

TERCER CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

---

PRIMERA SESION PLENARIA



Presidente:

Dr. FERNANDO ETCHEGORRY

Vice-Presidente:

Dr. CARLOS V. STAJANO

Secretario General:

Dr. JUAN E. CENDAN ALFONZO

## Abordaje tóraco-abdominal de la cavidad abdominal

Relator:

Dr. GERARDO CAPRIO



Lunes 1º de Diciembre  
Hora 16.

SEÑOR PRESIDENTE. — Queda abierta la primera Sesión Plenaria del Tercer Congreso Uruguayo de Cirugía.

Invito a acompañarnos en el estrado al Prof. Dr. Prat, ex-presidente de los Congresos que además reúne la condición de ser maestro mío; invito también a ocupar el estrado al Dr. José F. Arias, que también fué maestro mío.

Tiene la palabra el Dr. Caprio.

## ABORDAJE TORACO ABDOMINAL DE LA CAVIDAD ABDOMINAL

**Dr. Gerardo Caprio**

Cirujano del Instituto de Radiología. — Cirujano del Instituto de Endocrinología.

El desarrollo del abordaje toraco-abdominal, en los años recientes, puede ser considerado como una piedra miliar en el progreso de la cirugía". Así comienza un trabajo de un grupo de cirujanos urológicos de Boston, Cooper, Leadbetter, y Chute, publicado en el número de Abril de 1950 del *Surgery, Gynecology and Obstetrics* y que seguramente muchos de Uds. habrán leído.

Nosotros nos explicamos muy bien tan enfática calificación, ya que conocemos dicho abordaje desde muchos años antes que dichos autores y todos los que en estos últimos años se han ocupado de él y, además, sabemos bien de sus posibilidades. Nos referimos en particular a la incisión toraco-abdominal de Noland Carter, que es la más típica y excelente de las incisiones actuales y la más parecida o superponible a la toracolaparotomía de Mérola y a la laparotoracofrenotomía de Constantini, que, eran también, las más típicas y perfectas de las distintas vías de la era quirúrgica anterior a la actual cirugía a tórax abierto.

Ya que he mencionado a Mérola, seame permitido recordar una reflexión que a menudo hacía. Se refería a su maestro Navarro, para decir que antes de él, la cirugía en nuestro país era una y después fué otra totalmente distinta.

Nosotros podemos decir parecidamente que desde nuestra iniciación en las disciplinas quirúrgicas hasta hoy, en un período no mayor de treinta años, hemos asistido a los más grandes progresos de la cirugía y ello es tanto más notable, cuanto que, en la última mitad de dicho período, su expansión ha sido realmente extraordinaria, justamente cuando algunos distinguidos cirujanos empe- zaban a decir que el campo de la cirugía se iría restringiendo. Ci- taré a Ivanissevich.

Y bien, la toracolaparotomía, una de las técnicas de abordaje toraco-abdominal que se presentó al principio de este período que hemos mencionado y que fué toda una real conquista entonces, es la que se ha reactualizado últimamente por los cirujanos ameri- canos, presentándola en toda su perfección, gracias a la anestesia, la transfusión sanguínea, nuevas tácticas operatorias basadas en el mejor conocimiento de la prevención del shock y nueva medica- ción para combatirlo.

Me apresuro a dejar bien sentado que no comparto los con- ceptos de Pack, cuando dice en un trabajo referente a la cirugía del cáncer del estómago, publicado en junio de 1948, que la vía toraco-abdominal fué redescubierta y no se diferencia de las vías transpleurales de Sauerbruch, Voelker, Enderlein y Wendell.

Dichas vías en sí son distintas a la incisión toraco-abdominal o abdomino-torácica actual y a la toracolaparotomía primitiva y se realizaban por procedimientos totalmente diferentes.

Parecido concepto ha merecido en nuestro ambiente con res- pecto a la operación de Mérola y que también rechazo, pues el he- cho de que sea prácticamente igual y no se mencione a dicho au- tor, no significa necesariamente que se la haya ignorado. Nos co- rresponde a nosotros, simplemente, reivindicar la prioridad y es- pero que de este Congreso surja con claridad la puntualización.

Entrando en materia, diremos que debemos considerar como abordaje toraco-abdominal, todo procedimiento que permita al- canzar, tanto los órganos intraperitoneales, como los retroperito- neales, aisladamente o en ambas situaciones a la vez, por una in- cisión única, que abra simultáneamente el tórax y el abdomen.

No consideramos como abordaje toraco-abdominal el uso de las dos vías, la abdominal y la torácica aisladamente, aunque he- chas al mismo tiempo, como por ejemplo en la técnica de Garlok,

para el caso de las operaciones por cáncer del esófago y del estómago o las de distintos autores para heridas torácicas y abdominales.

Tomamos como tipo de abordaje toraco-abdominal para los órganos intra y extraperitoneales, la incisión abdomino-torácica de Noland Carter y como tipo de abordaje de los órganos retroperitoneales exclusivamente, la de los autores citados al principio, Cooper, Leadbetter y Chute, y que está inspirada en la de Carter, de la cual no es más que una variante.

La incisión de Noland Carter, presentada en 1947 y hecha por primera vez en 1946, es una incisión abdomino-torácica, que iniciándose en la mitad de la línea xifo-umbilical, cruza transversalmente la pared abdominal hasta el borde externo del músculo recto izquierdo y, sobrepasándolo, sigue horizontal hasta el reborde costal, hasta el nivel del 8º ó 9º cartilago y se continúa por el 8º espacio, hasta la línea escapular.

Se cortan todos los planos hasta el peritoneo y hasta la pleura en la línea de la incisión; se secciona el puente cartilaginoso que une el 8º y el 9º cartilago costal y entonces se secciona el peritoneo y la pleura. A continuación se incinde el diafragma, apareciendo así la cavidad abdominal y la torácica, constituyendo una sola. Se procede después a colocar separadores adecuados y se obtiene fácil acceso, no sólo a los órganos de la fosa frénica izquierda sino a los de la mayor parte del abdomen y al riñón, capsula suprarrenal y demás elementos retroperitoneales.

