

Sr. PRESIDENTE. — Tiene la palabra el Dr. Larghero.

## EVENTRACIONES

### PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

### DIRECTIVAS FISIOPATOLOGICAS, ANATOMICAS Y TECNICAS

**Prof. Dr. Pedro Larghero**

Hospital Pasteur

Exponemos, como contribución al tema de Eventraciones, las directivas fisiopatológicas, anatómicas y técnicas, sobre las que basamos nuestra conducta en el momento actual, en el tratamiento y profilaxis de las eventraciones. <sup>(1)</sup>

En toda eventración hay un culpable. La responsabilidad de esta complicación radica en 3 factores:

- La constitución del paciente.
- La enfermedad que determinó la operación.
- El cirujano.

*El enfermo:* 5 elementos integran lo que entendemos por constitución:

- El biotipo.
- La obesidad.
- El colágeno.
- La musculatura.
- Las taras anteriores o actuales.

*La enfermedad:* Su responsabilidad varía fundamentalmente según que ella sea con infección o sin infección.

*El cirujano:* Los 3 elementos que regulan su responsabilidad son:

- a) La indicación operatoria.
- b) La táctica de la intervención.
- c) La técnica.

La moral quirúrgica impone aliviar la culpa del enfermo y de su constitución, para descargarla sobre la enfermedad y el cirujano. Y como esta posición responde a la realidad de los hechos, es necesario analizar los factores determinantes de eventración frente a cada enfermo que va a ser operado, para hacer la profilaxis; o frente a cada portador de eventración, para que la operación destinada a corregirla, sea exitosa.

(1) El análisis de nuestra serie de 105 eventraciones, es expuesta por nuestros colaboradores Dr. A. Fernández Chapela y Br. E. Bonavita.

## PROFILAXIS

La aplicación de los principios básicos de una técnica correcta, jerarquizadas por Halsted a fines del siglo pasado, son inseparables de todo acto quirúrgico, cualquiera sean la enfermedad y el tipo de enfermo; ellas son nociones fundamentales de injuria de los tejidos y de su reparación: manipulación delicada y disección no traumática de estructuras, hemostasis exacta y aproximación precisa de los tejidos seccionados.

A las exigencias de estos principios, responden algunas de las directivas que se exponen escuetamente a continuación.

### DIRECTIVAS PARA LA PROFILAXIS DE LAS EVENTRACIONES.

#### *Talla de la incisión.*

- 1º Preparación correcta de la piel abdominal.
- 2º Anestesia adecuada al fin propuesto por la operación.
- 3º Incisión amplia y adaptada:
  - a) al tipo de abdomen.
  - b) a la afección causal.
- 4º Protección de nervios-músculos-aponeurosis y celular: enervación mínima, no pinzar, contaminar, manosear ni machucar.
- 5º Hemostasis racional de los planos parietales con hilos finos de nylon.
- 6º Hemostasis rigurosa visceral. No confiar a una mecha, lo que debe cumplirse con paciencia, y con ligaduras.
- 7º Mecha de excepción como hemostático. Mecha ocasional para tabicar o rodear un drenaje.
- 8º Exteriorizar tubos y mechas por *incisión independiente*; si ellos deben pasar por la herida, hacerlo entre haces musculares y *nunca* a través de aponeurosis.

#### *Cierre de la incisión:*

Es una nueva operación que exige instrumental propio, guantes limpios, minuciosidad y tiempo.

#### *Directivas:*

- 1º Afrontamiento exacto de los planos.
- 2º Sutura hermética del peritoneo.
- 3º Evitar la interposición del peritoneo y grasa subperitoneal entre las suturas aponeuróticas.

