

EVENTRACION ESTRANGULADA A DOBLE SACO,
SUB-CUTANEO E INTERMUSCULAR
DESPUES DE OPERACION POR APENDICITIS
(2 observaciones)

Dr. Armando M. Loubejac

La eventración en las apendicectomías efectuadas con incisiones practicadas en la F.I.D. es un accidente poco frecuente. He tenido oportunidad de operar dos casos de eventraciones estranguladas en enfermos intervenidos varios años antes, en los que se encontró, además, un saco intersticial voluminoso colocado entre el plano del pequeño oblicuo y del transversal atrás y el plano del gran oblicuo adelante. Lo excepcional de tal complicación, de la que no he encontrado cita en la literatura consultada, me mueve a comunicar las observaciones y el comentario que ellas me sugieren.

OBSERVACION 1. — Eventración estrangulada a doble saco, subcutáneo e intermuscular. Vólvulo del intestino delgado dentro del saco subcutáneo. — A. S. de C., uruguaya, de 58 años. A las 12 de la noche del 22 de diciembre de 1941 veo esta enferma con una voluminosa eventración irreductible. Hace 24 años se la intervino por apendicitis aguda al través de una incisión vertical en la F.I.D., en cuyo ángulo inferior se dejó un tubo durante 6 días. Al año de la intervención se le produjo una eventración a ese nivel, que la enferma tiene desde entonces y que siempre redujo con facilidad. En la noche del día anterior, después de un pequeño esfuerzo, la eventración se hizo irreductible y dolorosa. Durante 36 horas fué tratada por sus familiares con purgante y paños fríos, sin resultado. Vómitos profusos claros. Ausencia de emisión de gases y de materias.

Examen: Enferma obesa, con sordera bilateral desde hace 1 año. En el ángulo inferior de una cicatriz de 10 cms. de largo, paralela al borde externo del recto derecho, hay una doble tumoración: A) Sobre el mismo ángulo, y bajo una piel fina y adelgazada, se comprueba una tumoración del tamaño de un puño grande, tensa, sonora a la percusión, irreductible

y con ruidos hidro-aélicos a la palpación. Por momentos la tumoración se pone más tensa, dibujándose entonces las ansas intestinales que contiene. La presión sobre el cuello del tumor es muy dolorosa. B) A la derecha de la cicatriz, en contacto con la tumoración anterior pero haciendo un relieve profundo, duro y muy doloroso, se aprecia otro tumor, un poco menor, que da la sensación de no ser subcutáneo como el anterior. Pensamos en una eventración a doble saco. El vientre está muy distendido y es depresible e indoloro alrededor de la eventración. Resto del examen clínico sin particularidades. Presión arterial: Mx. 11, Mn. 2. Ligero desdoblamiento del 2º tono en la base.

Operación: Dr. Loubejac. — Raqui-anestesia con 0gr.10 de novocaína. Buena anestesia. Resección de toda la cicatriz cutánea. Entro al vientre por encima de la tumoración anterior. Sección del anillo aponeurótico, aislamiento y abertura del saco: contiene un ansa delgada con un anillo de estricción y con una gruesa brida carnosa que une su borde libre a la hemi-circunferencia izquierda del anillo. Por debajo de esa brida, entre ella y la cara izquierda del mesenterio, se ha volvulado toda la parte eferente del ansa adherida. Ansas de buen aspecto, distendidas. Se destuerce el vólvulo, reintegrando el ansa extrangulada. Para terminar la reducción es necesario seccionar la brida entre dos pinzas. Sobre la hemi-circunferencia derecha del anillo hay otra ansa delgada adherida. Su liberación permite comprobar un *saco intersticial* voluminoso que se introduce entre el gran oblicuo adelante y el pequeño oblicuo y transversos atrás, cuyo fondo alcanza la espina iliaca anterior y superior. Por su *hendidura* de comunicación con la gran cavidad, de 3 cms. de longitud, penetra un paquete de ansas delgadas dilatadas pero de buen aspecto, que se reintegran con facilidad al vientre una vez ampliado fácilmente el orificio. En el fondo de la herida operatoria se ve y se palpa un enorme fibroma uterino. Con catgut cromado, a puntos separados, se unen los labios de pequeño oblicuo y transversos a gran oblicuo, de modo de ocluir el saco intersticial. El saco peritoneo-fibroso superficial se reseca parcialmente y al resto se le hace capitonaje con catgut simple. Con puntos separados de catgut cromado, que cargan los bordes recubiertos de peritoneo, se cierra firmemente el anillo del gran oblicuo. Por encima se hace un plano de refuerzo con puntos que toman la aponeurosis del recto anterior y del gran oblicuo, a ambos lados de la sutura precedente. Crines en la piel.

