

CONTRIBUCION A LA TECNICA DEL ABORDAJE SIMULTANEO DE LA FOSA ILIACA DERECHA Y LA CAVIDAD PELVICA

Eduardo C. PALMA y Ptes. Pietropinto y R. A. Ugón

Presentado en la Sesión del día 11 de Junio de 1941

La técnica de Mc Burney ⁽¹⁾ constituye indudablemente la incisión ideal para el abordaje de la fosa ilíaca interna y para efectuar la apendicectomía en la inmensa mayoría de los casos. Incisión de fácil realización y que ofrece un campo operatorio bastante amplio, es una técnica esencialmente anatómica, de tipo estelar por disociación, que no secciona ningún elemento importante, muscular ni nervioso de la pared abdominal, y que da excelente reconstituciones parietales, en base a su tendencia espontánea a la oclusión del trayecto.

Sin embargo en numerosas oportunidades, hemos tenido que agrandar la incisión de Mc Burney, pues ella resultaba insuficiente para las necesidades del acto quirúrgico.

El agrandamiento de la incisión mediante la sección transversal, hacia arriba o abajo, de los haces musculares del pequeño oblicuo y el transverso, si bien amplía de una manera apreciable el campo operatorio, es muy traumatizante y favorece la producción de eventraciones post-operatorias.

Se han descripto una serie de técnicas de ampliación de la incisión de Mc Burney que tienden a respetar, en lo posible, la integridad anatómica parietal de la región.

Como pequeña variante de la incisión de Mc Burney, algunos autores aconsejan no limitarse a la disociación de las fibras musculares del pequeño oblicuo y del transverso, sino efectuar además la sección horizontal de su segmento aponeurótico, en la dirección de las fibras, hasta la vecindad de la vaina del recto anterior del abdomen, Blanco Acevedo ⁽²⁾, Gosset ⁽³⁾, etc. Esto da un abor-

daje operatorio algo más amplio, en la profundidad, pero no siempre

La técnica de Fowler (G. R.) ⁽⁴⁾, parece haber sido la primer incisión de agrandamiento del Mc Burney, por medio de apertura de la vaina del recto anterior del abdomen. en junio de 1899 ante la "Associated Physicians of Long" fué recién publicada al año siguiente ⁽⁴⁾, cuando un mes Weit (R. T.) ⁽⁵⁾ ya había publicado la misma técnica aproxi-

Consiste en agrandar la apertura del Mc Burney una incisión horizontal que parte del ángulo inferior y se hacia la línea media seccionando los planos superficiales; la interna del gran oblicuo es reclinada hacia adentro, al mismo nivel en que se había realizado anteriormente la disociación de los haces musculares del pequeño oblicuo y del transverso, la sección horizontal de sus porciones aponeuróticas, abrir la vaina del músculo recto anterior, que es reclinada hacia adentro; se efectúa luego la apertura vertical, hacia arriba y abajo de la vaina de este músculo, en su parte externa seccionándose la hoja anterior y la posterior, que es muy débil (junto con el peritoneo).

La técnica de Fowler (G. R.) es excelente y ofrece una ampliación del campo operatorio muy importante, que permite visualizar gran parte de la región mesentérico - ileal y mismo la parte derecha de la pelvis. El cierre de la pared debe hacerse cuidadosamente, pues la sección vertical de la vaina del recto corta transversalmente las fibras aponeuróticas y pueden originarse eventraciones. Cuidando de recubrir su sutura con el gran oblicuo, se evitan estos inconvenientes. Los resultados publicados son excelentes. Ha sido empleada por numerosos autores, Winkelmann (K.) ⁽⁶⁾, Fowler (R. H.) ⁽⁷⁾, etc. Algunos cirujanos le han efectuado algunas variantes. Así Baggio (G.) ⁽⁸⁾ realiza una incisión cutánea curva y algo oblicua con la parte inferior paralela a la arcada; además al efectuar la disociación muscular del pequeño oblicuo y del transverso, aconseja prolongarla hacia afuera hasta llegar a la espina ilíaca anterior y superior de la pelvis.

Harrington (T. B.) preconiza una técnica bastante semejante y que ofrece una ampliación del campo operatorio importante hacia la línea media. Consiste en extender "la sección de

"los tejidos superficiales desde el ángulo inferior de la herida hacia adentro, hasta la línea media. La hoja anterior de la vaina del recto es expuesta y seccionada en la misma dirección: el músculo, sin embargo, no es seccionado, sino reclinado hacia adentro y la hoja posterior de sus vainas es expuesta. Esta última, junto con el peritoneo, es seccionada en dirección hacia la línea media y la abertura abdominal ensanchada en consecuencia". (Descripción de Taylor. ⁽⁹⁾).

Taylor (E. H.) ⁽⁹⁾ emplea también una incisión parecida y que amplía también de una manera apreciable el Mc Burney, pero en vez de hacerlo horizontalmente lo hace hacia la parte interna e inferior. Consiste en prolongar la sección de los planos superficiales y de la aponeurosis del gran oblicuo en la dirección inicial, hacia abajo y adentro, hasta la parte media de la cara anterior del gran recto del abdomen.

La zona aponeurótica del pequeño oblicuo y del transverso, estando entonces ampliamente expuesta, es seccionada horizontalmente hasta abrir la vaina del recto anterior y luego casi verticalmente hacia abajo (y algo adentro). El músculo recto anterior es reclinado hacia adentro, con lo que se exponen ampliamente los vasos epigástricos, que se ligan en caso que molesten. Se secciona luego verticalmente la "fascia transversalis" y el peritoneo. Se obtiene así una ampliación importante hacia abajo y adentro, del primitivo Mc Burney.

Blanco Acevedo (E.) ha preconizado también una técnica muy semejante, realizando la apertura de la vaina del recto y la sección en las dos direcciones, arriba y abajo, de la vaina de este músculo, en su parte externa para obtener un amplio abordaje (Morador) ⁽²⁾.

Del Campo (J. C.) y Lamas (E.) desde hace muchos años preconizan y emplean también la modalidad de ampliación del Mc Burney, mediante la apertura vertical de la vaina del recto, en la que tienen una gran experiencia habiendo establecido en un trabajo aun inédito, su técnica, sus ventajas e indicaciones.

La técnica de Rockey (A.) ¹⁰ llamada de Davis (G. G.) ¹¹ en los EE. UU. y de Sonnenburg en Alemania, es muy semejante al Mc Burney, pero con una incisión horizontal de los planos superficiales y del gran oblicuo. Puede dar un poco más de amplitud operatoria que el Mc Burney, pero es inferior a ella, por

ser menos anatómica, seccionando un plano parietal importante transversalmente a la dirección de sus fibras y siendo por tanto más propensa a las eventraciones. Por otra parte no aumenta el abordaje en el sentido descendente y no permite visualizar la pelvis en su parte derecha.

Se han utilizado otras técnicas muy semejantes al Mc Burney, como la llamada de Bonnet (P.) ¹², la que aconseja Whitelocke (A.) ¹³ que son sólo incisiones también estelares y por disociación, pero hechas en la parte baja de la fosa ilíaca interna, casi inguinales. La técnica que preconiza Rossi (P.) ¹⁴ es una incisión algo curva, que parte del Mc Burney y llega hasta la espina del pubis, abriendo la vaina del recto, en la parte baja, como en el Jalaguier. La incisión de Chaput es también parecida al Mc Burney, pero mediante la sección horizontal de los planos superficiales y efectuada en el pliegue inferior del abdomen. En cuanto a la incisión de Lecène (P.) ¹⁵ es una excelente técnica estelar por disociación, pero para abordaje de la parte externa del flanco y parte alta y externa de la fosa ilíaca interna, pues se efectúa por encima de la cresta ilíaca.

En varias oportunidades hemos utilizado la incisión llamada de Jalaguier (utilizada primeramente por Battle ¹⁶ en 1895, Kammerer (T.) ¹⁷ en 1897, Lennander (K.) ¹⁸ en 1898, que nos ha brindado un abordaje operatorio amplio y nos ha permitido explorar a la vez la fosa ilíaca derecha, la zona mesentérica - ileal inferior y la parte derecha de la pelvis. Sin embargo la empleamos cada vez menos, por tratarse de una técnica antifisiológica, que efectúa la sección de los planos aponeuróticos perpendicularmente a la dirección de sus fibras y de algunos filetes nerviosos, lo que es causa de las dificultades del cierre de la pared abdominal, y del porcentaje no despreciable de eventraciones que se producen, especialmente en los casos supurados en que debe dejarse drenaje.