La luz y la facilidad de maniobra que se obtiene es muy amplia, y, desde luego, pudiendo quedar el tórax abierto y el diafragma seccionado desde el reborde costal hasta el hiatus esofágico, las posibilidades que ofrece son inigualadas.

Es así que esta incisión, empleada por Carter para la esplenectomía, fué prontamente utilizada por el mismo autor y Helmsworth, para el abordaje del cardias y esófago inferior, operación típica de la vía transtorácica

Fué empleada para la anastomosis espleno renal y para las estructuras celulares y linfáticas perirrenales y periaórticas. Para los tumores del riñón y de las suprarrenales, para heridas toraco-abdominales y para las hernias diafragmáticas.

Durante la guerra, antes que Carter, fueron presentados casos de heridas toraco-abdominales tratados por incisión toraco-abdominal restringida, es decir, por incisión predominantemente torácica, pero prolongada por necesidad en pequeña extensión al abdomen, seccionando el reborde costal. Es de hacer notar que esos autores recomiendan utilizar al máximo las dos vías por separado y ello se explica, por tratarse de cirujanos que efectuaban preferentemente cirugía torácica y permanecían fieles a sus directivas. Para ellos, el mantenimiento de la integridad del reborde costal, era condición importante para la funcionalidad torácica, cosa que es cierta, aunque no se presentan perturbaciones con la amplia sección del puente cartilaginoso, pero sí, si se reseca, pues entonces la reparación del reborde y su integridad no se pueden conseguir.

A continuación de Carter, se aplicó el procedimiento, para el lado derecho, por Heaney y Humphreys, en mayo de 1947. Estos autores hicieron una incisión toraco-abdominal, iniciando la sección de la piel sobre el tórax en el 9º espacio intercostal y prolongándola en la misma dirección en el abdomen hasta la línea xifo-umbilical, a cinco centímetros por arriba del ombligo. A continuación, seccionaron todas las estructuras de la pared abdominal menos el peritoneo, seccionando después el puente cartilaginoso entre 9º y 10º costilla y se entró al tórax por el noveno espacio; se seccionó entonces el diafragma y recién al fin el peritoneo, logrando una cavidad toraco-abdominal que les permitió, en ese primer caso, hacer una colecistectomía fácil, a pesar de tratarse de una enferma muy obesa.

Efectuaron en otra oportunidad una anastomosis portocava, operación que efectuó también posteriormente Blakemore, mostrándose entusiasta de las vías de acceso y sus facilidades.

También fué utilizada para la misma operación por otro autor, Satinsky que publicó su interesante trabajo en el número de noviembre de 1948 de Anales de Cirugía.

Muchos otros autores americanos han utilizado a continuación una u otra vía, con diferentes variedades de dirección y de procedimiento, para la gastrectomía total, etc. Entre ellos merece destacarse a Pack, que al hacer la historia de la operación, critica a los que la presentaron como novedad, aunque no acertó en

su juicio, puesto que se refiere especialmente a los primeros esforzados cirujanos que se ocuparon sobre todo del abordaje del cardias: Von Miculikz, Michelis, Voelker, Marwedel, etc., y aún a Navarro, que como Uds. saben, propuso un colgajo. En cambio no menciona a Mérola ni a Constantini, que son justamente, los que hicieron las incisiones toraco-abdominales primeras.

Autores argentinos mencionan las ventajas de esta vía de abordaje, en publicaciones del año 1949, para el tratamiento del cáncer de estómago.

Igualmente para el cáncer de estómago, en especial para la gastrectomía total y la resección del cardias y el esófago, para las hernias diafragmáticas y para las heridas toraco-abdominales. algunos autores franceses que hallan exigua la vía abdominal pura y la torácica pura, manifiestan en publicaciones del año 1949 y 1950, su complacencia para la vía toraco-abdominal, que ellos tienen bien a mano, pues como Uds. saben, las han atribuído siempre a Quenu y Schwartz.

En nuestro país, ha sido efectuada en la mayor parte de los distintos servicios quirúrgicos, especialmente para tratamiento del cáncer de estómago y distintas afecciones del hígado y del bazo, incluso, según creo, en un caso de anastomosis espleno renal.

Por nuestra parte, hemos efectuado numerosas veces la toracolaraparotomía de Mérola y le hemos ayudado a él mismo en casos distintos, sobre todo quistes hidáticos del hígado.

Hemos efectuado la misma incisión a tórax abierto y con baronarcosis, en un caso muy complejo de quistes hidáticos múltiples y muy altos de la cúpula hepática, a evolución torácica. Los abordamos por el tórax y los drenamos por debajo del diafragma.

En el lado izquierdo, hemos hecho la incisión, a la manera de Carter, para quistes hidáticos del bazo y para cáncer de estómago.

La incisión no debe prodigarse y solo deberá hacerse, con indicación bien precisa, especialmente si se hace a la manera de los autores americanos, que nosotros diríamos amplia, o a la manera de Mérola, que diríamos restringida.

Naturalmente que puede ser una solución no prevista y salvadora, en un caso difícil comenzado por una incisión solamente abdominal o torácica, y, en todos los casos, se deberá empezar

por un lado y explorar; en los casos de cáncer de estómago es imperativo empezar por la parte abdominal, para no hacer una exposición torácica inútil, si el caso no fuera operable. Lo mismo deberá hacerse en el caso de esplenectomía.

En todos los casos que la indicación de abordaje amplio esté bien planteada, deberá researse la costilla hasta el ángulo posterior, para que la exposición sea bien eficiente y en la parte anterior, abdominal, deberá iniciarse en la línea media y mismo podrá pasar al otro lado, seccionando a través, el músculo recto y su vaina. Así se obtiene una exposición máxima.

En cuanto a la operación primera, con la técnica tal como la propuso Mérola y que sigue siendo aplicable a muchos casos, sobre todo para el abordaje del quiste hidático del hígado, se debe trazar la incisión del tórax al abdomen, y resear la costilla antes de abrir el peritoneo, salvo que se haya iniciado la operación en el abdomen. De todos modos, para seccionar el diafragma y la pleura, se debe proceder de abajo a arriba, es decir, desde el abdomen al tórax, y, aplicando con dos dedos el diafragma contra el lecho costal, para mantener adosadas las dos hojas del fondo de saco pleural, que se secciona entonces a bisturí, junto con el diafragma. No es preciso hacer suturas previas, como ha sido presentada; bastará con colocar algunas pinzas comunes, de hemostasis, las que después de hecha la sección, se reemplazarán por una sutura por puntos sueltos, o continuos, uniendo al diafragma a los músculos de la pared y que como es natural, comprenderá en su espesor las dos hojas pleurales y el lecho costal.