- 4º Sutura exacta de los planos de resistencia:
  - músculo transverso
  - hoja posterior del recto
  - línea blanca supraumbilical
  - fascia transversalis por debajo de la arcada de Douglas.
- 5º Las fibras musculares no deben ser suturadas; es menos agresivo y más sólido suturar sus aponeurosis de envoltura.
- 6º No solidarizar planos musculares, de movimiento de diferente sentido.
- 7º Cualquier hilo es bueno en los planos profundos, pero las aponeurosis superficiales toleran mal la seda, lino y algodón.
- 8º Lavado generoso de cada plano con suero caliente.
- 9º Resecar los lóbulos del celular subcutáneo en los obesos y las operaciones prolongadas, exista o no contaminación.
- 10º No suturar la piel en las operaciones sépticas.
- 11º Apósito compresivo.
- 12º Antibióticos en las operaciones con contaminación de la herida.
- 13º Evitar el dolor y la distensión post operatoria.
- 14º Levantar precoz.

## ALGUNAS NORMAS PARA LA PROFILAXIS DE LAS EVENTRACIONES EN CIRUGIA ABDOMINAL DE URGENCIA

### HERIDAS — CONTUSIONES

- 1) Es preferible hacer más de una incisión a ensanchar la primera si su ubicación no es satisfactoria.
- 2) No utilizar la herida de arma blanca ensanchada como vía de abordaje para el tratamiento de las lesiones.
- 3) Ubicar la incisión de acuerdo con las lesiones previstas:
  - Lateralizada en las heridas de colon.
  - Transversa bilateral amplia en las supramesocólicas.
  - Toracolaparotomía en las tóraco abdominales y bazo.
  - Jalaguier o mediana en las lesiones de delgado.
- 4) No drenar a través de la herida ni de la laparotomía, sino por incisión independiente.
- 5) No suturar nunca la piel en las heridas de arma blanca, exista o no lesión visceral hueca.
- 6) Las situaciones de urgencia no eximen, salvo casos de obvia mención, del cumplimiento de las normas de cirugía regular en la profilaxis de la eventración.

## **PERITONITIS**

Diagnóstico de causa probable u orientación diagnóstica.  
Incisión preferentemente lateralizada.  
En la duda, suprapúbica de diagnóstico y drenaje.  
Drenajes de preferencia por contra abertura.  
Sutura parietal por planos.  
Piel abierta.  
Cierre peritoneal sin suturar músculo en las apendicitis sépticas.  
Estelar lateralizada en la colecistostomía.

## **OCCLUSIONES**

Colon = diagnóstico topográfico preciso.  
colostomía electiva (la colostomía sobre el transverso derecho es de aplicación para el 80 % de los casos).  
no suturar el colon a la pared.  
Delgado = El Jalaguier es la incisión de elección.

### **Eventraciones exiranguladas**

Tratar el accidente.  
Posponer la plastia.

### **Hernias extranguladas.**

Umbilicales:  
Tratar el accidente.  
Posponer la plastia.

Crurales:  
Con lesiones de asa = tratar el accidente.  
Sin lesiones de asa = operación completa.

Inguinales:  
Operación completa en los casos precoces.  
En los tardíos, en viejos, en la duda:  
Debridar y reseca sólo el saco.  
Posponer la plastia

## **T R A T A M I E N T O**

### **RIESGO DE MUERTE Y DE FRACASO**

#### **Causas:**

Insuficiencia respiratoria.  
Insuficiencia cardíaca.  
Hipertensión arterial.  
Coronaritis.  
Obesidad-plétora.  
Hábito pícnico.  
Diabetes  
Anemia secundaria. - Hipoproteinemia.

Adelgazamientos rápidos por regimen.  
Grandes sacos no reductibles.  
Operaciones múltiples.  
Supuración parietal en la operación anterior.  
Fístulas cólicas-ileales-biliares. (Actuales o recientes).  
Prostatismo.  
Flebotrombosis. Várices simples o complicadas.  
Distensión intestinal. Ileo paralítico.  
Hipertensión abdominal aguda post-operatoria.  
Lesiones sépticas de la piel.  
Complicaciones bronco-pulmonares.

