

TERCER CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

TERCERA SESION PLENARIA



Presidente

Dr. FERNANDO ETCHEGORRY

Vice-presidente

Dr. CARLOS V. STAJANO

Secretario General

Dr. JUAN E. CENDAN ALFONZO

Eventraciones post-operatorias

Relator:

Dr. RAFAEL GARCIA CAPURRO



Viernes 5 de Diciembre

Hora: 16

Sr. PRESIDENTE. — Se va a iniciar la Tercera Sesión Plenaria. Invito a pasar al estrado a los Drs. Larghero, Piquinela y Ardao.

Tiene la palabra el Dr. García Capurro.

EVENTRACIONES POST-OPERATORIAS

Dr. Rafael García Capurro

INTRODUCCION

La Comisión Organizadora del III Congreso Uruguayo de Cirugía me ha hecho el honor de encargarme del relato oficial sobre el tema “Eventraciones post-operatorias”.

Es éste un tema extremadamente vasto, puesto que en la producción de una eventración concurren una multitud de factores, unos propios del paciente, otros que derivan de las tácticas o técnicas quirúrgicas empleadas.

La cirugía ha pasado de la etapa en que se contentaba con realizar lo fundamental. Hoy ambicionamos a que la integridad de nuestro enfermo en el post-operatorio se acerque todo lo posible a la normalidad. Sería nuestro ideal corregir los trastornos del paciente sin dejar rastro alguno de nuestro pasaje.

La incisión adecuada a cada caso, el manejo de la pared abdominal con todo el respeto debido, durante el acto operatorio, son hoy exponentes de la calidad de la cirugía realizada. A pesar de los progresos de la cirugía nos encontramos aún con un número apreciable de eventraciones. El cirujano debe esforzarse en evitarlas hasta los límites extremos de sus posibilidades; si bien todos sabemos que existen casos en que esto resulta muy difícil.

El factor tiempo ha dejado de ser el tirano de antes, no debemos titubear en prolongar el acto operatorio dentro de lo razonable si éste ha de beneficiar a nuestro enfermo. No tenemos el derecho de despreciar la pared abdominal bajo el pretexto de acortar el acto operatorio, por lo menos en la enorme mayoría de los casos.

El buen diagnóstico quirúrgico, la anestesia con relajación muscular, la organización de buenos equipos que actuando dentro de un campo operatorio estático, sabiendo cumplir cada cual con su cometido, permiten ajustar la técnica para realizar un mínimo de agresión.

Si se cumple al máximo lo indicado en el párrafo anterior, puede realizarse la operación con absoluta seguridad aunque trabajemos en un espacio algo más limitado y no tendremos necesidad de recurrir a las grandes incisiones que era preciso hacer cuando con un diagnóstico impreciso, un solo ayudante y mala anestesia era necesario dominar una enorme región para ponernos a cubierto de dificultades imprevistas.

Nunca curaremos mejor una eventración que evitando que ésta se produzca, y en caso de aparecer la operación será tanto más fácil cuanto más precoz.

Aún llegan a nosotros enormes eventraciones, en las que por descuido del enfermo, del médico o del cirujano, han tomado tal volumen como para hacer peligrosa o imposible su cura. Múltiples dificultades tendrán que ser salvadas en estos casos y aún en manos de un buen cirujano que utilice todos los medios a su disposición, la empresa puede resultar desatentada y terminar en un desastre o una recidiva.

Cuando el cirujano cree posible la aparición de una eventración, debe, desde un principio plantear al enfermo y a sus familiares la probable necesidad de una nueva intervención. Si la eventración aparece, su posición debe ser clara y definida para corregir cuanto antes esta complicación que abandonada ocasionará al enfermo una gran incapacidad y después graves trastornos. Prácticamente todas las eventraciones fueron pequeñas en su comienzo y por lo tanto fáciles de corregir.