La incisión de Max Schüller está indicada para los casos en que sea necesario drenar procesos supurados de la fosa ilíaca derecha, por ser la técnica que abre menos espacios celulosos parietales. Fuera de estas indicaciones, esta incisión no tiene ventajas, por ser esencialmente antifisiológica, dar menos luz operatoria que el Jalaguier y originar un porcentaje importante de eventraciones.

Una vía de abordaje muy interesante es la empleada por Jayle (F.)^{19 20} desde hace 35 años, y publicada recién en 1920. La orientación que guió a su creador era establecer una técnica que diera una cicatriz esencialmente estética y a la vez permitiera efectuar la extirpación del apéndice. Se inspiró para ello en la primitiva incisión transversal intrapilosa de Rapin, preconizada por Dartigues, que era simplemente una laparotomía mediana yuxta - pubiana, realizada mediante una incisión cutánea horizontal⁽⁵⁾, en la zona del monte de Venus, y el clivaje vertical de los planos superficiales, junto a la aponeurosis. La incisión de Jayle (F.) tiene sin embargo otro mérito más importante que sus resultados estéticos y es el abordaje que ofrece conjuntamente a la parte baja de la fosa ilíaca interna y a la parte lateral correspondiente de la pelvis.

La incisión de Jayle (F.) ha sido modificada por Charbonnier (A.)⁽²¹⁾ quien la ha empleado en numerosas oportunidades. La técnica empleada por Charbonnier difiere de la primitiva de Jayle sólo en algunos detalles, como la sección del tejido celular sub-cutánea, en lugar de su dilaceración y la sutura de la pared plano por plano, en vez de hacerlo en uno solo. Los tiempos esquemáticos de la técnica de Jayle - Charbonnier son los siguientes: 1º Incisión cutánea horizontal, a un través de dedo encima del pubis y en uno de los pliegues cutáneos, extendiéndose desde la línea media hasta 5 a 8 cm. hacia la derecha. El panículo sub-cutáneo se corta oblicuamente, de manera de abordar la aponeurosis más arriba. 2º Sección de la aponeurosis anterior de la vaina del recto, a dos o tres traveses de dedo por encima del pubis, partiendo desde la línea blanca hacia afuera dirigiéndose hacia la espina ilíaca anterior y superior, hasta llegar al borde externo del músculo recto anterior, para prolongarse luego 2 a 3 cm. por el simple clivaje del plano del gran oblicuo, en la dirección de sus fibras. 3º Luego de haber clivado ampliamente entre el músculo recto anterior y su vaina, en su cara anterior y su borde externo, en una altura de 5 cm. se reclina el músculo hacia adentro, junto con los vasos epigástricos, cuidando de no arrancar el XII nervio intercostal y se secciona verticalmente la "fascia transversalis" y el peritoneo, $\frac{1}{2}$ cm. por dentro del borde externo de la vaina. Por medio de esta incisión Jayle (F.) y Charbonnier (A.) han podido efectuar numerosas intervenciones en pacientes

delgadas o con panículo adiposo medianamente desarrollado, apendicectomías, anexectomías, ligamentopexias, etc., etc. Las ventajas de esta técnica serían: 1º Dejaría una cicatriz invisible; 2º Permitiría el abordaje de los órganos genitales internos de la mujer; 3º Haría posible la colocación de un drenaje abdominal de situación baja. 4º Podría ser transformada sin dificultades en una incisión de Pfannenstiel.

La incisión de Jayle ha sido empleada por Ramírez (E. A.) y Catalano (E.) ²², con excelentes resultados. La consideran especialmente indicada en el sexo femenino y en los casos en que sea necesario explorar los órganos genitales internos o efectuar intervenciones sobre los anexos derechos. Consideran contraindicada esta técnica en los casos de apendicitis agudas, ciegos altos o ectópicos, apendicitis retrocecales o lesiones anexiales izquierdas o derechas de gran tamaño.

Nicholson (E.) ²³ ha utilizado también una incisión horizontal infra - umbilical baja, pararrectal, similar a la técnica de Jayle, con excelentes resultados.

Hemos empleado en algunos casos, incisiones abdominales que nos han permitido efectuar el abordaje simultáneo de la fosa ilíaca interna y de la parte lateral correspondiente de la pelvis. Han sido incisiones muy semejantes a la descripta por Jayle (F.).

OBS. N° 1. — Paciente Sr. J. C. (Hist. 3251). Servicio del Prof. H. García Lagos. Padece de un enorme prolapso rectal total. Además ha presentado dolores en fosa ilíaca derecha, que hacen sospechar una apendicitis crónica. Operación (28-IX-1939) Dr. Palma y Ptes. M. Pérez Fontana y J. Dighiero. Anestesia general al éter (CO₂). Se efectúa una incisión de Pfannenstiel, con el fin de abordar a la vez la pelvis y las fosas ilíacas. Reducción del prolapso rectal; cierre del fondo de saco de Douglas; pexia del recto y del colon pélvico a la fosa ilíaca izquierda, especialmente al tendón del pequeño psoas. Se explora la fosa ilíaca derecha, encontrándose signos de apendicitis crónica, con un apéndice retro - ceco - cólico ascendente, largo, muy fino, escleroso, con grandes adherencias. No pudiéndose efectuar la extirpación del apéndice, por la incisión de Pfannenstiel, se resuelve abordar la fosa ilíaca por fuera del gran recto derecho y mediante el clivado de los músculos. Con toda facilidad se cliva la aponeurosis del gran oblicuo, en la dirección de sus fibras, luego los haces musculares del pequeño oblicuo y del transversos; se reclina el recto anterior hacia adentro, junto con los vasos epigástricos

y se incide el peritoneo. Se obtiene un amplio abordaje de la fosa iliaca derecha (figura 1). Apendicectomía, con encapuchonamiento (en la profundidad, casi sub-hepático, quedó $\frac{1}{2}$ cm. del extremo del apéndice

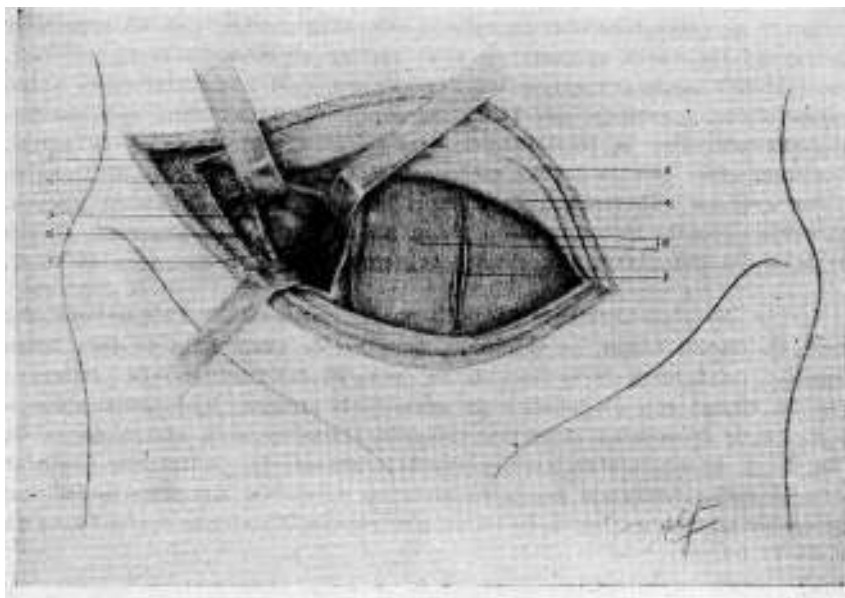


FIG. 1

Incisión de Pfannenstiel, combinada con una pararectal derecha por disociación. — 1. Apéndice; 2. Peritoneo; 3. Ciego; 4. Plano del pequeño oblicuo y del transverso; 5. Plano del gran oblicuo; 6. Músculo gran recto anterior; 7. Incisión vertical mediana del peritoneo. (Pfannenstiel).