Aunque puede hacerse con anestesia común, sin intubación ni presión, y mismo con anestesia local, hoy día será mejor tener a mano esta nueva modalidad de anestesia. También deberá tenerse a mano la transfusión sanguínea, para combatir o evitar el shock.

Las ventajas de la incisión toraco-abdominal, resultan sobre todo de la facilidad de exposición y de maniobra, elementos fundamentales en todo procedimiento quirúrgico. Beneficiará también de las ventajas de la cirugía torácica, que son muchas.

Pero no hay duda que estas ventajas son sobre todo notorias, comparándolas con la vía abdominal pura, en cuanto al abordaje.

resulta lo mismo en cuanto a su gravedad; la mayor parte de los autores, reconocen que es más grande que en la vía abdominal pura, especialmente Lahey, para la gastrectomía total.

Yo creo que esta gravedad resulta sobre todo de la operación que se hace, pues para el caso de la gastrectomía total por cáncer, que es cuando más se tiene tendencia a usar en realidad, la mayor facilidad de abordaje que da la incisión toraco-abdominal, tiene que dar más efectividad y seguridad a la operación. Tal también el caso de la anastomosis portocava, operación más que riesgosa y difícil, en la técnica puramente abdominal y que como expresa el mismo Blakemore, resulta notablemente facilitada con la incisión toraco-abdominal.

Los autores americanos que han propuesto o han usado estas incisiones, en especial Carter y Pack, para la izquierda, hicieron historia de los procedimientos primeros de abordaje, referentes la mayor parte al cardias.

No han hecho lo mismo en cambio Heaney y Humphreys, para la derecha, que usaron especialmente para el hígado.

Nos corresponde ahora a nosotros, hacer no esta historia, que sería una repetición y está publicada y es conocida por ustedes, sino destacar la similitud entre esas incisiones y la de Constantini, para el lado izquierdo y la de Mérola, para el lado derecho.

Ante todo y como Uds. saben, conviene señalar que las publicaciones de Constantini son de 1921 en el Journal de Chirurgie.

La publicación de Mérola es de 1917 aunque fué presentada en 1916 ante la Asociación Médica Argentina y en el Primer Congreso Médico Nacional.

Y bien, comparando las láminas del trabajo de Carter en *Surveys, Gynecology and Obstetrics* de Mayo de 1947, en especial la pág. 1022, con las láminas del trabajo de Constantini, el parecido es tan extraordinario que uno estaría tentado de decir que podrían haber sido desconocidas.

En cuanto a la toracolarotomía de Mérola, la figura del trabajo de Heaney y Humphreys, que aparece en la página 2246, numero de noviembre de 1948 de *Anales de Cirugía*, es tan similar a la que figura en el trabajo de Mérola de 1917, "Vías de acceso a la fosa frénica", pág. 8, que nos hacemos la misma relación que en el caso anterior. Hasta el separador, está colocado en la misma forma, que contribuye a darle mayor parecido. Solo se dife-



rencian, ambos trabajos americanos, en que el diafragma y la pleura están ampliamente abiertos, gracias a la hiperpresión anestésica.

Nosotros establecemos estos hechos y nuestra opinión sobre ellos, sin aventurarnos a más.

Antes de terminar esta revisión de técnicas, corresponde mencionar, que después de Méroia, fueron Quenu y Schwartz en Francia y Constantini en Argelia, quienes hicieron una incisión semejante para el lado derecho, los primeros, llamándola toracofrenolaparotomía y para el izquierdo, el segundo, llamándola laparotoracofrenotomía.

Fueron Parlavechio y Demons, en 1893 y 1901, que primero hicieron una toracofrenolaparotomía y una laparotoracofrenotomía, por herida (Datos tomados del trabajo del Dr. Prat) y fué Ohsawa, quien primero efectuó con éxito, en 1933, una incisión combinada, abdomino-torácica, para tratar tumores de esófago inferior y cardias. Es una incisión compuesta, con una parte vertical mediana xifo-umbilical, o para mediana, desde el 7mo. cartílago hasta la altura del ombligo y desde allí, después de explorar la cavidad abdominal, se sigue con una incisión lateral que sigue el 7º espacio hasta la línea escapular; se reseca la 7ª y 8ª costilla en esta porción, sin incluir el cartílago; se secciona el puente cartilaginoso que cierra el 7º espacio y se incide el diafragma hasta el hiatus esofágico.

Incisiones parecidas, compuestas, fueron utilizadas también con éxito por otros autores, Brok, Humphreys, Garlock, etc.

Debemos ocuparnos también de otras vías de abordaje toraco-abdominal, más restringidas que las estudiadas, ya que fueron propuestas antes de que se pudiera franquear libremente la pleura. Citaremos la de Lannelongue, que después de seccionar la pared abdominal, sobre el reborde torácico, moviliza o reseca el reborde cartilaginoso, para poder rechazar la pleura y seccionar el diafragma, abordando así la cara anterosuperior del hígado, aunque solo se alcanza en la parte más baja.

Una técnica similar es la de Finochietto, aunque la resección de los cartílagos se hace verticalmente, lo cual permite alcanzar la parte más alta de la cara anterosuperior del hígado, decolando la pleura, después de resecar el músculo triangular del esternón.

Estas dos incisiones nos presentan la cara antero-superior del hígado, por vía subpleural; queda una tercera, utilizada por Arce que deriva de su incisión, estelar para las vías biliares; prolongándose afuera en el noveno espacio, después de cortar el cartílago de la décima costilla, alcanza el peritoneo sin herir la pleura.

Diremos finalmente dos palabras sobre los colgajos. Propuestos por sus autores, Auvray, Baudet, Navarro, Mérola, para abordar el cardias, por vía antero-lateral, lo lograban con más o menos efectividad pero a costa de grandes traumatismos. El más eficaz, por su disposición, era sin duda el de Mérola.