De lo expuesto se vé la enorme extensión de este tema y la gran cantidad de puntos que será necesario tocar. Trataré de exponerlo lo más clara y sucintamente posible, pero habrán de convenir conmigo que en este tema, como en muchos otros en cirugía, lo que podemos decir es sólo un pálido reflejo de nuestro trabajo. La realización de una técnica oportuna y correcta en un enfermo bien preparado son elementos que se pueden transmitir con

la palabra sólo en una forma muy incompleta. Es en el modo de **realizarlo** donde están la mayoría de los detalles que nos darán **e. éxito y** para apreciarlo es necesario que veamos mutuamente nuestro trabajo.

DEFINICION

Conviene definir el concepto de eventraciones y su diferenciación con hernia para marcar al mismo tiempo los límites del tema que debemos tratar.

Arnaud en 1740 estableció ya en forma clara esta diferenciación.

Hernia abdominal sería la salida de peritoneo con contenido variable al través de las paredes del abdomen por las zonas débiles que presenta la anatomía normal. Como ser trayectos inguinal, crural, etc.

Eventración es la salida de peritoneo con un contenido visceral por otras partes que no sean las zonas débiles normales. En estas últimas la zona débil por la cual se ha hecho la protrucción puede ser debida a diversas causas: expontáneas, congénitas o traumáticas. Las causas traumáticas pueden a su vez dividirse en accidentales (heridas, traumatismos) u operatorias.

La dehiscencia de la pared abdominal puede ser precoz o tardía. En este trabajo debemos referirnos solamente a las eventraciones post-operatorias crónicas, dejando de lado las congénitas y las agudas, que generalmente llamamos evisceraciones.

Para diferenciar las agudas de las crónicas diremos: que las primeras se producen en los días que siguen a la operación, generalmente entre el noveno y el veinteavo días, siendo común que aparezcan en el momento de sacar los puntos de la piel. En ellas todos los planos inclusive la piel, se separan y por lo tanto las vísceras se ven o salen por la herida.

En la eventración crónica, que es lo que vamos a estudiar, si bien falla de algún plano profundo pudo ser muy precoz, la piel no se ha abierto y generalmente se manifiesta en el post-operatorio alejado habiendo transcurrido meses o años del acto quirúrgico.

C A P I T U L O 1

, CAUSAS DE LA EVENTRACION

Los factores que contribuyen a la formación de una eventración son múltiples, aunque de diversa importancia. Unos u otros pueden ser los que predominen en un determinado caso. Dado que la vitalidad de los tejidos es un elemento de primordial importancia y que evidentemente no conocemos todos los factores que a ello contribuyen; puesto que cada día son conocidas nuevas sustancias que influyen en la cicatrización de las heridas, la lista de factores no podrá de ninguna manera ser completa.

No es posible que yo las estudie todas en detalle puesto que ello nos llevaría a realizar profundos estudios fisiológicos y un tratado completo de técnica quirúrgica. Sin embargo es esencial que profundizemos algunos puntos, pues es dentro de este capítulo donde debemos comprender muchas pequeñas cosas que pueden contribuir a evitar esta temida complicación.

Si conocemos bien las causas esto nos permitirá buscar los procedimientos que han de evitarlas.

ANATOMIA

No podemos entrar al estudio de las eventraciones post-operatorias, sin recordar primeramente en forma sucinta la distribución de los elementos de la pared abdominal. Este repaso nos resulta necesario, puesto que la imagen anatómica debe estar fresca en nuestro espíritu, para que podamos comprender cuales son los elementos a respetar y como se desplazan los planos al formarse una eventración. No haremos un estudio anatómico completo, pero cuidaremos que nuestro enfoque se haga especialmente sobre todos los detalles que merezcan resaltarse, como de importancia en la comprensión de este tema.

Músculos

Comenzaremos por la descripción de los músculos y los estudiaremos en orden de su importancia frente al problema que nos ocupa.

Si bien los músculos de la pared abdominal tienen otras funciones además de la de oponerse a la presión intraabdominal, como ser respiración, flexión y rotación del tronco, etc., etc., es primordialmente en su función de faja de sostén, que tenemos que estudiarlos.

Los músculos planos, gran oblicuo, pequeño oblicuo y transverso, son los que cumplen con esta misión de sostén, aunque los rectos anteriores, cuya función específica es establecer las relaciones dinámicas del tórax sobre la pelvis, también colaboran en esta función de contensión.

