

NUESTRA EXPERIENCIA CON EL NEUMOPERITONEO PREOPERATORIO EN EL TRATAMIENTO DE LAS EVENTRACIONES

Dr. Juan Carlos de Chiara

Ya nos ocupamos de este tema en el curso del corriente año, en el seno de nuestra Sociedad de Cirugía, en colaboración con el doctor José Abdala. Ahora con motivo del relato a este Congreso del Dr. Rafael García Capurro, hemos querido contribuir al mismo con un modesto informe para reactualizar nuestra experiencia con el *Neumoperitoneo Progresivo Preoperatorio*, procedimiento que venimos utilizando desde 1947, en la Clínica Quirúrgica del Prof. Clivio V. Nario, y en la práctica privada, con excelentes resultados y en total acuerdo con lo que sostiene y preconiza el doctor Ivan Goñi Moreno, de la Argentina, autor del método.

Es evidente que los cirujanos de todas las épocas han debido enfrentar problemas de compleja solución en el tratamiento quirúrgico

Explicadas así las indicaciones que inclinan nuestra preferencia por el uso del injerto de piel total sepultado, pasemos a la técnica de colocación.

A) *Preparación del injerto.*

1) Zona dadora: puede ser la propia cicatriz, un lugar vecino, o aún alejado, pero siempre auto-injerto.

2) Limpieza correcta del fragmento de piel, quitándole todo el tejido celular.

3) Tallado del injerto a bordes netos.

4) La extensión del injerto ha de ser adecuada a la superficie a reforzar o sustituir.

B) *Colocación propiamente dicha.*

Buena hemostasis y limpieza cuidadosa de la superficie a reparar.

El injerto se fija a tensión en todo su contorno y queda “como baqueta de tambor”; se reconoce por su aspecto que es anemiado y por el sonido característico.

La fijación se hace con puntos separados de algodón número 20 o 16, puntos muy próximos, dos nudos, y sección junto al nudo.

Se cuida de que no queden colecciones infrayacentes.

Queremos destacar que el injerto bien colocado tiene un aspecto pálido, su tensión es uniforme, y los puntos guardan una relativa simetría.

Insistimos en el detalle de la tensión del injerto, pues es un factor fundamental para que se produzca la metaplasia conjuntiva con pasaje al estado fibroso y evitar la secuencia posible de quistes de retención derivados de las faneras de la piel, como lo ha demostrado la experimentación.

C) *Plano de fijación del injerto.*

Cuando es un injerto de refuerzo el plano de fijación corresponde a la zona débil a reforzar.

En las hernias inguinales, directa o intrainguinales recidivadas se coloca por delante de la fascia transversalis, con fijación a la arcada crural, al tendón conjunto, y al borde lateral del recto anterior llenando el triángulo de Hessert. Se continúa luego con la plastia como en la cura quirúrgica habitual.

En las eventraciones el injerto de refuerzo se coloca por delante del plano aponeurótico, cubriendo la sutura del anillo.

En los casos de injerto sustitutivo queda fijado a los bordes del anillo, cubriendo la pérdida de sustancia como un verdadero parche.

de las Grandes Eventraciones; muchas veces la solución definitiva fué postergada temporal o definitivamente ante la gravedad que comportaba la intervención o los post-operatorios tumultuosos e inquietantes no siempre resueltos con felicidad. De este modo un número no despreciable de pacientes no fueron beneficiados con la cura quirúrgica continuando así con su incómoda invalidez, y otros pagaron tributo con rápidas y decepcionantes recidivas o aún más con la propia vida.

Es que en el *gran eventrado* se conjuran diversos factores para hacer de tal enfermo un caso quirúrgico de riesgo indudable y que el conocimiento de su perturbación fisiopatológica ha contribuido, en la actualidad, a resolver en forma más aceptable.

En efecto: *en primer término* hay que destacar el *tipo de enfermo*, generalmente *obeso*, con *taras orgánicas* (diabetes, hipotiroidismo, et.) y con una *desarmonía entre el continente abdominal y lo que debería ser su contenido normal*, que forma un verdadero abdomen suplementario en la eventración donde han perdido derecho de domicilio las vísceras en él contenidas.

En *segundo términos* la brecha parietal y el escape visceral originan perturbaciones en la *presión intrabdominal* la cual al descender tiene dos repercusiones fundamentales:

- a) en la *respiración*.
- b) en la *circulación de retorno*.

Es sabido que el diafragma necesita para su perfecto juego actuar sobre una tensión determinada; al alterarse la misma por la eventración, la ventilación pulmonar se hace mal, especialmente en las bases, de lo que se infiere *insuficiencia respiratoria* y *anoxia* consiguiente más o menos compensada, pero lábil a la menor sobrecarga.