También haremos una mención, aún cuando son transtorácicos puros, del colgajo de Gregoire y el de Vasconcellos, de él devorado, que fueron utilizados para abordar el cardias por vía posterior extrapleural.

En la actualidad son ampliamente superados por la incisión toraco-abdominal a tórax abierto y no vale la pena tenerlos en cuenta.

Trataremos ahora el abordaje toraco-abdominal, limitando solamente a la parte retroperitoneal del abdomen.

Como hemos dicho al principio, tomaremos como tipo, la incisión que presentan en el trabajo referido al principio, Cooper, Leadbetter y Chute; derivada de la de Carter y utilizada por esos autores para la remoción de tumores renales y de todos los eferentes linfáticos del testículo, desde la ingle hasta los ganglios aórticos, como la operación de Chevassu, pero con más facilidad y sobre todo mayor amplitud y eficiencia.

La incisión se traza sobre la décima u once costilla, desde la línea escapular y se continúa en la región lumbar y el flanco, en una línea a mitad de distancia entre el borde del recto y la arca crural.

Es una incisión de toracotomía, prolongada por una amplia umbotomía, abordando por lo tanto, en toda su extensión, las fosas frenolumboiliacas. Se reseca la costilla y se entra a la cavidad pleural; se seccionan los músculos abdominales abordando el espacio retroperitoneal, que queda así en continuidad con la cavidad pleural. Seccionado el diafragma la comunicación es más fácil y así, los órganos retroperitoneales, riñón, ureter, supra-

renales, la cadena simpática y los esplácnicos, los grandes vasos y los linfáticos, están al alcance. Desde luego, se puede entrar a la cavidad peritoneal.

Distintos cirujanos americanos han utilizado esta vía y sus variantes. Merece destacarse el abordaje de la suprarenal en el síndrome de Cushing o en el caso de feocromocitomas, que resultan en esta vía muy accesible y fácil. En nuestro ambiente, sabemos que ha sido usada en el abordaje del riñón. Nosotros hemos extirpado la glándula en cuatro ocasiones. La primera vez fué hace 18 años, en 1934. Al año siguiente, publicamos la técnica en Anales del Ateneo de Clínica Quirúrgica, del Servicio del Profesor Blanco Acevedo.

En esa oportunidad hicimos la operación por vía subpleural y con anestesia local, en un caso de hipertensión. Además de la suprarrenal, extirpamos el simpático lumbar y seccionamos el esplácnico mayor. En esa época era una operación preferentemente torácica.

La técnica usada actualmente por los cirujanos americanos, es igual a la usada entonces por nosotros, con la diferencia de que hoy se atraviesa la pleura, cosa que también hemos hecho nosotros últimamente, en dos enfermas con síndrome de Cushing, a las cuales, les hicimos resección subtotal, bilateral, de ambas suprarrenales. Una de las extirpaciones la hizo el Dr. Vigil. El último caso operado por nosotros por esta vía, pero sin sección pleural, fué nuevamente una enferma con hipertensión pero, esta vez, la operación se hizo con anestesia general por intubación; llevamos la incisión francamente al abdomen y resecamos toda la costilla hasta el cuello, para lo cual se debe abrir la logia de los músculos espinales y reclinarlos desinsertándolos.

Los autores americanos del trabajo a que me refiero, han hecho también como Carter, en la descripción de su incisión, una historia del procedimiento y sus orígenes.

Naturalmente, nosotros no somos mencionados. Lo mismo ocurre en un trabajo publicado en el Journal de Chirurgie de 1949, Nº 3, por Fiolle, Dalmas y Comiti y titulado "L'abord postérieur de l'hipochronde retroperitoneal". Esos autores hacen una incisión en un todo semejante a la laparotomía transversa del flanco, de Arce, presentada en 1904. La figura que publican, es igual

a la que Ivanissevich publica con el N° 23, en su trabajo titulado "Tratamiento operatorio de los quistes hidáticos del hígado", publicado en 1928, y con la sola diferencia de que la colocan en el lado izquierdo. En profundidad, se diferencia un poco de la de Arce, porque dichos autores resecan la extremidad anterior de la 11 y 12 costilla y después abordan el retroperitoneo; en esta parte, dicho abordaje, es el mismo que conseguimos nosotros con nuestra resección de la 11 costilla, aunque no me parece que alcance para hacer cómodamente una anastomosis esplenorrenal, como dichos autores sostienen.

Yo me limito aquí a dejar constancia de mi operación primera y de la publicación de dicha vía y, además, agregaré algunos detalles y mostraré la relación que tiene con otros procedimientos de abordaje para el lado derecho, utilizados en casos de supuraciones perihepáticas.

En 1928, publicamos en la Revista Pasteur, Nos. 7 y 9, un estudio anatómico sobre la logia renal y la cápsula adiposa del riñón, que me sirvió de base para realizar después la vía de abordaje de la suprarrenal. En 1932, con el Profesor Mérola, publicamos en la Revista de Cirugía de Buenos Aires, un estudio de conjunto sobre el tejido celular subperitoneal, en donde presentamos de nuevo el estudio anatómico de los elementos conjuntivos y ligamentos peritoneales del hígado, pero, con nuevos conceptos referentes al abordaje de la cara postero-superior de la glándula y que, entre otras cosas, nos sirvieron para un estudio a emplear en el caso de los abscesos subfrénicos y centrohepáticos altos. Con motivo de dos casos muy característicos intervenidos por mí, publiqué en la Revista Anales del Ateneo de Clínica Quirúrgica en marzo de 1937 todos los detalles de la vía empleada y que voy a resumir ahora.

Dicha vía es toraco-abdominal, con una incisión que se puede hacer sobre la novena, la décima o la undécima costilla, según la altura presunta del proceso a tratar; es útil destacar desde ya un detalle: la novena costilla, es el elemento clave entre el tórax y el hipocondrio. Los procesos altos, pulmonares, estarán por arriba de ella y deberán abordarse por el tórax; lo mismo los elementos del mediastino, esófago, por ejemplo.