Músculo transverso

Por ser éste el más profundo, es el primero que se opone a la presión intra-abdominal. Es una verdadera faja transversal que sostiene el peso de las vísceras y resiste a los aumentos de presión intraabdominal, tos, estornudo, defecación, y todas las causas patológicas pre o post-operatorias que aumentan esa tensión. Considero a este músculo como el de mayor importancia y a los demás, como refuerzos en el sentido de ciertas fuerzas predominantes en la dinámica abdominal.

No es solamente el primero en actuar, este músculo reparte sus fuerzas en forma completamente uniforme sobre la totalidad del abdomen, de manera tal que las vísceras no encuentran un intersticio en sus filas por donde insinuarse. Rota esta primera barrera la pared abdominal tiene una textura irregular que aprovechará la presión para insinuar las vísceras entre las fibras musculares o aponeuróticas.

Vemos, pues, la enorme importancia que tiene el respetar las fibras de este músculo, al hacer nuestra incisión; así como su buena reconstrucción en la prevención de las eventraciones.

La porción carnosa de este músculo, se inserta en ambos marcos óseos torácicos y pelvianos. Hacia atrás, se continúa en una lámina aponeurótica que se fija en las apófisis transversas de las vértebras lumbares, fusionándose esta aponeurosis, hacia adelante, con la del cuadrado lumbar y hacia atrás con las de los músculos espinales. Estas inserciones le dan firme punto de apoyo sobre el raquis.

Las fibras musculares se extienden hacia adelante, en haces a dirección horizontal, ligeramente descendente hasta una línea cóncava adentro y adelante donde sus fibras se transforman en otra lámina aponeurótica. Esta línea se esconde un poco detrás del recto anterior, en la parte superior. Esa lámina aponeurótica, forma conjuntamente con la lámina similar del pequeño oblicuo, la hoja posterior de la vaina del recto. En la porción inferior del abdomen, todos conocemos la arcada de Douglas donde las fibras se hacen todas anteriores. En la parte más baja, próximo a la arcada crural, las fibras francamente descendentes entran a formar parte del tendón conjunto.

Músculo pequeño oblicuo

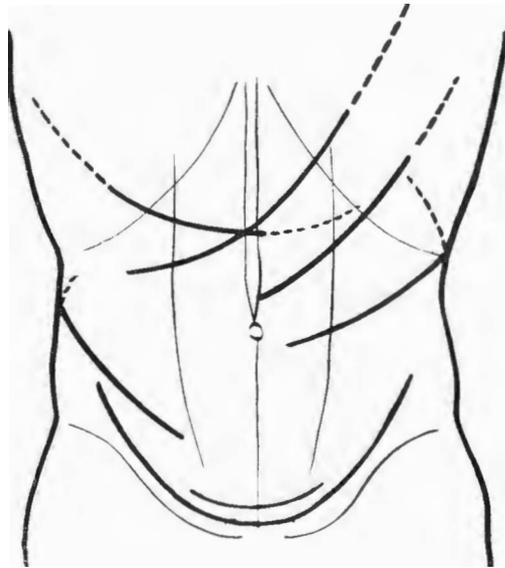
Hemos visto como el músculo transverso, es el músculo esencial de la cincha abdominal. El pequeño oblicuo y el gran oblicuo, son los encargados del sistema de sostén del epigastrio, cuya pesantez está aumentada por la estación de pie.

Este segundo plano muscular, se inserta hacia atrás, en la cresta ilíaca y en la mitad posterior de la arcada crural. De allí se abren sus fibras en abanico, llegando las más superiores al reborde torácico y las inferiores al pubis. El límite anterior de la parte musculosa, forma una línea casi vertical, desde la mitad del reborde condral a la mitad de la arcada crural. En esta línea, el músculo se transforma en aponeurosis. Esta lámina aponeurótica se divide en 2 hojas: la posterior, se une como vimos con la del transverso, para formar la hoja posterior de la vaina del recto en el abdomen superior. La anterior se fusiona con la aponeurosis del gran oblicuo para contribuir a formar la hoja anterior de la vaina del mismo músculo.

En el esquema adjunto, podemos apreciar la dirección de sus fibras mejor que en una descripción verbal, que resulta siempre difícil de seguir.