Drenaje con mecha en el foco apendicular. Cierre del Pfannenstiel y del abordaje pararectal derecho, por planos. Excelente evolución. Alta el 24 de Oct. 1939.

OBS. N° 2. — Paciente Srta. C. N. (Historia N° 5625). Serv. del Prof. H. García Lagos. Enferma que padece de apendicitis crónica (diagnosticada radiológicamente) y de dismenorrea intensa. Operación (21 Dic. 1939) Dr. Palma y Pte. Alonso. Anestesia general con evipán intravenoso (1 gr. 50). Se efectuó una incisión en el hipogastrio y fosa iliaca derecha de unos 12 cm. comenzado en la línea media, a un grueso través de dedo encima del pubis y dirigiéndose en curva progresiva (a la manera de la mitad derecha de una incisión de Pfannenstiel) hacia afuera y arriba, hasta la altura aproximada de la espina iliaca anterior y superior. Seccionada la piel y el tejido celular subcutáneo, se cortó horizontalmente la aponeurosis del gran oblicuo que forma la vaina del recto anterior, a unos 2 traveses de dedo encima del pubis, hasta llegar al borde externo de este músculo, clivándosela luego hacia arriba y afuera en la dirección

- de sus fibras. Sección horizontal de la hoja profunda de la pared anterior de la vaina del recto, a 2 cm. por encima de la incisión anterior, clivándose luego los músculos pequeño oblicuo y transverso hacia afuera, en la dirección de sus fibras. Se clivó hacia arriba y abajo, separando el recto anterior de su vaina muscular en toda la extensión posible. Con un separador se cargan los vasos epigástricos y se reclina el músculo recto anterior. Sección de "fascia transversalis" y peritoneo, casi horizontalmente (algo hacia afuera y arriba), por fuera del recto. Apendicectomía con encapuchonamiento. Por la incisión puede explorarse perfectamente la pelvis, comprobándose que los anexos están caídos en el fondo de saco de Douglas y con grandes adherencias. Se liberan las adherencias de ambos anexos. El ovario derecho es voluminoso y con un quiste, que se punciona. Cierre de la pared por planos. Excelente evolución. Alta el 5 de enero de 1940.

* OBS. N° 3. — Paciente Srta. Elena N. (Historia N° 5978). Serv. del Prof. H. García Lagos. — Síndrome doloroso de parte baja de fosa ilíaca derecha, de 2 años de evolución. Se opera el 8-VIII-1940 (Dr. Palma y Pte. R. Ugón) con diagnóstico de apendicitis crónica. Raquianestesia con 0 g. 12 de Novocaína. Incisión abdominal similar a la efectuada en la Obs. N° 2. Se obtiene un amplio abordaje operatorio, pudiéndose explorar toda la pelvis; órganos genitales internos normales. Apendicectomía con encapuchonamiento. Cierra de pared por planos. Excelente evolución. Alta el 16-VIII-1940.

OBS. N° 4. — Paciente Sr. A. K. (Historia N° 3939). Serv. del Prof. H. García Lagos. 21 años, húngaro. Ingresa al Hospital el 31-VII-1940, por dolor en fosa ilíaca derecha, vómitos y ligera fiebre. El día 30-VII-1940 se inició su enfermedad con dolor en fosa ilíaca derecha, náuseas, vómitos, diarrea ligera con materias líquidas y amarillentas, tenesmo rectal y fiebre moderada. Ha tenido ya dos cuadros parecidos al actual, el primero hace 1 ½ año, con dolores intensos en fosa ilíaca derecha, irradiados al perineo y precedidos de dolor epigástrico; al mismo tiempo, náuseas y vómitos acuosos y amargos, deposiciones diarreicas amarillentas y sensación de hallarse con fiebre. Estos trastornos se atenuaban progresivamente, pero persistiendo durante unos 15 días, el tenesmo rectal. Sus antecedentes familiares y personales restantes son sin importancia. Examen: (1-VIII-1940) Buen estado general, pulso 88, apirético, lengua saburral, húmeda, dolor neto a la presión profunda en fosa ilíaca derecha y ligero en fosa ilíaca izq.; hay gorgoteo cecal. Al tacto rectal se comprueba que el fondo de saco de Douglas se encuentra ocupado en su parte alta y derecha por una tumoración redondeada, algo irregular, inmóvil, dolorosa, de consistencia firme y elástica, que no infiltra las paredes del recto.

Se diagnostica apendicitis crónica pelviana con plastrón, a formaseudotumoral. Se interviene el 10-VIII-1940 (Dr. Palma y Pte. Pietropinto); anestesia peridural entre 1ª y 2ª lumbar. Se efectúa la incisión descripta en la Obs. N 2, obteniéndose un abordaje amplio de la fosa

ilíaca y parte lateral derecha de la pelvis. Se trata de exteriorizar el ciego y el apéndice, no siendo posible por las adherencias existentes. El apéndice, se halla muy engrosado, es largo y descendente, hallándose adherido a la pared lateral de la pelvis y a algunas asas intestinales delgadas. Se liberan las adherencias a las asas intestinales, efectuándose la apendicectomía retrógrada, con encapuchonamiento inicial del muñón y ligadura sucesiva del meso-apéndice, sin incidentes, pudiéndose explorar perfectamente la pelvis. Cierre de la pared por planos, dejando un pequeño tubo y mecha en la zona apendicular. La anestesia fué excelente, pese a ser el enfermo muy pusilánime. Excelente evolución. Alta el 25-VIII-1940.

OBS. N° 5. — Paciente Sra. Angela C. de R. (Historia N° 6521). Serv. del Prof. H. García Lagos. Enferma que padece de dismenorrea intensa, desde la pubertad y apendicitis crónica desde hace dos años. El estudio radiológico ha mostrado que el ciego se halla en la pelvis. Se interviene el 9-VI-1941 (Dr. Palma y Pte. San Martín); anestesia general al éter (CO²). Se efectúa la incisión de abordaje señalada en el caso N° 2, pudiéndose explorar perfectamente la fosa ilíaca derecha y la pelvis. Ciego móvil, pelviano, apéndice escleroso, con adherencias. Apendicectomía, con encapuchonamiento. Organos genitales internos normales. Cierre de pared por planos, sin drenaje. Excelente evolución. Alta el día 16-VI-41.

OBS. N° 6. — Enferma Sra. R. P. de L. (Historia N° 6128). Serv. del Prof. García Lagos). 44 años, urug., casada Ingresa al Hospital el 1° de noviembre de 1940 con un cuadro agudo inflamatorio de fosa ilíaca derecha e hipogastrio. Examinada por el Dr. Cendán, se establecen como diagnósticos probables los de apendicitis pelviana o accidente de embarazo ectópico tubario. Se opera el 3 de noviembre (Dr. Juan Cendán y Pte. Pietropinto), con anestesia raquídea, empleándose 12 cg. de novocaína. Incisión de abordaje abdominal similar a la efectuada en la observación N° 2. Se puede explorar la fosa ilíaca derecha y parte de la pelvis. El apéndice está sano; hay una salpingitis derecha aguda. Se efectúa la salpingectomía con encapuchonamiento del muñón. Apendicectomía profiláctica. Cierre de la pared por planos. Evolución post-operatoria excelente. La paciente es dada de alta el 19 de noviembre de 1940 a los 16 días de su intervención.