Los procesos del hipocondrio están por debajo y aún cuando en un sujeto normal, la resección de dicha costilla, nos pone frente a la pleura libre, es probable que en un absceso subfrénico alto, la elevación del diafragma y la adherencia del fondo del saco pleural, nos presenten a la novena costilla como la mejor para el abordaje.

Para los procesos hepáticos será mejor resecar la décima o la undécima. Puede hacerse aún sub-costal, como en la laparotomía transversa del flanco de Arce, propuesta para el abordaje de los quistes hidáticos a evolución lumboabdominal, descrita más arriba y que se hace con o sin resección costal. Esta vía sí, se puede decir que ha sido redescubierta por los autores franceses, como incisión, aunque ellos la llevan preferentemente al retroperitoneo.

También es subcostal y francamente lumbar, la vía de Ochsner, para el abordaje de abscesos subfrénicos, por decolamiento subperitoneal pre-renal.

Del Campo utiliza preferentemente la vía a través de la undécima costilla, para tratar abscesos o quistes postero-inferiores del hígado. Destaca un detalle anatómico: la conexión del fondo del saco pleural a los planos lumbares por una pequeña hoja fibrosa que se debe seccionar en el abordaje.

En nuestro procedimiento, cualquiera que sea la costilla resecada, la incisión se prolongará hacia el vientre haciendo una verdadera toracolaparotomía con o sin penetración peritoneal o podrá quedar en el tórax. Lo fundamental es proceder por decolamiento y saber hacia donde dirigir el dedo que actúa, una vez que se está en el plano subdiafragmático.

Hay que tener nociones de orientación en el espacio y conocimiento práctico del espesor y resistencia de los mesos y ligamentos del hígado.

En el procedimiento de Ochsner, la incisión es lumbar, sobre la duodécima costilla, muy similar a la de Arce, aunque más posterior y con resección de la duodécima costilla. Después se decola el peritoneo pre-renal, para alcanzar una colección posterior del hígado o mismo, un proceso pulmonar a través del diafragma, como en un caso presentado a la Academia de Cirugía de Buenos Aires hace algunos años por Goñi Moreno.

Con todo, creo que esta vía es de alcance limitado y debe reservarse para los procesos bajos.

Ahora bien, la incisión sobre la novena costilla nos pone, como se sabe, frente a tres zonas: una alta y posterior, pleural; otra baja y anterior, peritoneal y una intermedia que corresponde a la inserción costal del diafragma.

La habilidad y el buen sentido del cirujano, lo harán dirigir sobre una u otra zona, pero salvo el caso de que la pleura esté totalmente adherida, es mejor, para evitarse intranquilidades inmediatas o ulteriores, no tocarla, y reconocer simplemente su borde inferior.

Con esto vemos que no es necesario ir muy arriba y reseca mucha costilla, para lo cual se iniciará la incisión no en la línea escapular, sino en la axilar posterior o media.

En la parte baja de la incisión cruzamos el reborde torácico, pero no para entrar en el abdomen, por lo menos al principio, sino para detenernos en el sub-peritoneo y poder simplemente sacar la costilla, hasta su extremidad cartilaginosa.

El peritoneo corresponde en este punto al espacio hepato-diafragmático.

Si hacemos una incisión más baja, reseca la 10<sup>a</sup> costilla, ya la parte pleural es menos importante y la sección de la pleura, al nivel del fondo de saco, es fácil y poco agresiva, pues sus dos hojas deslizan una sobre otra; es lo que se ve en los abscesos hepáticos altos; en la parte baja o peritoneal de la incisión, nos encontramos en un punto que corresponde al fondo de saco o seno hepatorenal.

Si lo abrimos, podemos fácilmente explorar y palpar, o punccionar, el borde postero-inferior del hígado.

Por otra parte, es muy fácil excluir este espacio de la gran cavidad. Cualquiera que sea, la, o las costillas que se resequen, vemos pues que se puede hacer una toracolaparotomía restringida, que puede en ciertos casos limitarse a descubrir la pleura y el peritoneo, una vez reseca la costilla y no abrir ninguna de las dos cavidades, pues ya está el absceso que baja más de lo supuesto.

Hasta aquí, con o sin abertura de las cavidades, consideramos un primer tiempo de la operación, es decir, abordaje de la fosa frénica; el segundo, se inicia con el pasaje a través del diafragma, a nivel de la parte anterior del lecho costal, con lo cual nos encontraremos en una zona de adherencias hepatodiafrag-

máticas o en el fondo de saco peritoneal, ya sea el alto, hepatofrénico, cuando se reseca la 9ª costilla, o en el bajo, hepatorenal, cuando se reseca la 10ª o la 11ª costilla.

Si nos encontramos en una zona de adherencias, aunque no sepamos exactamente si son inflamatorias, o si corresponden a la inserción del ligamento coronario del hígado, que, naturalmente, no siendo normal, estará infiltrado y resistente, la maniobra fundamental es tratar de decolar esa adherencia, siguiendo la bóveda hepática hacia arriba y hacia los lados, con lo cual encontraremos necesariamente el absceso.

Esta maniobra, resulta sobre todo, cuando, habiendo hecho un reconocimiento previo o puncionado el hígado, no se encuentra el absceso.

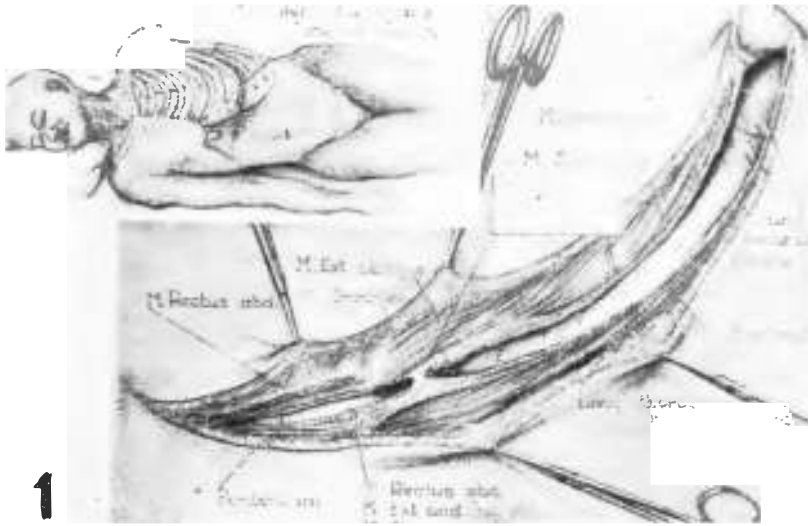
Si se trata de un absceso hepático pequeño y alto, se puede hacer lo mismo reseca la 9ª costilla, pero es mejor dirigirse a la 10ª o a la 11ª costilla y con o sin sección pleural, abrir el peritoneo, para dominar bien el fondo de saco hepatorenal. Se protegerá la cavidad y se punciona o explora a voluntad el hígado. Si no se encuentra el absceso o se halla muy alto, con todo el borde postero-inferior, grueso de 7 a 8 cms. por delante, nos dirigimos al ligamento coronario, rompemos con el dedo la hoja inferior y decolamos el ligamento, con lo cual podremos avanzar lo necesario y sin riesgos, como para abordar el absceso, aún sin ver.