Músculo gran oblicuo

Los haces de este músculo, dirigidos oblicuamente de arriba a abajo, de atrás a adelante, toman punto de inserción superior en las siete últimas costillas entre cruzándose con los haces del gran



dentado y del gran dorsal. Estas inserciones dan nacimiento a otros tantos haces musculares que van haciéndose aponeuróticos al llegar al borde externo de la vaina del recto.

Las fibras aponeuróticas de su tendón anterior, en unión con la lámina anterior de inserción del pequeño oblicuo, forman la hoja anterior de la vaina del recto llegando a la línea blanca donde se entrecruzan con las fibras llegadas de los músculos del lado opuesto.

Quiero hacer notar que las inserciones del gran oblicuo en su extremo postero-superior se hacen sobre el tórax a gran distancia del reborde costal, lo que permite separarlas con gran facilidad, si nuestras incisiones en los hipocondrios se extienden sobre la base del tórax. Este detalle debe hacerse resaltar pues la luz se hace más amplia en nuestro campo operatorio sin que comprometamos para nada la solidez de la pared abdominal.

Recordaremos también que la inserción del transverso en el tórax, tampoco se hace sobre el reborde costal mismo, sino, sobre la cara interna de la caja torácica imbricándose con los haces del diafragma. La forma de inserción de estos dos músculos, deja al reborde costal libre entre dos capas musculares.

Las fuerzas de los músculos del abdomen se oponen unos a otros. Los transversos directamente entre sí. El gran oblicuo de un lado, con el pequeño oblicuo del otro. Toda sección de sus fibras de inserción tenderá a abrir y a separar los bordes de nuestra herida.

Músculo recto anterior del abdomen

Este potente músculo se extiende desde sus inserciones superiores sobre los quinto, sexto y séptimo cartílagos costales, descendiendo su gruesa masa muscular hacia el pubis donde se fija.

Si bien este enorme músculo contribuye en parte al sostén de la masa abdominal, no es ésta su función principal. Como ya dijimos, es en los movimientos de conjunto del tronco, estableciendo la unión dinámica entre el tórax y la pelvis, donde cumple su misión principal.

Debemos recordar sus intersecciones fibrosas en número de tres. Una superior, una media y una inferior a la altura del ombligo. Al nivel de estas intersecciones fibrosas el músculo se une

firmermente a la hoja anterior de la vaina. Dato importante a tenerse en cuenta, es que la cara posterior del músculo se libera fácilmente de la hoja posterior.

El tamaño de este músculo impresiona al cirujano y es frecuente encontrar una aversión a cortarlo transversalmente a sus fibras. Es ésta sin embargo, una conducta que no se basa en ninguna base sólida, dado que sabemos hoy que la sección transversal de este músculo en la mitad superior del abdomen, se restituye perfectamente no dejando ningún déficit funcional y no teniendo ninguna tendencia a causar eventraciones. Por el contrario vemos frecuentemente que no es así, cuando se cortan las fibras musculares del transverso.

Vainas aponeuróticas

Los tres músculos planos del abdomen que acabamos de recordar se terminan hacia adelante en hojas aponeuróticas; estas hojas rodean al músculo recto anterior formándole su vaina.

Seguiremos en nuestra descripción la hoja del pequeño oblicuo. Esta al llegar al borde externo del recto, se divide en dos hojas, una anterior y otra posterior para rodear a este músculo. La hoja posterior, se engrosa con las fibras del músculo transverso y la anterior con las del pequeño oblicuo. Después de rodeado el músculo, todas estas fibras se entrecruzan en el rafe mediano o línea blanca. Esta descripción corresponde a los tres cuartos superiores del abdomen. En el cuarto inferior, las tres láminas aponeuróticas de estos músculos pasan por delante del recto. El borde inferior libre de la hoja posterior de la vaina de los rectos, forma la llamada arcada de Douglas, que queda a la altura de la línea bi-ilíaca. De allí para abajo, la cara posterior del recto está en contacto con la fascia transversalis.

El rafe mediano o línea blanca es ancho en la mitad superior, de un centímetro aproximadamente y por el contrario es muy fino en la porción infra umbilical.