En la Obs. N° 1 en que la incisión de Pfannenstiel no permitía obtener un abordaje suficiente sobre la fosa ilíaca interna, pudimos comprobar que era fácil obtener, partiendo de ella, un abordaje pararrectal, mediante la disociación de los músculos anchos del abdomen a ese nivel. La técnica empleada fué sencilla: 1° Se prolongó un poco la incisión de los planos superficiales,

piel y tejido celular, hacia la derecha y arriba, siguiendo la dirección curva de la sección inicial. 2º Se clivó la aponeurosis del gran oblicuo, en la dirección de sus fibras, lo que nos suministró una amplia hendidura oblicua arriba y a la derecha. 3º Se seccionó horizontalmente la aponeurosis del pequeño oblicuo y del transverso, junto al borde externo del recto anterior del abdomen, en la dirección de sus fibras. Esto permitió luego continuar el clivaje entre los haces musculares de ambos músculos, hasta llegar casi a la espina ilíaca anterior y superior lo que ofreció una amplia hendedura horizontal, que no coincidía con la del gran oblicuo, sino en la parte interna de ambos. 4º Con los separadores se reclinó hacia abajo y adentro a los vasos epigástricos, hacia adentro el recto anterior, y hacia arriba y abajo las hendeduras obtenidas por el clivaje del gran oblicuo y del pequeño oblicuo y del transverso. 5º Sección de la "fascia transversalis" y del peritoneo parietal oblicuamente hacia arriba y afuera. El abordaje operatorio obtenido fué excelente (figura 1). La reconstitución parietal fué muy buena; a pesar del drenaje que se dejó en el lecho apendicular, no se originó la menor eventración.

En base a este resultado, pensamos en la utilidad de efectuar de primera intención esta vía pararrectal, con la finalidad de abordar conjuntamente la fosa ilíaca en su parte inferior y la parte lateral de la pelvis. He aquí la técnica utilizada:

1º La incisión de los planos superficiales, piel y tejido celular sub-cutáneo, la efectuamos a partir de la línea media o un poco a la izquierda de ella (fig. 2) y a 1 través de dedo encima del pubis. Desde allí la incisión continúa horizontalmente hacia afuera hasta llegar aproximadamente a la parte media del músculo recto anterior del abdomen, para curvarse luego progresivamente, dirigiéndose hacia arriba y afuera, hasta alcanzar el nivel de la espina ilíaca anterior y superior (o sobrepasarlo un poco, en personas muy gruesas), y hallándose a unos 3 cm. por dentro.

2º Se secciona el plano aponeurótico del gran oblicuo. La incisión comienza en la línea blanca o un poco a la izquierda de ella, y se dirige horizontalmente hacia afuera a unos 3 cm. por encima del pubis, hasta llegar a la zona del borde externo del

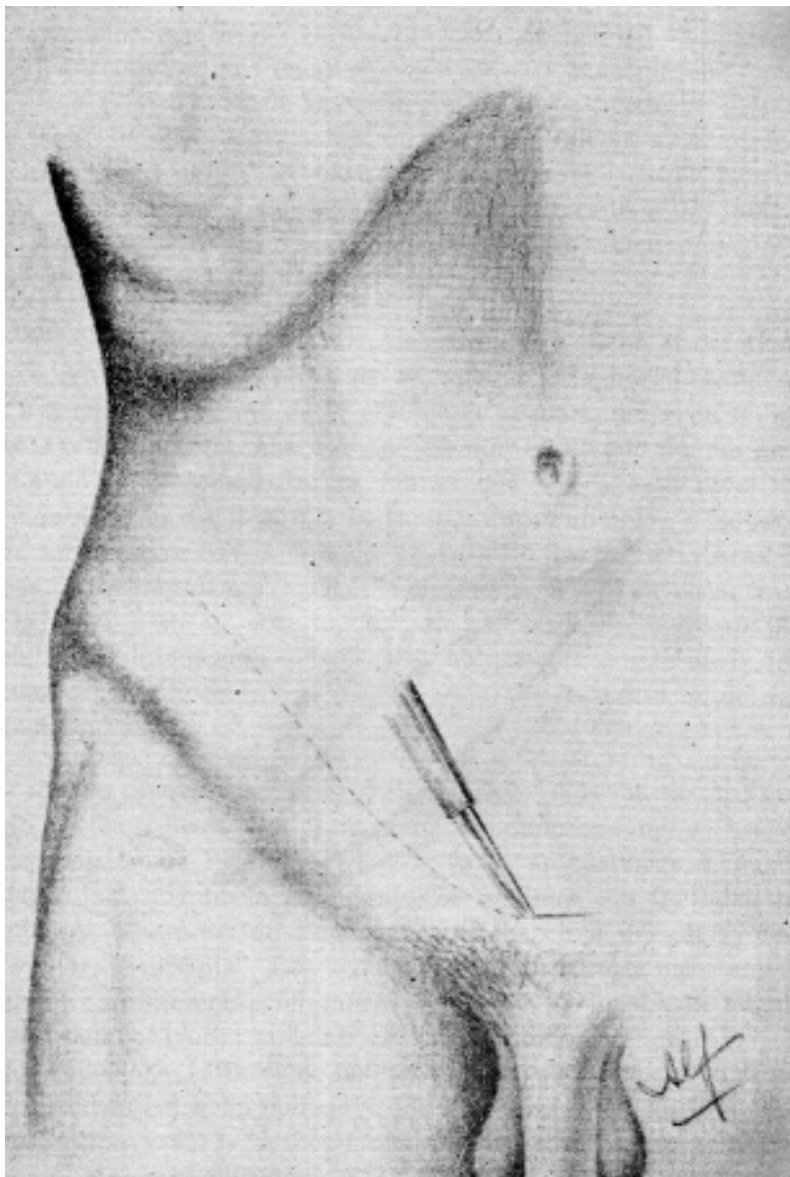


FIG. 2

Línea de incisión cutánea

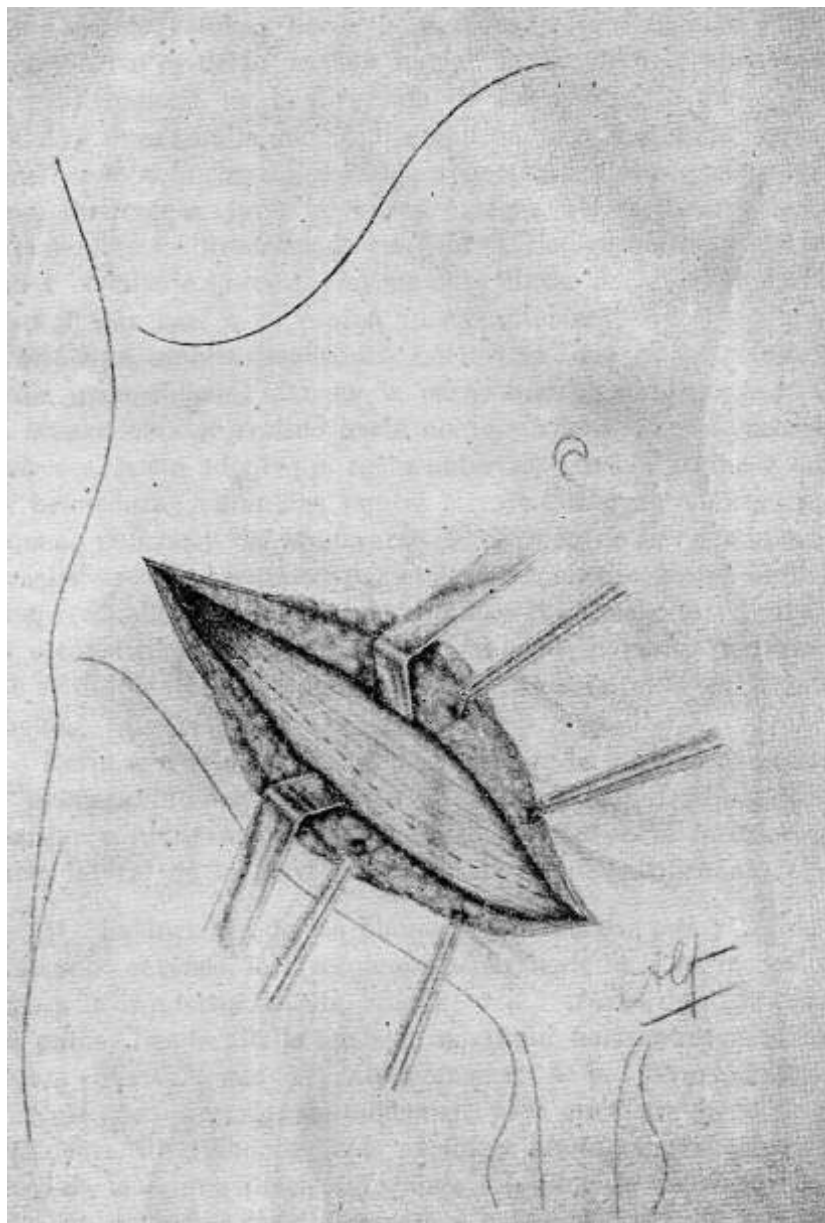


FIG. 3

Incisión del plano del gran oblicuo

músculo recto anterior; desde allí la incisión se dirige oblicuamente arriba y afuera, en la dirección de las fibras del gran oblicuo, clivándose sus haces aponeuróticos y musculares sin seccionarlos (fig. 3). En la mayoría de los casos puede seccionarse este plano independientemente del pequeño oblicuo, al nivel de la vaina del recto anterior; para ello es necesario actuar con cuidado, siendo sobre todo más fácil si se procede a la inversa, realizando la sección de este plano de afuera adentro, a partir de la zona externa del recto anterior.