Es necesario simplemente no decolar muy hacia la línea media, para no encontrar la vena cava.

Con estas maniobras de despegamiento subdiafragmático, se evita en una toracotomía alta, atravesar la pleura en un fondo de saco amplio, o decolarla, lo cual es un riesgo grande.

Damos fin a nuestro relato y termino expresando mi esperanza de que haya sido comprensible, y, sobre todo, que haya sido justo en la puntualización que he hecho respecto a los creadores de las distintas vías de abordaje tóraco-abdominal, que ha sido, y es, para nosotros, una de las más legítimas conquistas de la cirugía uruguaya, en lo que se refiere a la toracolaparotomía de Mérola.

Mi reconocimiento al Señor Bagnasco por su valiosa colaboración en la parte gráfica y al Sr. Muñoz en la preparación de este trabajo.



1

Incisión de Moland Carter (Tomado de Surgery, Gynecologi and Obstetrics).

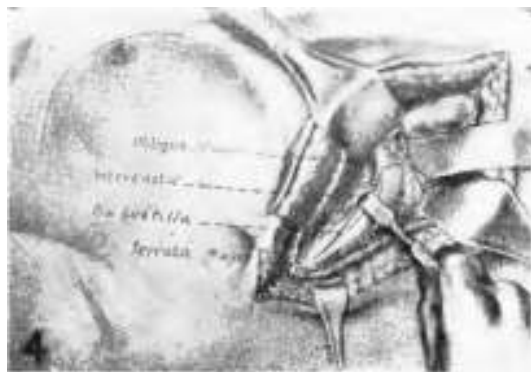


Incisión de Mo. and Carter  
Esplenectomía.

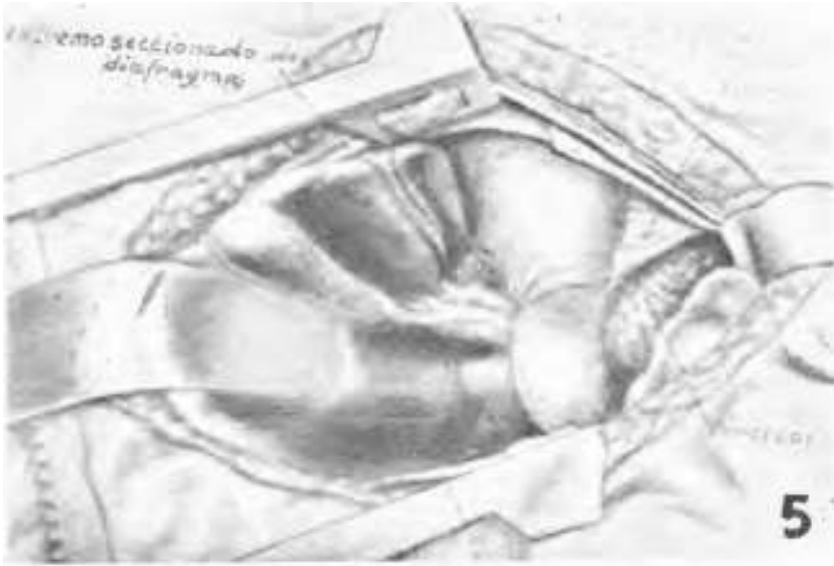




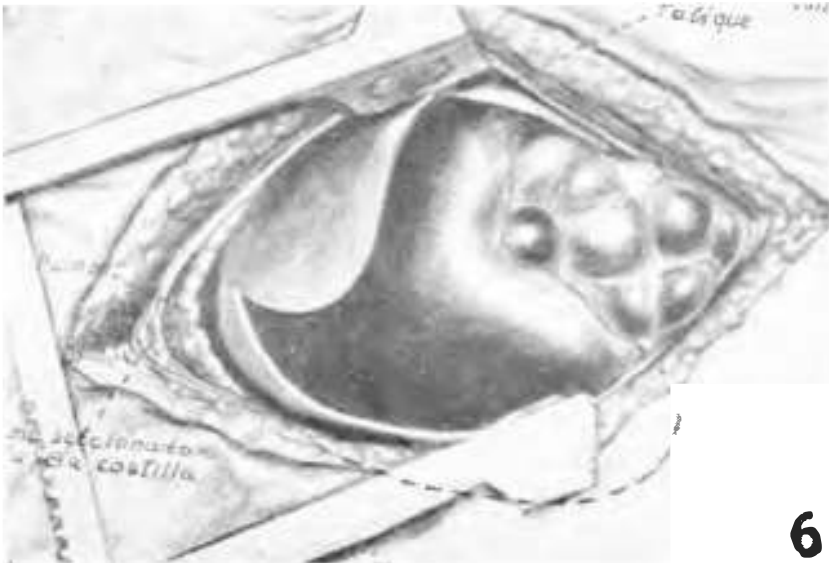
**3** Incisión de Heaney y Humphreys. (Tomado de Anales de Cirugía).



La misma. Resección costal.



La misma. Exposición de vías biliares.



La misma. Cara superior del hígado.



Quistes hidáticos suprahepáticos - Caso personal.

8



Tóracolaparotomía de Mérula.

9



Laparotoracofrenotomía de Constantiny.

