran resistencia y poder de sostén oponiéndose así a la retracción que ambos oblicuos ejercen. Debemos a su vez tener en cuenta, para el tratamiento de la patología que nos ocupa, la irrigación e inervación de la pared anterolateral del abdomen, cuyos vasos sanguíneos presentan dirección transversal (intercostales) y vertical, conformando dos circuitos: uno superficial (mamaria externa y circunfleja ilíaca externa) y otro profundo (mamaria interna y epigástrica) <sup>(4)</sup>.

La inervación le corresponde a los intercostales del séptimo al duodécimo y a los abdominogénitales mayor y menor <sup>(4)</sup>. Debemos recordar la función que los músculos abdominales cumplen, como la estática del tronco, dada por los músculos rectos, siendo los oblicuos los rotadores y flexores. También la función de auxiliares de la respiración, estando el transverso como antagonista del diafragma, mientras los rectos y oblicuos participan en la espiración forzada <sup>(4)</sup>. Esto se altera sobremanera cuando hay una solución de continuidad en la pared abdominal, como la laparostomía. Por todo lo anterior es que afirmamos que operar una eventración no sólo es cerrar una brecha parietal: el tratamiento de esta patología constituye sin duda un gran problema que debe afrontar el cirujano, y las numerosas técnicas y variantes descritas en la literatura representan el esfuerzo por solucionarlo <sup>(5)</sup>. Es la búsqueda de un procedimiento que proporcione no sólo una pared firme y resistente, sino que evite la recidiva, y con ella el deambular del enfermo con una eventración crónica, convertido así en una carga social <sup>(6)</sup>.

Cuando por una incisión abdominal se pro-

duce una eventración, los elementos músculo aponeuróticos descritos anteriormente se desplazan excéntricamente por la acción de la tensión y la retracción muscular.

Este fenómeno se observa en las laparostomías reiteradas usadas para el tratamiento de la sepsis abdominal grave, y esa fuerza está determinada por el oblicuo mayor, sumada a la presión positiva intrabdominal que colabora con la retracción muscular, favoreciendo así la salida de vísceras y epiplón a través del orificio, convirtiéndolo en un anillo rígido por fijación o adherencia fibrosa de los músculos. Además se agrega la falta de fuerza del recto anterior para detener la retracción causada por ambos oblicuos <sup>(7)</sup>.

Es importante adicionarle a todo esto los factores dependientes de la pared, como la infección o contaminación de la herida, siempre presentes en los pacientes relaparostomizados, y los factores dependientes del enfermo, como el estrés, la alimentación parenteral, el insuficiente estado proteico y las enfermedades asociadas, entre ellas las que comprometen el aparato respiratorio. Las técnicas propuestas para tratar a estos pacientes con grandes eventraciones son innumerables, dentro de las más utilizadas podemos encontrar la de Albanese, con sus incisiones de descarga <sup>(6-11)</sup>, cuyo objetivo principal es lograr el acercamiento fácil y sutura de los bordes de la eventración y disminuir o anular la compresión abdominal por retracción muscular, aumentando así la capacidad del abdomen. Pero la gran disección cruenta del TCS a que son sometidos estos pacientes, más la lesión de vasos importantes, sumados a despegamiento del TCS hace que esta técnica no sea utilizable, a nuestro juicio, para estos pacientes.

En los cuadros de eventraciones crónicas se puede optar por distintas técnicas, ya que se dispone del tiempo para el uso, por ejemplo, del neumoperitoneo progresivo de Iván Goñi Moreno <sup>(3,8,12,13)</sup> que tan buenos resultados da. En los pacientes con el abdomen abierto evidentemente no es factible aplicarlo.