3º Si se incinde el plano del pequeño oblicuo y del transverso, realizando la sección de su aponeurosis horizontalmente, a 1 o 2 cm. por encima de la efectuada al plano del gran oblicuo (fig. 4). En la zona muscular, se efectúa el clivado de sus haces siguiendo la dirección de sus fibras que son a este nivel casi horizontales, hasta llegar a la espina ilíaca anterior y superior o la zona vecina de la arcada crural. En la parte interna las líneas de sección de los 2 planos aponeuróticos, deben encontrarse en la línea blanca, para lo cual es necesario inclinar un poco hacia abajo la incisión del pequeño oblicuo. Conviene abrir ligeramente el borde de la vaina del músculo recto anterior del lado opuesto.

4º Se libera el músculo recto anterior derecho de su vaina, hacia arriba y hacia abajo, de manera similar a como se procede en la incisión de Pfannenstiel. Los vasos epigástricos, envueltos en su vaina conjuntiva abundante, se reclinan con facilidad mediante un separador de Farabeuf, que los cliva del plano de la "fascia transversalis". Los separadores reclinan entonces con facilidad y ampliamente, el músculo recto anterior hacia adentro (junto con los vasos epigástricos hacia abajo y adentro), y los labios superior e inferior de las hendeduras obtenidas en el clivaje de los planos del gran oblicuo y del transverso y pequeño oblicuo, hacia arriba y abajo respectivamente. En esta forma se obtiene un amplio campo operatorio (fig. 5), visualizándose una extensa zona de la "fascia transversalis".

5º Sección de la "fascia transversalis" y del peritoneo en un solo plano casi horizontalmente, con una pequeña inclinación hacia arriba y afuera. Se coloca un separador automático (de Gosset, etc.).

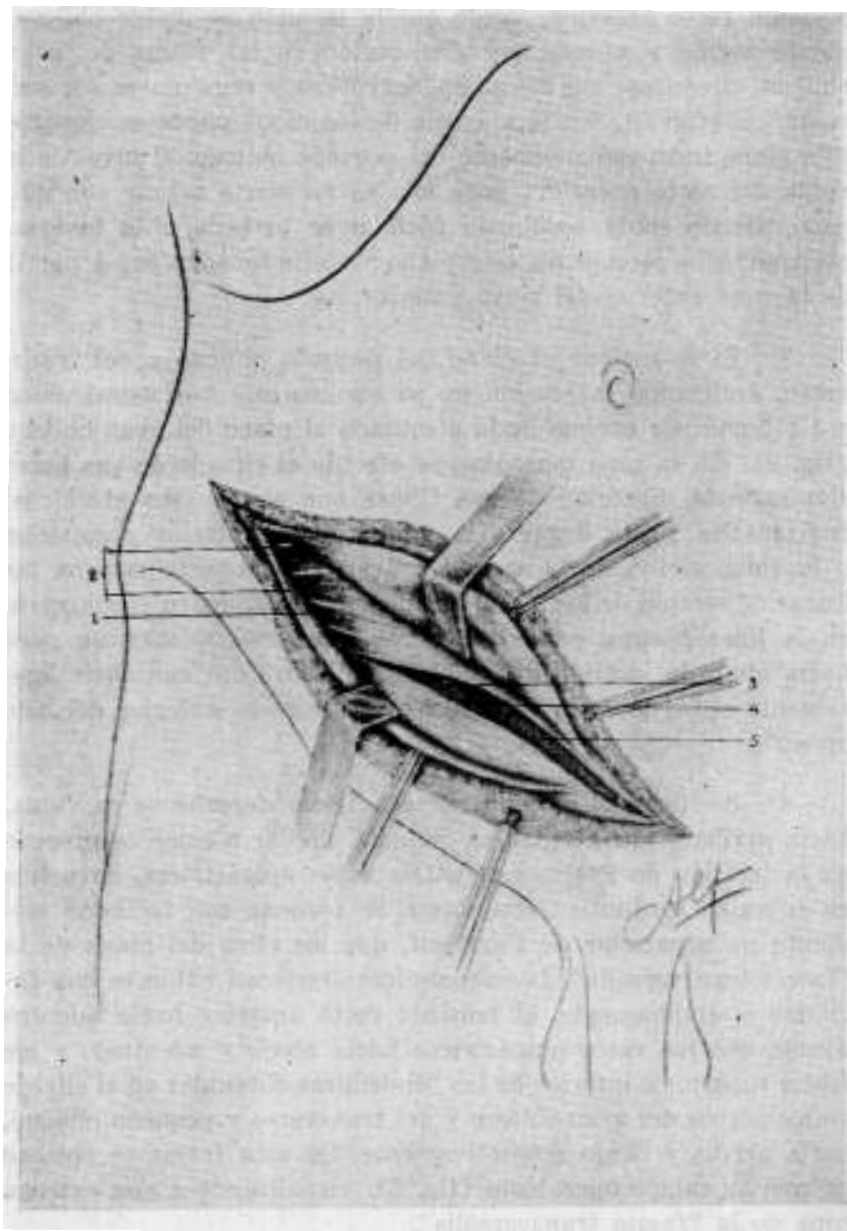


FIG. 4

Incisión del plano del pequeño oblicuo y transversario. — 1. Plano de los músculos pequeño oblicuo y transversario; 2. Plano del músculo gran oblicuo; 3. Tejido célula-grasoso sub-peritoneal; 4. Vasos epigástricos; 5. Músculo gran recto anterior.