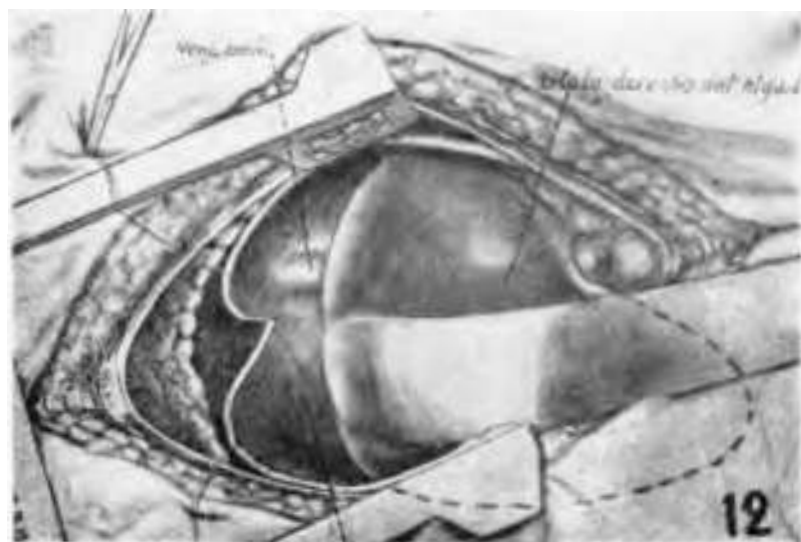
10



Abordaje de bazo y estómago - Constantiny.



Incisión de Moland Carter para la esplenectomía. Nótese la similitud con la de Constantin.



Incisión de Heaney y Humphreys.

13

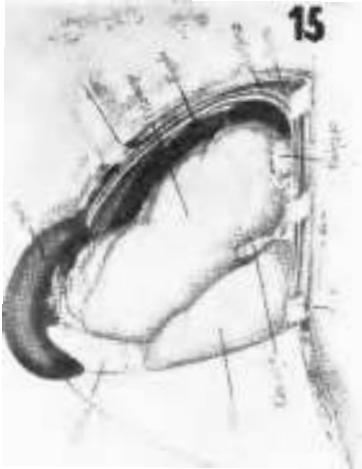


T raco-laparotomía de Mé-  
rola. Nótese la semejanza  
con la anterior.

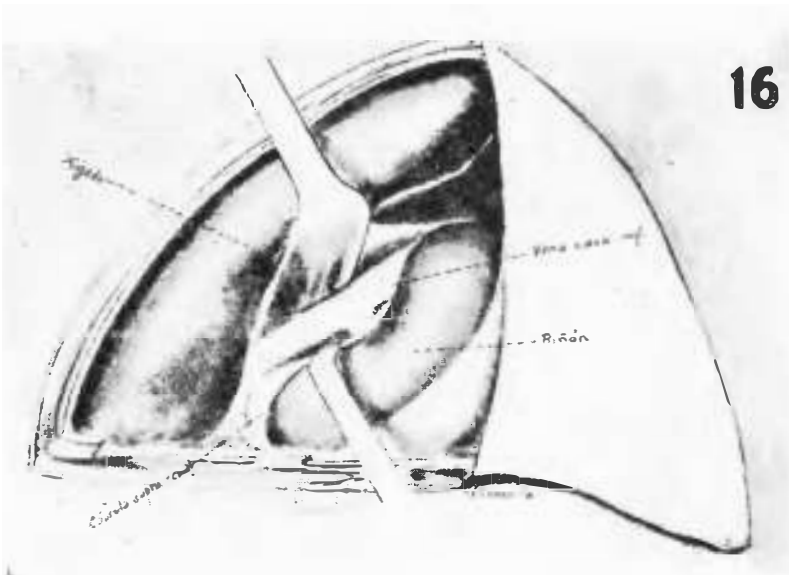
14



Colgajo tó:acoabdominal d  
Mérola para el lado izquierdo



Colgajo de Mérola.



Colgajo de Mérola para el lado derecho.

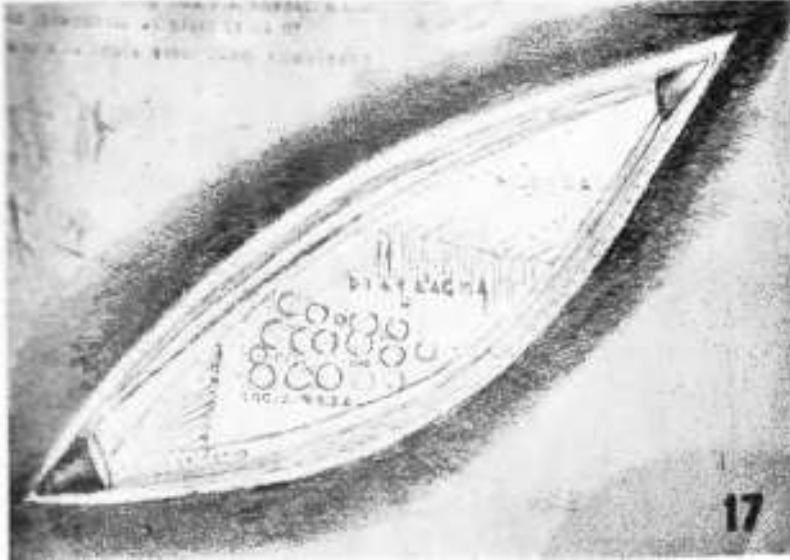


Figura 17. Nuestra incisión dorsal baja en la 11ª costilla para la suprarenalectomía.

### CONCLUSIONES

El abordaje tóraco-abdominal por medio de la toracolaparotomía de Mérola, es la mejor y más efectiva vía de abordaje de la fosa frénica.

La incisión de Quenú y Schwartz de 1919 es semejante y posterior a la de Mérola.

La incisión de Constantiny, aparecida también después de la de Mérola en 1921 es un todo semejante.

La nueva incisión abdomino-torácica, de Noland Carter es de amplitud aún en la luz que proporciona y merece ser considerada como una versión moderna de la toracolaparatomía, hecho posible gracias a la nueva técnica anestésica.

Debemos dejar bien sentado que esta incisión no difiere de la de Mérola y de la de Constantiny, sino en su amplitud, factible por la posibilidad de operar a tórax abierto.



