

EVENTRACION A DISPOSICIÓN "INTERSTICIAL"

José A. PIQUINELA

Presentado a la Sesión del 6 de Agosto de 1941

A. C., 42 años; operado 15 años antes de apendicitis por incisión de Mac-Burney sin drenaje; en el curso del segundo año que sigue a la operación se eventra; es operado nuevamente a los diez años de la primera intervención; tres años después inicia una historia de accidentes sub-oclusivos que se van haciendo más intensos y más frecuentes, por lo que nos consulta.

Se trata de un enfermo obeso, a gran vientre; en la fosa ilíaca derecha se observa una larga cicatriz, ligeramente pigmentada y ancha de dos centímetros. Al examen, estando el enfermo de pie, se advierte un abultamiento o eminencia que toma toda la fosa ilíaca derecha, groseramente centrado por la cicatriz, que se pierde arriba hacia el flanco. Dicho abultamiento aumenta ligeramente cuando el enfermo hace un esfuerzo.

La palpación de la fosa ilíaca derecha y en especial de la zona de cicatriz no evidencia ningún punto débil; la cicatriz adhiere a los planos profundos y en el esfuerzo deprime netamente la zona abultada.

Los accidentes subocclusivos que han sido vistos por el médico que nos lo envía se caracterizan por un acentuado balonamiento de la fosa ilíaca derecha con máximum de dolor a ese nivel; los dos últimos episodios han sido particularmente severos con relación a los anteriores.

El estudio radiológico pone de manifiesto un vólvulo del ciego con relación a un eje transversal; el fondo cecal y el ángulo ileocecal se dirigen arriba y adelante; la porción terminal del ileon asciende junto con el ciego acodándose bruscamente en su segmento final. No se ven signos radiológicos de adherencias.

Pensamos que el vólvulo cecal explica los accidentes oclusivos y la tumefacción difusa que toma toda la fosa ilíaca derecha la atribuimos a debilidad de la pared muscular en parte por las dos intervenciones sufridas y en parte por el aumento de peso — 15 kilos — después de la segunda intervención.

Operación: 19-VIII-937. Dr. Piquinela, Dr. E. Lamas; anestesia general éter; extirpación de la cicatriz cutánea que adhiere al plano del gran oblicuo; éste forma un plano continuo y resistente; incindido el gran oblicuo se cae en una logia ocupada por el ciego cuyo fondo está dirigido hacia

arriba, el ángulo ileocecal, parte terminal del ileon y algunas asas delgadas. Las vísceras salen de la cavidad peritoneal por una brecha del plano muscular profundo que ha cedido desde la espina iliaca al borde del recto. Se reduce la masa intestinal eventrada; se aprecia en ese momento los bordes del orificio muscular con aspecto de anillo fibroso al que adhiere fijándose el peritoneo; se aprecia también la extensión de la logia que las vísceras han creado en el espesor de la pared, logia que se extiende por el flanco hasta la región lumbar separando el plano del gran oblicuo del plano muscular profundo, pequeño oblicuo y transverso. Se cierra el orificio del plano muscular profundo con cuatro hilos de plata y el gran oblicuo con catgut cromado.

Post-operatorio sin incidentes. Curación persistente a los 3 años.

En resumen: apendicectomía por incisión de Mac-Burney; eventración operada 10 años después; a los 3 años accidentes oclusivos que llevan a una tercera intervención en la que se establece la existencia de una eventración producida en el espacio entre el plano del gran oblicuo y el plano del pequeño oblicuo y del transverso.

Su traducción clínica han sido por una parte accidentes oclusivos cuya intensidad y frecuencia crecientes han decidido al enfermo a operarse, y por otra parte, desde el punto de vista local una eminencia o abultamiento en la fosa iliaca derecha, centrada por la cicatriz, que corresponde verosímilmente al término "bulge" de los autores norteamericanos e ingleses.