Por otra parte, al romperse el equilibrio tensional que soportan los vasos abdominales por ambas caras se constituye una *dilatación venosa, edema y estasis circulatoria* por perturbación de la circulación de retorno, ya entorpecida por el déficit de aspiración torácica que creó el mal juego diafragmático; se constituye así una *rémora circulatoria crónica* en el sector esplácnico responsable del clásico estado visceral de esos eventrados con vísceras *cianóticas, dilatadas, edematosas*, con *gran circulación venosa* y sostenidas por una *gran tensión parietal*.

Vemos, pues, que el Gran eventrado agrega al factor terreno constitucional ya analizado el de ser un paciente que RESPIRA MAL y en inminencia de descompensación respiratoria y que mantiene una *rémora circulatoria crónica* que lleva a la descompensación cardiovascular y a la flebotrombosis de estasis.

Es en este enfermo, que el acto quirúrgico agrega un *tercer factor*:

) la *dificultad de reintegro y manejo de las vísceras contenidas en el saco* y el *aumento brusco de la tensión intrabdominal* que dichas maniobras originan, que puede ser la sobrecarga suficiente para descompensar la insuficiencia circulatoria y respiratoria potencial existente.

b) la *tensión parietal* que crea dificultad y penuria en las suturas, que al quedar a tensión dejan la puerta abierta a la recidiva cualquiera sea el procedimiento empleado.

Con el propósito de mejorar esta situación se han utilizado por los cirujanos diversos *recursos preoperatorios*; así hemos visto utilizar:

a) *curas de reposo en cama y adelgazamiento*, largas, penosas y muchas veces decepcionantes en los resultados efectivos.

b) *gimnasia respiratoria*, siempre recomendable y útil.

c) *intervenciones sobre el nervio frénico*. (Frenicopresura, frenicectomía) con la finalidad de aumentar por parálisis diafragmática el continente abdominal, pero que agrava por sí misma la insuficiencia respiratoria y circulatoria.

d) *reposo en Trendelenburg y vendajes compresivos y progresivos de la eventración*, procedimiento que hemos empleado durante un tiempo con buenos resultados.

e) finalmente el *Neumoperitoneo progresivo de Goñi Moreno*, que este distinguido cirujano argentino practica desde 1940 y cuya primera publicación presentó al XII Congreso Argentino de Cirugía y que posteriormente ha sido divulgado en diversas presentaciones.

Conocida la perturbación fisiopatológica del eventrado el método de Goñi Moreno tiende a corregir por insuflaciones peritoneales progresivas las alteraciones de la tensión intraabdominal con sus conocidas consecuencias, y a adaptar al continente abdominal para el reintegro visceral.

Nosotros, lo empleamos desde 1947 y hemos podido comprobar sus bondades y todas las conclusiones que hace el autor del procedimiento.

¿Cuáles son las ventajas que hemos encontrado en el Neumoperitoneo preoperatorio?

a) *Mejoría notoria de la capacidad vital*, controlada por el espirometro y desde las primeras insuflaciones.

b) el paciente *tolera mejor su eventración* y ceden muchos trastornos digestivos (constipación, meteorismo, vómitos, etc.).

c) *mejoría del estado cardiovascular*.

d) *cambio radical de la situación operatoria*.

Aunque generalmente empleamos Raquianestesia o Anestesia por inhalación, pueden efectuarse sin dificultades intervenciones con anestesia local por infiltración, en grandes eventraciones sin penuria de reintegro visceral ni tensión.

La *disección del saco es fácil* por la tensión gaseosa y la laxitud de las adherencias. Abierto el saco y expulsado el aire a tensión, llama la atención la *flacidez parietal* lo que facilita las maniobras de reconstrucción *sin tensión* y las *visceras se reducen fácilmente y no tienden a protruir*.

El *estado de las vísceras* llama la atención por su *normalidad*; no son cianóticas, dilatadas ni edematosas, ni se ven los mesos infiltrados de edema ni las gruesas dilataciones venosas que son habituales en estos enfermos.

e) *Postoperatorio tranquilo, sin complicaciones respiratorias ni circulatorias.*

INDICACIONES DEL NEUMOPERITONEO

Lo empleamos en todo gran eventrado o gran herniado que vamos a someter a la intervención quirúrgica en frío. No lo hemos empleado en casos agudos, aunque Goñi Moreno lo ha utilizado con excelentes resultados y sin mayores inconvenientes.

Lo indicamos con prudencia, vigilando atentamente las primeras insuflaciones, en las eventraciones con anillos pequeños y retraídos y cuando hayan tenido accidentes seguidos de atascamiento o verdadera extrangulación intrasacular.

Lo contraindicamos en pacientes de edad avanzada, con mal estado general, descompensados cardiovasculares, con taras orgánicas graves (Diabetes con insuficiencia visceral, insuficiencia renal crónica).