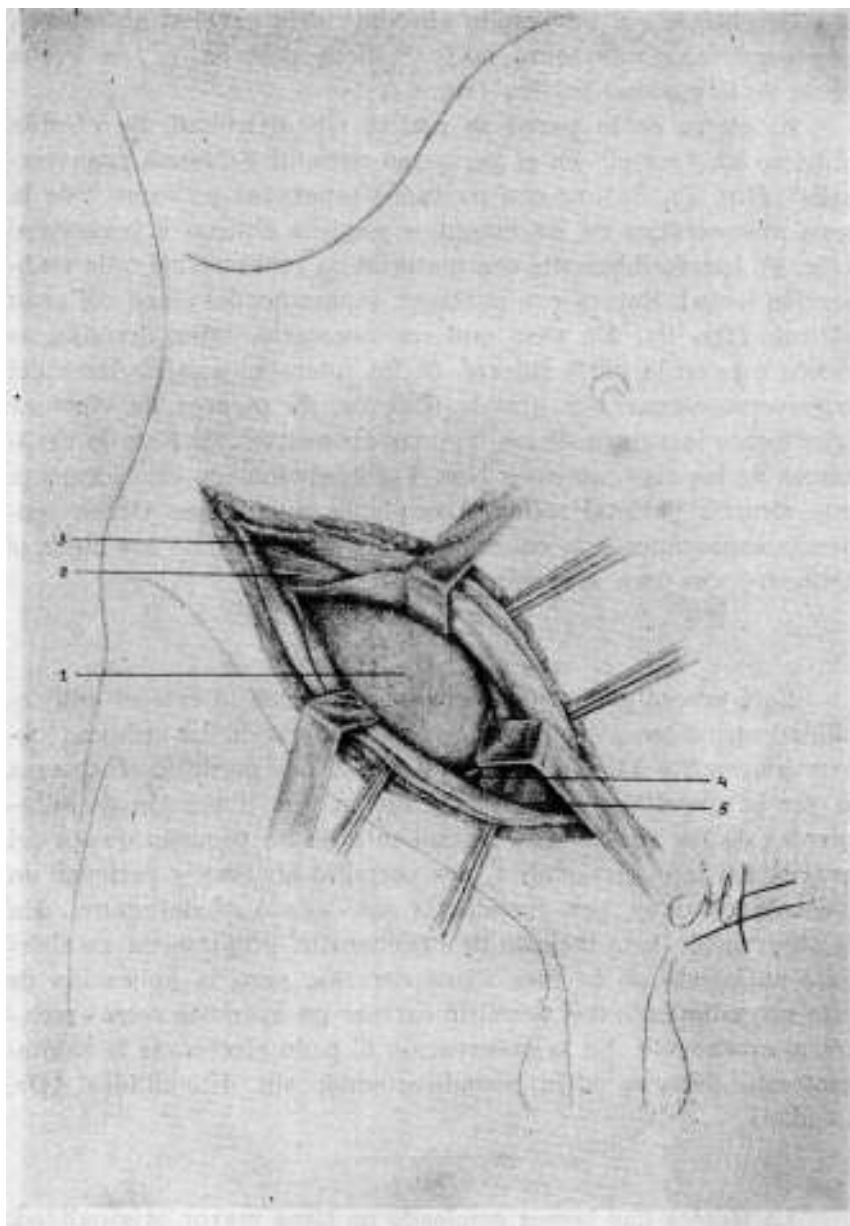


FIG. 5

Disociación y reclinamiento de los planos musculares y vasos epigástricos.

1. Peritoneo; 2. Músculos pequeño oblicuo y transverso; 3. Músculo gran oblicuo; 4. Arteria epigástrica; 5. Músculo gran recto.

Se obtiene así un amplio abordaje a la cavidad abdominal, que permite actuar sobre la fosa iliaca derecha y una buena parte de la cavidad pélvica (fig. 6).

El cierre de la pared se realiza sin dificultad. Se efectúa primero un "surjet" en el peritoneo parietal y "fascia transversalis" (fig. 7). Sutura con puntadas separadas o "surjet" de la zona aponeurótica de los músculos pequeño oblicuo y transverso (fig. 8) [preferiblemente con material no reabsorbible o de reabsorción lenta]. Sutura con puntadas separadas del plano del gran oblicuo (fig. 9). En caso que sea necesario dejar drenaje, se coloca éste en la parte interna de los intersticios musculares del transverso, pequeño y grande oblicuos, de manera de efectuar igualmente la sutura de las láminas aponeuróticas. Esto lo realizamos en las observaciones Nos. 1 y 4, obteniendo ulteriormente una cicatriz parietal sólida. Los planos musculares tienen tendencia espontánea a la oclusión del trayecto, cuando sus láminas aponeuróticas han sido sólidamente suturadas.

Este procedimiento de abordaje nos permitió extraer con facilidad apéndices pelvianos, en casos de apendicitis crónica (observaciones 3 y 5). En la observación 2, nos permitió efectuar a la vez la apendicectomía, la exploración y la liberación de adherencias de los anexos y el tratamiento de un pequeño quiste del ovario. En la observación 4, nos permitió abordar y extirpar un plastrón pelviano, por apendicitis sub-aguda pseudotumoral. En la observación 1, la incisión de Pfannenstiel no permitía un abordaje suficiente de la fosa iliaca derecha, pero la aplicación de este procedimiento nos permitió extraer un apéndice retro-ceco-cólico ascendente. En la observación 6, pudo efectuarse la salpingectomía derecha y la apendicectomía, sin dificultades (Dr. Cendán).

La técnica que hemos empleado no tiene mayor originalidad.

Se superpone en gran parte a la técnica de Jayle (F.) ^{19 20} pulida por Charbonnier (E.) ²¹.

En la incisión que hemos empleado, no se ha tomado en cuenta el factor estético, al que asignan tan grande importancia

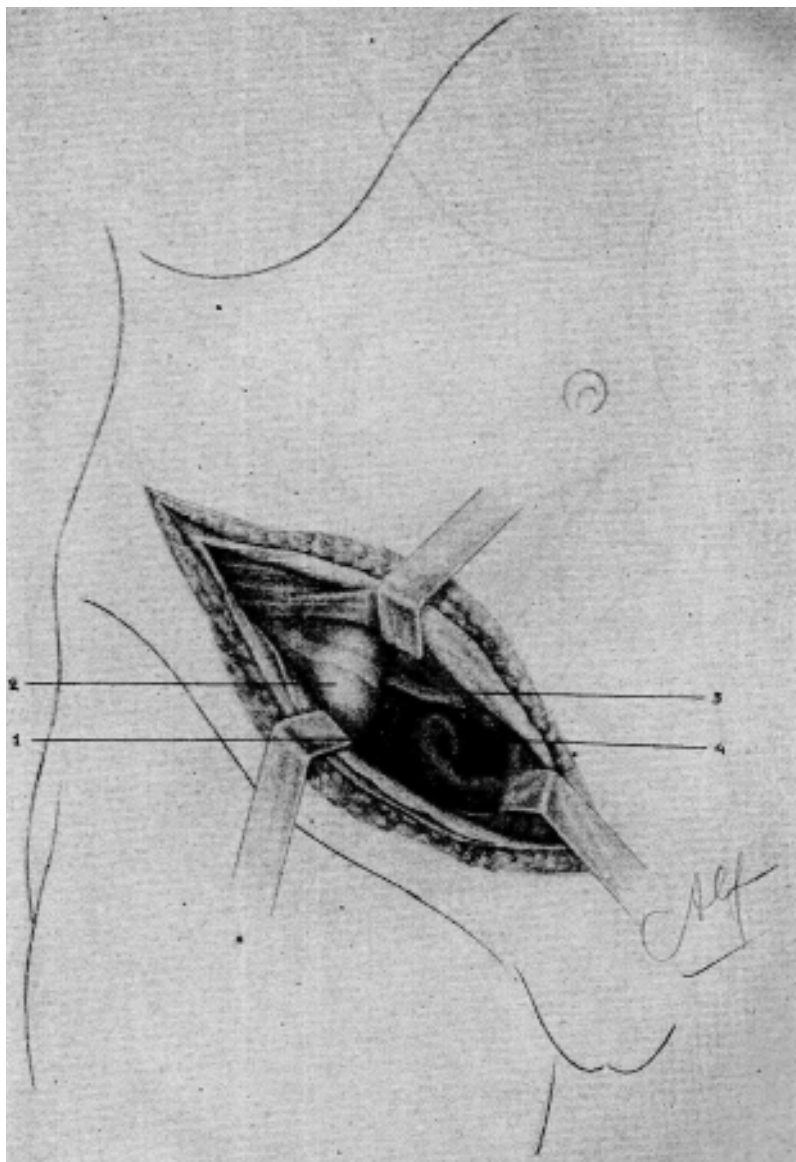


FIG. 6

Amplio abordaje de la cavidad peritoneal. — 1. Vasos ilíacos externos; 2. Ciego; 3. Apéndice; 4. Trompa de Falopio derecha.