- 5) Las vías descritas posteriormente, en especial para los elementos retroperitoneales tales como el riñón y la suprarrenal, etc., en conjunto o aisladamente, no son más que variantes de la toracolaparotomía, ya previstas en la técnica de ella según la altura de la resección costal.
- 6) Los colgajos propuestos antes o contemporáneamente a la toracolaparotomía de Mérola, representan esfuerzos meritorios de sus creadores, pero inferiores a aquélla, y, más aún, a la moderna incisión abdomino-torácica.

#### BIBLIOGRAFIA

- Betts, R. H.** — Heridas tóraco-abdominales. (Anales de Cirugía. Noviembre, 1945).
- Blakemore y Fitzpatrick.** — El tratamiento quirúrgico de las hemorragias post-esplenectomías con hipertensión portal extrahepática. (Anales de Cirugía, Set. 1951).
- Blakemore.** — Derivación porto-cava en la hipertensión portal. (Anales de Cirugía, Oct. 1948).
- Carter, N.** — Hernia diafragmática estrangulada. (Anales de Cirugía, Agosto 1948).
- The combined thoraco-abdominal approach with particular reference to its employment in splenectomy. (Surgery, Gynecology and Obstetrics. V. 84, 1947).
- y **Hellmsworth.** — Observaciones sobre la utilización de la incisión toraco-abdominal. (Anales de Cirugía. Mayo 1950).
- Constantiny, H.** — Valor de la incisión combinada del abdomen y del tórax en la exploración quirúrgica del hipocondrio izquierdo. (Journ. de Chirurgie; pág. 130; 1921).
- Cooper, Leadbetter y Chute.** — Thoraco abdominal approach for gland dissection. (Surgery, Gynecology and Obstetrics. Abril 1950).
- Caprio, G.** — Un caso de extirpación del lóbulo izquierdo del hígado. (Boletines de la Sociedad de Cirugía de Montevideo. 1931).
- Abordaje de los abscesos subfrénicos y centrohepáticos altos. (Anales del Ateneo de Clínica Quirúrgica. Año 1935).
- Caprio, G.** — La logia renal y la cápsula adiposa del riñón. (Revista Pasteur, N° 7-9. 1928).
- Técnica de la suprarenalectomía por vía dorsal baja. (Anales del Ateneo de Clínica Quirúrgica. 1935).

- Churchill y Sweet.** — Resección transtorácica de los tumores del estómago y esófago. (Anales de Cirugía. Junio 1942).
- Fiolle, Dalmas y Comiti.** — L'Abord posterior de l'hypochondre retro-peritoneal. (Journal de Chirurgie, N° 3. 1949).
- Finochietto, R.** — Quistes hidáticos de la parte superior del hígado y bóveda diafragmática. (Anales de Cirugía. Junio 1950).
- Garlock.** — The abdomino-thoracic approach. (Surgery, Gynecology and Obstetrics, V. 83, pág. 737. 1946).
- Grimson, K. y otros.** — Diagnóstico y manejo de los tumores de la suprarrenal. (Anales de Cirugía. Set. 1951).
- Humphreys.** — Vía de abordaje para esófago y cardias gástrico. (Anales de Cirugía. Agosto 1946).
- Heaney y Humphreys.** — La vía toraco-abdominal derecha. (Anales de Cirugía. Nov. 1948).
- Howard y Snyder.** — Tratamiento de las heridas intratorácicas. (Anales de Cirugía. Set. 1945).
- Harper, F.** — Throca-abdominal approach to the upper abdomen. (S.G.O. Marzo 1947).
- Howard y Snyder.** — Tratamiento de las heridas intratorácicas y toraco-abdominales en la zona de combate. (Anales de Cirugía. Set. 1945).
- Ivanisevich.** — Tratamiento operatorio de los quistes hidáticos del hígado. (1928).
- Quistes hidáticos del bazo. Su tratamiento quirúrgico. (1929).
- Kremen.** — Combined abdomino-thoracic incision for total gastrectomy and oesophagus gastrectomy. (Surgery. Oct. 1938).
- Linton y otros.** — Anastomosis y portocava de hipertensión portal. (S.G.O. Agosto 1948).
- Lahey.** — Surgical practice of the Lahey Clinic. (1951).
- Traitement of Portal Hipertensión.
- y **Marshall.** — Should total gastrectomy be employed in early carcinoma of the stomach.
- Mérola, L.** — Anatomía del peritoneo hepático. (Anales de la Facultad de Medicina. 1916).
- Vías de acceso a la fosa frénica. (Asociación Médica Argentina. 1917).
- y **Caprio, G.** — Anatomía quirúrgica del tejido celular subperitoneal. (Rev. de Cirugía de Buenos Aires. Mayo 1932).
- Navarro, A.** — Cirugía de la fosa frénica en "Investigaciones de Cirugía Clínica y Experimental". 1937).
- Pratt, D.** — Cirugía del bazo y de la logia frénica. 1923.
- Pack y Mac Neer.** — Tratamiento quirúrgico del cáncer del cardias gástrico. (Surgery. V. 6, pág. 23. 1948).

- Priestley, J.** y otros. — Adrenalectomía subtotal en el Síndrome de Cushing. (Anales de Cirugía. Set. 1951).
- Reynold y Youg.** — Thoraco-abdominal incision for cardiac approach. (Surgery. Ag. 1948).
- Schwartz, A.** — Sobre el abordaje de las hernias diafragmáticas. (Boletín de la Sociedad de Cirugía de París. T. I, pág. 958. 1919).
- Sweet.** — Gastrectomía total. (Anales de Cirugía. Nov. 1951).
- Satinsky.** — Vía toraco-abdominal para anastomosis porto-cava. (Anales de Cirugía. Nov. 1948).
- Tuffier, Matthieu y Sencert.** — Tratamiento médico quirúrgico de las enfermedades del estómago.
- Vasconcellos, E.** — Cirurgica do megaesofago. (1937).
- Wyllie** y otros. — Heridas toraco-abdominales. (Anales de Cirugía. Agosto 1946).
- Zintel, H.** y otros. — Adrenalectomía subtotal en el tratamiento de la hipertensión esencial grave. (Anales de Cirugía. St. 1951).