COMO SE PROCEDE AL APLICAR EL METODO

En primer lugar jerarquizamos el procedimiento entregando su ejecución a una persona que se especialice en él, que vigila al enfermo, sigue la marcha de las insuflaciones, con su tolerancia, estudio de la capacidad vital, tiempo de reabsorción del aire y oportunidad operatoria.

La ejecución de su técnica es cuidadosa poniéndose a cubierto por su especial atención, de todos los incidentes descriptos con esta maniobra (punciones viscerales, punciones vasculares, embolias gaseosas, etc.).

Indicado el Neumoperitoneo previo estudio del paciente fundamentalmente en su sector cardiovascular y renal (presión arterial, electrocardiograma, fondo de ojo, funcionalidad renal) se procede así:

En la noche anterior enema evacuador. Antes de la insuflación vaciar la vejiga. Con el enfermo en ayunas y en cama, en decúbito dorsal. Desinfección cuidadosa de la piel del abdomen; anestesia local con novocaína al 1 % de la zona parietal a punzar en el punto de unión del tercio medio y tercio externo de la línea espinoumbilical izquierda, evitando la herida de vasos parietales.

Con una aguja de punción lumbar de bisel corto unida a una jeringa con novocaína, que evita la embolia gaseosa, se punza el abdomen aspirando para tener la seguridad de no haber herido un vaso y observando si el émbolo se desliza fácilmente llevado por la aspiración peritoneal.

Una vez llegado al peritoneo se conecta con el manómetro del aparato de neumotórax que nos indica la presión intraabdominal, variable con la respiración, siempre positiva, raramente cercana a cero.

Se inyecta aire en cantidad de 200 a 500 cc. en la primera insuflación. Se toma la presión final y retiramos la aguja, comprimiendo ligeramente el trayecto y cubriendo con apósito estéril.

Después de esta insuflación el enfermo permanece en cama en decúbito dorsal y se le observa en las 24-48 horas siguientes para su tolerancia. En general acusan dolor en los hombros tolerable, sin otras molestias. El operador vigila el tránsito intestinal, micciones y estado de la eventración.

La insuflación se repite con un ritmo de 2 ó 3 veces por semana con cantidades de aire crecientes, haciendo en totalidad unas 6 u 8 insuflaciones, variables según la tolerancia, velocidad de reabsorción del aire y tamaño de la eventración.

La última insuflación se realiza una hora antes de la intervención quirúrgica inyectando de 800 a 1.000 c.c.

Procediendo así no hemos tenido ninguna incidencia con la punción abdominal ni con la insuflación gaseosa hasta el momento actual, siendo nuestra colaboradora especializada la Dra. Olga Muras, a quien agradecemos una vez más su dedicación y atenta colaboración.

NUESTRA EXPERIENCIA

Ya hemos dicho que empleamos desde 1947 este procedimiento en la Clínica del Prof. Nario y en la práctica privada. En la actualidad lo hemos empleado en 28 enfermos, grandes eventrados o herniados, que hemos seleccionado con su perfecta indicación y preparación adecuadas.

Muchos de nuestros operados deambularon por varios Servicios sin conseguir tratamiento quirúrgico y estaban sometidos a una invalidez deprimente o a trastornos serios de su nutrición por alteraciones di-

gestivas. La mayoría tenían lesiones viejas, recidivadas y agrandadas progresivamente, con tratamiento ortopédico inadecuado o incontinente.

20 pacientes eran mujeres y 8 hombres.

La edad osciló entre 30 años y 70 años.

En cuanto a taras orgánicas: 15 eran francamente obesos y 10 diabéticos que hubo que compensar en el preoperatorio; 3 con hipotiroidismo manifiesto y 7 tenían estados bronquiales crónicos.

Para el procedimiento de reconstrucción parietal usamos en la casi totalidad el *injerto de piel total sepultado*, ya como refuerzo o sustitutivo del defecto parietal.

RESULTADOS

Hemos ampliado notablemente las indicaciones quirúrgicas en los grandes eventrados beneficiándolos con ella y reintegrándolos al estado de actividad, lo que tiene una repercusión médico-social de indudable trascendencia.

No hemos tenido incidentes ni accidentes con el procedimiento.

Todo el acto quirúrgico se vió facilitado y no hemos tenido complicaciones operatorias de las que con frecuencia se veían antes del uso del mismo.

En nuestra serie de 28 casos no hemos tenido incidentes postoperatorios, los que por el contrario se destacan por la tolerancia de la intervención y la tranquilidad del operado.

Tenemos, pues, del método de Iván Goñi Moreno una excelente impresión y consideramos que con indicaciones precisas y buena técnica de ejecución, ha contribuido a resolver graves problemas quirúrgicos a pacientes disminuídos por invalideces o comprometidos en su vida por grandes eventraciones que además del riesgo de complicaciones frecuentes de atascamiento u oclusión intrasacular, tenían serias repercusiones digestivas y metabólicas mantenidas y exacerbadas por su mal.