Destacamos:

a) La ausencia de todo punto débil a nivel de la cicatriz y fuera de ella, a través del cual se pudiera penetrar en la cavidad abdominal o percibir impulsión con el esfuerzo o la tos; la continuidad perfecta y la resistencia del plano del gran oblicuo explicando este hecho.

b) El abultamiento difuso que ocupando toda la fosa iliaca derecha se extendía hasta el flanco, respondiendo a la masa visceral alojada en el intersticio muscular de la pared abdominal.

c) El balonamiento localizado a la fosa iliaca derecha cuando los accidentes agudos, con máximo dolor a ese nivel;

d) La imagen radiológica de vólvulo cecal con el fondo del ciego y el ángulo ileocecal hacia arriba, explicable por la disposición encontrada: el ciego angulado agudamente a nivel del borde superior del orificio muscular profundo llevando su fondo hacia la parte más alta de la logia intermuscular.

e) La extensión de la logia creada entre los músculos de la pared, logia que ocupaba fosa ilíaca derecha y flanco, extendiéndose atrás y arriba hasta la región lumbar.

f) El error de diagnóstico cometido: la ausencia de todo punto débil dada la continuidad y resistencia del plano del gran oblicuo nos llevó a atribuir a debilidad parietal lo que en realidad era ruptura incompleta de la pared.

En la investigación bibliográfica realizada por nosotros y en la mucho más extensa llevada a cabo por el Dr. Vicente Gutiérrez con motivo de su relato al 12º Congreso de la Academia Argentina de Cirugía, este caso que presentamos sería el primero publicado en que semejante disposición anatómica ha sido puesta en evidencia. La posibilidad de tal disposición ha sido señalada por Carlucci en 1934. Este autor estudiando el estado de la pared abdominal en 700 apendicectomizados del Bellevue Hospital (N. Y.) analiza los casos en que algún defecto parietal ha sido notado, estableciendo que el porcentaje de eventraciones depende fundamentalmente de que muchos abultamientos de la zona de cicatriz o "bulges" son clasificados como hernias o inversamente; adelanta la opinión de que la mayoría de dichas "bulges", que en muchas estadísticas aparecen catalogadas como simple debilidad de la cicatriz, son realmente hernias con una abertura amplia de la pared.

De acuerdo con este punto de vista dice textualmente: "there is the possibility also that some of bulges may be incomplete disruptions of the wound, that is, the external oblique fascia or anterior sheath has held but the peritoneum and the overlying muscle have given way. To clear up this point it seems to us that more care should be given in the description of the pathology as found at operation when these defects are repaired". (Existe también la posibilidad de que algunas "bulges" sean interrupciones de la herida, esto es, que el oblicuo externo o la hoja anterior de la vaina haya resistido pero el peritoneo y la capa muscular suprayacente hayan cedido. Para aclarar este punto nos parece que debería tenerse mayor cuidado en la descripción de la patología encontrada en la operación cuando estos defectos son reparados").

El caso que presentamos pone de manifiesto la realidad de esa excepcional disposición anatómica en la eventración de la

apendicetomía, disposición señalada como posible por el autor arriba mencionado y certifica su creencia de que las eminancias o abultamientos de la zona de cicatriz ("bulges") puedan corresponder a verdaderas hernias con ruptura, incompleta en este caso, de la pared.

BIBLIOGRAFÍA

- BANCROFT (F. W.). — Appendicitis. *J. A. M. A.*, 75, 1635, 1920.
CARLUCCI (G. A.). — Post Appendicectomy Abdominal Wall Defects. *Ann. of Surg.*, 100, 1177, 1934.
CAVE (H. W.). — Incidente and Prevention of Incision Hernias. *J. A. M. A.* 201, 2038, 1933.
ELIASON (E. L.) and Mc. LAUGHLIN (C.). — Postoperative Wound Complications. *Ann. of Surg.* 100, 1157, 1934.
FOWLER (F. E.). — Hernia Following the Use of the Mc. Burney Incision in Operations for Appendicitis. *Ann. of Surg.* 81, 525, 1925.
GARLOCK (J. A.). — Appendicectomy Wound Repair and Hernia. *Ann. of Surg.* 89, 282, 1929.
GUTIERREZ (V.). — Eventración post-operatoria. Tratamiento. (Relato al 12º Congreso de la Asociación Argentina de Cirugía, 1940).
-