Post-operatorio: Excelente. Purgante a las 24 horas. Alta a los 12 días.

Resumen. — Eventración al año de una operación por apendicitis aguda, drenada durante 6 días. Eventración estrangulada, a doble saco, 24 años después. Se ignora el tipo de incisión empleada. Se presume un Mac Burney.

Un mes después, el 20 de enero de 1942, cumpliéndose una vez más la ley de las coincidencias conocida desde Velpeau, tengo oportunidad de

observar un segundo caso de eventración estrangulada a doble saco. He aquí la historia clínica:

OBSERVACION 2. — Eventración estrangulada a doble saco, subcutáneo e intermuscular. — A. C., uruguayo, de 48 años. Hace 20 años fué operado de apendicitis por el Dr. Lorenzo Mérola. Al año de la operación se le produjo una eventración de la que fué intervenido ocho años después. Al poco tiempo se reprodujo la eventración, acusando desde ese momento trastornos diversos que el enfermo corregía sin recurrir al cirujano. Hace 6 años fué operado por el Dr. José Piquinela quién encontró una eventración a disposición intersticial. Ocho meses después de esta intervención estaba nuevamente con su eventración, negándose siempre a ser reintervenido. En varias oportunidades hizo episodios de estrangulamiento que cedieron antes de la llegada del médico. Hace justamente un año que tuvo el último episodio agudo; redujo su eventración estrangulada con paños fríos y cuando llegué a su domicilio ya había pasado todo. En los días previos al accidente que motiva esta historia sufrió varias crisis de atascamiento, culminando el día 20 de enero con un violento episodio de estrangulamiento.

Examen: Enfermo muy obeso. Vomita profusamente. Pálido, con fuertes dolores intermitentes a tipo de retorcijón y dolor intenso al nivel de una gruesa eventración irreductible, del tamaño de un puño grande, que ocupa la F.I.D. El orificio de estrangulamiento está debajo de una cicatriz vertical, parecida a la de un Jalaguier, y la tumoración subcutánea está volcada sobre la parte externa de la pared abdominal. El resto del vientre es blando y depresible, con gran pániculo adiposo. Se le hace 1 c.c. de morfina y se traslada al Sanatorio. Lavaje de estómago. Presión arterial: Mx. 18, Mn. 10. Pulso 90.

Operación: Dr. Loubejac. — Raquí-anestesia con 0gr.10 de novocaína. Buena anestesia. Resección de la cicatriz operatoria anterior. Liberación dificultosa del saco de la eventración. Sección del plano aponeurótico por debajo del anillo. La entrada al través del saco es casi imposible por la cantidad de adherencias epiploicas e intestinales. Liberación cuidadosa de todas las adherencias, con resección de partes de epiplón. Ansas delgadas de color rojo vinoso, de buen aspecto. Sobre el labio interno del anillo aponeurótico hay dos nudos de hilo de plata, englobados en un magma fibroso. La espiral de torsión de uno de los hilos ha herido el mesenterio en el momento del estrangulamiento. A ese nivel hay una equimosis. Se extirpan los hilos de referencia. Lo mismo se hace con dos hilos del labio externo. Reintegración de las ansas delgadas. Levantamos los labios del anillo con tentáculos de Pauchet y comprobamos bajo el borde externo un **saco peritoneal intersticial** insinuado entre el gran oblicuo arriba y el pequeño oblicuo y transversos abajo. En profundidad (fig. 1) se extiende hasta la espina iliaca y contiene un ansa delgada distendida pero no estrangulada, que se reintegra fácilmente al vientre. Con 3 puntos de seda gruesa, que toman gran oblicuo y pequeño oblicuo y transversos, se

ocluye este saco intersticial. Se extirpa el saco peritoneo-fibroso subcutáneo. Con varios puntos separados de seda gruesa se cierra firmemente el gran anillo, reforzándose el plano con otros puntos que toman, a ambos lados, la aponeurosis del gran oblicuo y la hoja anterior de la vaina del

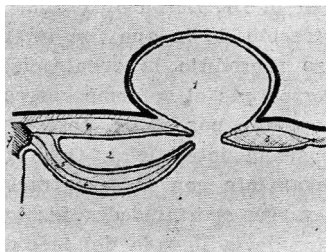


FIG. 1. — Corte esquemático de la pared abdominal mostrando la eventración a doble saco. — 1, saco subcutáneo; 2, saco intermuscular; 3, recto mayor del abdomen; 4, oblicuo mayor; 5, oblicuo menor; 6, músculo transverso; 7, espina ilíaca anterior y superior; 8, peritoneo; 9, piel y tejido celular subcutáneo 10, línea media.

recto. Tres puntos de linón, en capiton, alejados en el tejido celular y piel, que se anudan sobre la sutura cutánea de hilo de lino.