También conocemos los distintos métodos de tratamiento médico citados para el manejo de eventraciones agudas como sería el caso de estos enfermos <sup>(7)</sup>, pero creemos en la superioridad de la fasciotomía complementaria de

descarga, alejada de la incisión original, y efectuada sobre el oblicuo mayor en cualquiera de sus paralelos, cuya utilidad se demostró en nuestros pacientes porque cumple con los objetivos de la técnica de Albanese <sup>(7)</sup>, y no necesita de grandes disecciones del TCS, no obliga a cerrar el abdomen a tensión, ayudados por el anestesista, en la relajación <sup>(7-9,13,14)</sup> o a suturas capitonadas, ni recurrir al uso de mallas protésicas <sup>(8)</sup> o drenajes como citan otros autores <sup>(9,11,12)</sup>. Por otra parte, nos resultó de técnica sencilla para un cierre difícil y con un muy satisfactorio afrontamiento de los bordes, sin tensión ni dificultades en la mecánica respiratoria del paciente. Además, no tuvimos mortalidad y la morbilidad fue despreciable, si se la compara con la causa que originó la enfermedad y con la expresada por otros autores <sup>(8,15)</sup>.

En un sólo paciente hemos aplicado este procedimiento, para tratar una eventración crónica que portaba un joven de 20 años, como resultado del cierre por segunda de una laparostomía; pensando entonces en su actividad laboral y juventud, fue el único caso en el que se apoyó el cierre de la incisión original, con una malla protésica aún siendo satisfactorio con la fasciotomía de descarga.

Como conclusión diremos que: es una técnica de fácil ejecución, para cualquier cirujano, otorgando muy buenos resultados con un mínimo de morbilidad, en pacientes comprometidos por su patología de base. Aplicable asimismo en eventraciones crónicas, obviando así las dificultades sociales y económicas que conlleva una internación prolongada, prescindiendo en casos seleccionados, del neumoperitoneo progresivo.

Por todo lo expuesto es que sugerimos in-

cluirla en el bagaje técnico-táctico de todo cirujano que deba afrontar estos problemas.

## Bibliografía

1. **Pastorino DE.** Incisiones de descarga muscular de Albanese Profilácticas. Prensa Med Argent 1982; 69: 31.
2. **Comín R.** Las incisiones de descarga como tratamiento para el cierre de las laparostomías reiteradas. Rev Argent Cir 1992; 65: 82-3.
3. **Otero G, Waddle G, Schulte J et al.** Eventraciones. Nuestra experiencia. Semana Méd 1964; 125 (abr 19): 355-8.
4. **Barroetaveña J.** Cirugía de las Eventraciones. Buenos Aires: El Ateneo; 1988.
5. **Lord JW.** Elimination of disruption of abdominal incisions. Surg Gynecol Obstet 1969; 129(5): 758.
6. **Alché-Salomon.** Eventración mediana supraumbilical. Técnica de Albanese. Prensa Méd Arg 1996; 53: 23-4.
7. **Albanese AR.** Eventraciones. Su anatomía quirúrgica normal y patológica, mecanismos de producción. Semana Méd 1964; 125 (nov. 19): 1871-3.
8. **Castro Veira G.** Eventraciones posoperatorias, nuestra experiencia. Semana Méd 1989; 173 (7): 85.
9. **Gadano N.** Eventración gigante recidivada hemiabdomen derecho. Prensa Méd Argent 1966; 52: 23-38.
10. **Majul E.** Combinación de neumoperitoneo e incisión de descarga de Albanese en las grandes eventraciones epogástricas. Prensa Méd Argent 1987; 74: 491.
11. **Ponísio V.** 10 incisiones de descarga para el tratamiento sistematizado de las eventraciones (Extracto). Congreso Argentino de Cirugía, 64. La Plata, 1993.
12. **Moore SW.** Recurrent abdominal incisinal hernias. Surg Gynecol Obstet 1968; 126(5): 1015.
13. **Zabaleta D.** Las incisiones costales de relajación en el tratamiento de las grandes eventraciones supraumbilicales. Prensa Méd Argent 1965; 52: 1349.
14. **D'Angelo W.** Laparostomía y-reexploración abdominal programada con peritonitis generalizadas graves. Prensa Méd Argent 1991: 78-142.
15. **Bueno R.** Eventración posoperatoria aguda. Prensa Méd Argent 1960; 47: 1169.