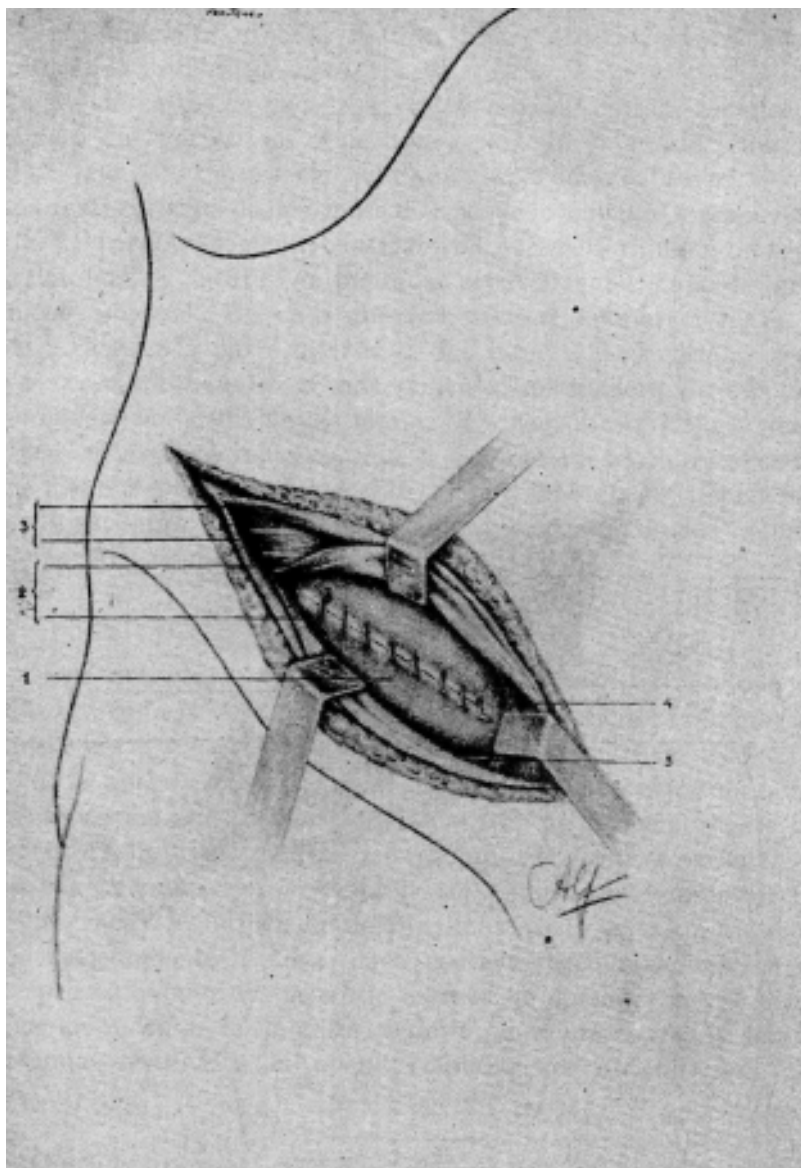


FIG. 7

Sutura del peritoneo. 1. Peritoneo; 2. Músculos pequeño, oblicuo y transverso;
3. Músculo gran oblicuo; 4. Músculo gran recto; 5. Vasos epigástricos.

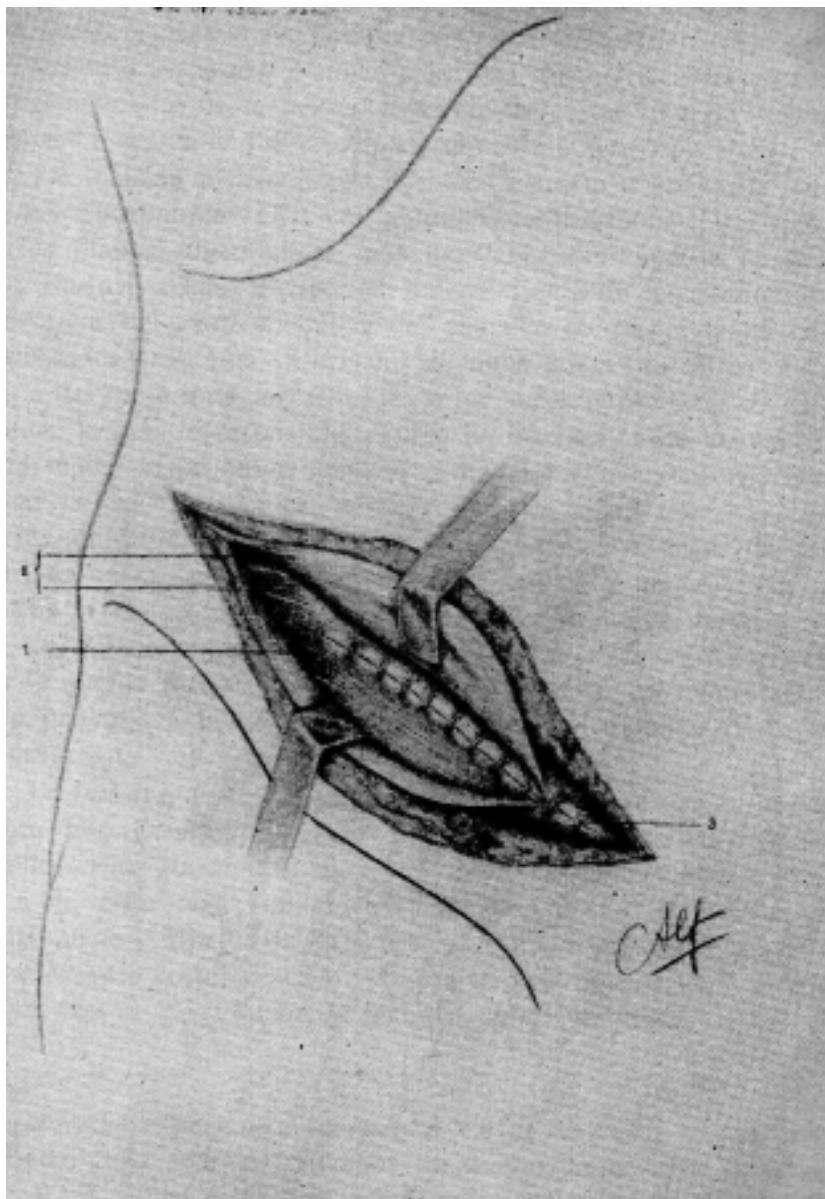


FIG. 8

Sutura del plano del pequeño oblicuo y transverso. 1. Plano del pequeño oblicuo y transverso; 2. Plano del músculo gran oblicuo; 3. Sutura en un plano de la zona de fusión de las láminas aponeuróticas de los músculos anchos.

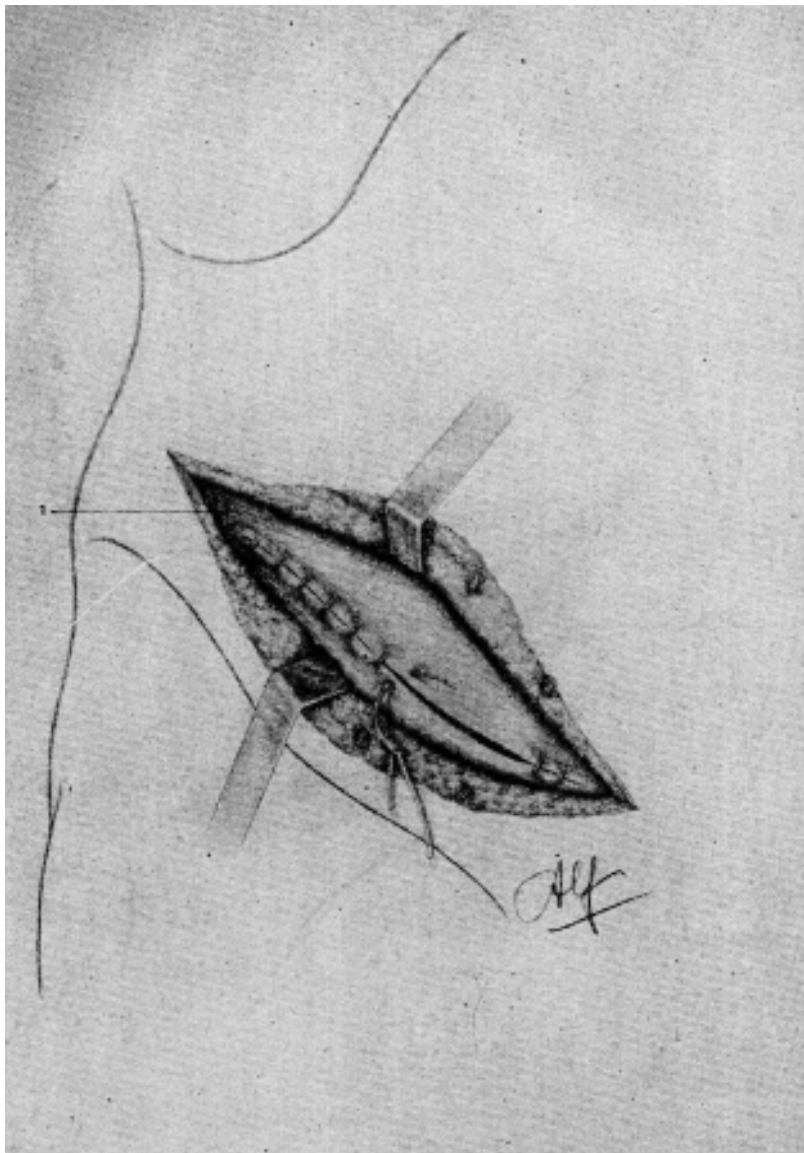


FIG. 9

Sutura del gran oblicuo

Jayle (F.) y Charbonnier (E.), pues se ha tenido como directiva fundamental la de obtener un amplio abordaje abdominal que permita un acceso cómodo a la fosa ilíaca y la mitad lateral correspondiente de la pelvis, tratando de evitar que se originen tirones o sufrimientos viscerales, durante el acto operatorio.