Post-operatorio inmediato: excelente. Purgante de aceite de ricino a las 24 horas. Alta a los 16 días.

Post-operatorio alejado: A los 2 meses falleció a consecuencia de un absceso cerebral. Aunque sea difícil establecer la relación exacta, las consultas médicas efectuadas con tal motivo llevaron a referir esa complicación infecciosa a una embolización microbiana dependiente del acto operatorio.

Resumen: Eventración al año de una operación por apendicitis efectuada hace 20 años al través de una incisión de Mac Burney. Sufré dos reintervenciones para la cura de su eventración, encontrándose en la última el tipo de eventración intersticial. Reproducción de la eventración 8 meses después. 6 años más tarde, estrangulamiento a doble saco, subcutáneo e intermuscular.

Comentario. — El tipo de Eventración a doble saco no es mencionado en la bibliografía mundial a mi alcance. A este respecto he revisado las 104 fichas consultadas por Vicente Gutiérrez ⁽¹⁾ en su relato al Duodécimo Congreso Argentino de Cirugía, 1940, sobre "Eventración post-operatoria", sin encontrar referencia alguna sobre el punto. Igualmente excepcional es el tipo de eventración a disposición intersticial pura encontrada por

Piquinela ⁽²⁾ y previsto por Garlucci ⁽³⁾ cuando dice que la rotura incompleta de la pared abdominal puede explicar las eminencias redondeadas ("bulge") que se observan, a veces, bajo la cicatriz de una apendicectomía.

La eventración intersticial después de operaciones por apendicitis sólo es anatómicamente posible cuando se ha empleado una incisión parietal por disociación muscular del tipo de la de Mac Burney, en la que tres factores principales pueden generar una desventaja en la buena unión ulterior de los planos que se atraviesan:

- A) una insuficiencia muscular por gran infiltración grasosa, como sucede en los obesos;
- B) una supuración y drenaje prolongados;
- C) un defecto de técnica en el cierre del plano pequeño oblicuo-transverso.

Los dos primeros factores son de observación corriente. La obesidad estaba presente en los dos casos que relato y el drenaje, además, en el primero. Pese a ello la eventración del Mac Burney es muy rara. En lo que respecta al papel del hiatus en el plano muscular disociado, es de buena técnica la aproximación cuidadosa de las fibras musculares, aun en los casos que exigen drenaje del lecho apendicular por la misma brecha operatoria. Por otra parte es este un detalle que, en general, el cirujano cuida siempre.

El asiento del estrangulamiento en el tipo de Eventración a doble saco es el orificio muscular superficial, aponeurótico e inextensible. La brecha de comunicación intermuscular con el saco correspondiente es siempre lo bastante elástica como para no comprometer el estado de las ansas que pasan a su través. Así sucedía en los dos casos que presento.

Finalmente quiero insistir sobre **la anestesia empleada**. La raquí-anestesia en el vientre agudo da una magnífica relajación muscular. En las eventraciones estranguladas tiene, además, una indicación particular: la reconstrucción de la pared músculo-aponeurótica, que frecuentemente, en los eventrados antiguos, requiere una cuidadosa atención. En estos casos la empleo sistemáticamente, siempre que la presión arterial lo permita; utilizo de diez a doce centigramos de novocaína disueltos en líquido céfalo -

raquídeo para operaciones de hasta 90 minutos de duración, aproximadamente, sedando previamente los enfermos con 1 c.c. de anestesia crepuscular y estimulándolos con cinco centigramos de efetonina a la media hora de comenzada la intervención.

Resumen

Se comunican dos observaciones de eventraciones estranguladas después de operaciones por apendicitis efectuadas en un plazo de 20 a 24 años antes y en las que la intervención demostró la existencia de un saco peritoneal subcutáneo y de un 'saco intermuscular colocado entre el plano del gran oblicuo y el plano del pequeño oblicuo y transverso. Los dos sacos contenían ansas delgadas y el estrangulamiento se produjo en el anillo aponeurótico de comunicación con el saco subcutáneo. Se destaca la ausencia de casos similares en la bibliografía consultada.