Quiero hacer notar muy especialmente, que las fibras que contribuyen a formar la hoja anterior de la vaina de los rectos, se cruzan entre sí, formando una aponeurosis muy unida. En ellas encontramos fibras oblicuas en los dos sentidos hasta un ángulo de 45° de la vertical.

En la hoja posterior encontramos las fibras casi horizontales del transverso y las fibras oblicuas del pequeño oblicuo. Tiene enorme importancia, como veremos más adelante al indicar las incisiones abdominales, el ser respetuosos con la textura de estas hojas.

VASOS

La vascularización de la pared del abdomen se hace en su parte anterior por el arco mamario epigástrico. Las ramas de la mamaria interna penetran en la vaina del recto para vascularizar este músculo por su cara posterior. En el hemi-abdomen inferior la arteria epigástrica corre sobre el peritoneo para luego entrar en la vaina del recto vascularizándolo y anastomosándose con la mamaria interna.

Las regiones laterales de los músculos anchos, son irrigadas por ramas de las arterias intercostales, lumbares y circunfleja ilíaca que acompañan los nervios.

La vascularización del abdomen es fácil de respetar. En la práctica poco tenemos que cuidar al hacer las incisiones corrientes. Hay que conocerla, puesto que en algunas incisiones complejas podríamos llegar a desvitalizar una zona.

Nervios

Respetar los nervios de la pared abdominal es respetar la vida y la función de los músculos. Toda sección nerviosa, dará origen a una zona débil, que puede ser el comienzo de una eventración. La inervación de la pared abdominal está dada por los VII, VIII, IX, X y XII intercostales y los abdomino genitales mayor y menor. El punto de emergencia, bajo el reborde costal, de los nervios VII, VIII, IX y X puede marcarse dividiendo en cuatro la distancia entre el xifoide y el extremo de la XI costilla.

Los nervios van entre el músculo transverso y el oblicuo menor. El VII, es horizontal. Los otros se hacen cada vez más descendentes; el X, se dirige hacia el ombligo.

En su trayecto, estos nervios dan ramas a los tres músculos anchos, llegan a la vaina del recto por la cara posterior, perforan el oblicuo menor y penetran al músculo recto al nivel de las metámeras.

Se precisa la sección de varios nervios para causar alteraciones evidentes en la pared abdominal. Generalmente se considera, que no deben nunca cortarse tres, pero es claro que será tanto mejor cuantos menos se corte.

El nervio XII intercostal corre por debajo de la XII costilla, por delante de las inserciones del cuadrado lumbar, para penetrar después entre el transverso y el pequeño oblicuo y más adelante entre el pequeño y el gran oblicuo.

FACTORES QUE INFLUENCIAN EN LA BUENA CICATRIZACION

En este capítulo vamos a referirnos a causas de diversos órdenes: 1º) las propias del enfermo; 2º) la vitalidad de los tejidos; 3º) alteraciones de la dinámica abdominal; 4º) causas locales; 5º) defectos de técnica.

Causas propias del enfermo

Predisposición

Si bien puede formarse una eventración en una persona de constitución normal, es más frecuente que aparezca en aquellos ya predispuestos. Podrían describirse dos tipos opuestos, primero el obeso, de paredes infiltradas de **grasa**, con enorme contenido visceral y presión intra-abdominal aumentada, en el cual la eventración se produce por exceso de **presión**. Segundo el asténico, delgado y ptoado, con paredes **finas** e **insuficientes**, donde predomina la debilidad de la pared.

Obesidad

Es ésta una de las causas que más predisponen a la eventración. La sobrecarga grasosa actúa en diversas formas en la génesis de esta complicación. Los tejidos aponeurosis y músculos infiltrados de grasa, tienen una resistencia muy disminuída y resultan fácilmente friables frente al hilo de sutura. La vitalidad de las células cargada de grasa es menor y su cicatrización es más lenta. La hemostasis se hace difícil puesto que con facilidad, quedan pequeños vasos retraídos entre los lóbulos adiposos que pueden sangrar en el post-operatorio. Lóbulos grasos con mala vascularización se necrosan en la herida y dan origen a derrames serosos