La incisión utilizada por nosotros vendría a ser la de Jayle (F.) y Charbonnier (E.) con algunas modificaciones. 1º Incisión de los planos superficiales más amplia, extendiéndose hasta la fosa ilíaca derecha. 2º Sección independiente de los planos aponeuróticos del gran oblicuo y del pequeño oblicuo y transversos, realizándose con una diferencia de unos 2 cm. de altura en la vaina del recto anterior. Clivaje de los haces musculares de estos planos, lo más lejos posible, dentro de los límites de la incisión. Este modo de proceder tiene el pequeño inconveniente de complicar un poco la técnica, pero presenta la ventaja de: a) dar mayor amplitud de abordaje hacia la fosa ilíaca interna, que está limitada hacia arriba sólo por la resistencia del plano del pequeño oblicuo y transversos; b) permite efectuar el cierre parietal con la sutura de los 2 planos de la vaina del recto a niveles diferentes, con lo que se refuerza la cicatriz operatoria. 3º Incisión oblicua, pero próxima a la horizontal del plano del peritoneo y "fascia transversalis", en vez de hacerlo verticalmente.

La incisión que hemos empleado tiene semejanzas con la descrita por Constantini (H.) y Marill (R.)²⁴ para abordaje amplio de los flancos. Si bien sus directivas generales son similares, la diferencia fundamental reside en que la incisión de Constantino y Marilla es bastante más alta, pues se inicia arriba en el reborde costal y abajo termina en la unión de los $\frac{2}{3}$ superiores, con el $\frac{1}{3}$ inferior de la línea pubo - umbilical.

Nuestra experiencia sobre esta vía de abordaje es aun muy limitada. Sólo cuando tengamos un mayor número de observaciones, podremos establecer conclusiones a su respecto.

Sin embargo, en los pocos casos que lo hemos empleado, nos ha permitido abordar conjuntamente y de manera bastante amplia la fosa ilíaca y la parte lateral correspondiente de la pelvis. Creemos que esto puede tener sus ventajas en numerosos casos, especialmente en la mujer, en donde con tanta frecuencia es de

gran utilidad efectuar la exploración en el mismo acto operatorio de la región ceco - apendicular y de los órganos genitales internos.

Desde el punto de vista anatómico, la incisión respeta todos los planos y elementos de la región, excepto la aponeurosis del gran oblicuo con la vaina del recto, que es seccionada horizontalmente, de manera oblicua a la dirección de sus fibras. Sin embargo, la imbricación de los planos de sutura y la potente cinta muscular del recto anterior que se halla situada detrás, quitan importancia a esta sección de fibras aponeuróticas. En todos nuestros casos, el resultado funcional de la incisión de pared fué excelente, habiéndose obtenido cicatrices fuertes, sin eventración.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Mc BURNEY. — The incision made in the abdominal wall in cases of appendicitis with a description of a new method of operating. *Annals of Surgery*, T. 20, 1934, pp. 38 - 43.
- 2) MORADOR (J. L.). — La técnica del Prof. Blanco Acevedo para la operación de Apendicitis aguda. *Anales del Departamento Científico de Salud Pública*. Vol. 7, Fasc. II, 1934, pp. 383 - 388.
- 3) GOSSET (A.). — Techniques chirurgicales. — Masson et Cie., 120 Bvard. Saint Germain. París 1936.
- 4) FOWLER (G. R.). — A new improved method of entering the abdominal cavity in the ileocecal region, with special reference to the removal of the vermiform appendix. *The Medical News*, T. 76, 1900, pp. 321 - 324.
- 5) WEIR (R. F.). — An improved operation for acute appendicitis or for quiescent cases with complications. *The Med. News*, T. 76, 1900, pp. 241 - 242.
- 6) WINKELMAN (K.). — Die laparatomie durch Querschnitt in der hinteren Rectusscheide. *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.* 98; 1909, pp. 382 - 389.
- 7) FOWLER (R. H.). — The modified Mc Burney Incision. *Surg. Gynec. and Obst.*, T. 14, 1912, pp. 190 - 192.
- 8) BAGGIO (G.). — La Mc Burney transformata in incisiones a lembis. *El Policlinico*, XXXIX, 1932, pp. 445 - 446.
- 9) TAYLOR (E. H.). — Operative Surgery. — J. C. A. Churchill. 7 Trest Marlborough Street. 1914. London.
- 10) ROCKEY (A.). — Transverse incision in abdominal operations. — *Med. Record*, T. 68, 1905, pp. 779 - 780.
- 11) DAVIS (J. W.). — Abdominal and pelvic fascias with surgical applications. *Surg. Gyn. y Obst.*, T. 54, 1932, pp. 495 - 504.

- 12) BONNET (P.). — Incision basee iliaque dans l'appendicectomie. *Lyon Chirurgicale*, T. 22, 1925, pp. 712-715.
- 13) WHITELOCKE (R. H.). — Appendicectomy by a new routs. *The British Medical Journal*, T. 1, 1920, pp. 211.-213.
- 14) ROSSI (P.). — Taglio laparotómico obliquo per l'addome destro. — *Il Policlinico*, T. 45, 1938, pp. 280-296.
- 15) LECÉNE (P.). — L'incision postérieure sus-iliaque dans certains formes d'appendicite. *Journal de Chirurgie*, T. 19, 1922, pp. 459-468.
- 16) BATTLE. — Modified incision for removal of the vermiform appendix. *Brit. Med. Journ.*, T. 11, 1895, pag. 1360.
- 17) KAMMERER (F.). — A modified incision at the outer border of the rectus muscle for appendicitis. *Medical Record*, T. 52, 1897, pp. 837-839.
- 18) LENNANDER (K.). — Ueber den Bauchschnitt durch eine Rectusscheide mit Verschiebung dew medialen oder lateralen Ranies des Musculus rectus. *Zbl. f. Chir.*, T. 25, 1898, pp. 90-94.
- 19) JAYLE (F.). — L'incision esthétique sus-pubienne transversale latérale dans l'appendicectomie et la salpingo-ovariectomie. *La Presse Médicale*, T. 45, 1937, pp. 1871-1873.
- 20) JAYLE (F.). — L'incision esthétique sus-pubienne transversale laterale intra-pileuse dans l'appendicectomie á froid et l'oophoro-salpingectomie. *Bruxelles. Médical*, T. XX, 1940, pp. 688-695.
- 21) CHARBONNIER (A.). — L'incision esthétique de Jayle chez la femme dans l'appendicectomie et la salpingo-ovariectomie. *La Presse Médicale*, T. 45, 1937, pp. 1871-1873.
- 22) RAMIREZ (E.), CATALANO (F. E.). — Exploración anexial y apendicitis. *La Semana Médica*, 1938, pp. 1008-1010.
- 23) NICHOLSON (E.). — Sobre algunos puntos de técnica en la apendicectomia. La incisión transversa. *La Semana Médica*. Vol. 1, 1933; pp. 1369-1375.
- 24) CONSTANTINI (H.), MARILL (R.). — Sur les avantages de la dissection musculaire élargie dans la chirurgie des flanes. *Révue de Chirurgie*, 1934, pp. 497-510.