## OPORTUNIDAD OPERATORIA

### Estudio de la eventración

**El análisis del enfermo que la lleva decidirá la oportunidad para la operación.**

#### **OPERACION DIFERIDA:**

Insuficiencia cardio-respiratoria.  
Hipertensión arterial. Coronaritis.  
Obesidad-plétora: cura lenta de adelgazamiento.  
Adelgazamiento rápido reciente.  
Anemia Secundaria.  
Diabetes: tratamiento de compensación.  
Hipoproteinemia.  
Prostatismo.  
Supuración parietal de la operación anterior: esperar 6 meses a 1 año.  
Fístula cólica-ileal-biliar: cura operatoria previa.  
Grandes hernias reductibles: tolerancia a la reducción mantenida.  
Várices.  
Bronquitis tabáquica.  
Eventraciones extranguladas: tratar el accidente y diferir la plastia.

#### **OPERACION INMEDIATA POSIBLE:**

**Casos primarios y casos diferidos, una vez corregida la causa de postergación.**

#### **ESTUDIO Y PREPARACION**

Anamnesis digestiva. Colecistografía. Eliminar lesión gástrica, ileal o cólica.  
Estudio radiológico del contenido del saco.  
Funcionalidad respiratoria: test de marcha y escalera.  
Preparación cardio-vascular y bronco-pulmonar: antibióticos, espirometría y marcha.  
Régimen sin residuos.  
Colon limpio.  
Sulfas y aureomicina en casos de colon adherente.  
Balance humoral-renal y coagulación sanguínea.  
Descompresión intestinal con sonda de Cantor.

## TECNICA DE LA OPERACION PARA EVENTRACION

Directivas iguales a las de la profilaxis; es decir, técnica correcta de apertura y cierre del abdomen.

### COMPLEMENTO:

Incisión amplia sin reseca piel.

Ubicación: por arriba del saco, en las umbilicales;  
por dentro, en las de fosa ilíaca;  
por debajo, en las transversas (biliarias);  
lateralizadas, en las eventraciones medianas y paramedianas.

Diseción de todos los planos a la distancia necesaria para suturar sin tracción.

Reducir al mínimo el tratamiento de las adherencias intestinales y epiploicas.

Reconstitución anatómica por planos.

Resección profiláctica del celular en los obesos.

Resección de la piel sobrante en los grandes sacos.

### PARTE GRAFICA

Se presentan a continuación documentos fotográficos y estadísticos referentes a algunos de los capítulos del problema de las eventraciones.

### S U M A R I O

#### RESULTADOS. — PRESENTACION DE CASOS

- 1) Litiasis biliar y eventración.
- 2) Estudio radiológico del contenido herniario.
- 3) Intubación intestinal descompresiva. Profiláctica del íleo.
- 4) Ubicación de la incisión en las grandes eventraciones.
- 5) Tipos anatómicos de grandes eventraciones.
- 6) Complicaciones: Flebotrombosis. Embolia.
- 7) Profilaxis de la eventración:  
Las mechas y drenajes.
- 8) Trazado de incisiones: directivas.
- 9) La contaminación de la herida.  
Lavado con suero.  
Resección del tejido celular.  
Evolución de heridas operatorias.  
(Control bacteriológico).

## PRESENTACION DE RESULTADOS

Eventraciones recidivadas, o difíciles, o complicadas, por los siguientes motivos:

- a) enfermos corpulentos y obesos.
- b) multioperados de vientre.
- c) recidiva de eventración.
- d) grandes eventraciones.
- e) eventraciones irreductibles.
- f) orificios muy amplios.
- g) coincidencia con otras afecciones intraperitoneales.

Todos estos pacientes han sido manejados de acuerdo con las directivas expuestas y la plastia ha sido hecha con los propios planos de la pared abdominal. En ningún caso se recurrió a injertos de ningún tipo. En todos los casos se empleó la descompresión profiláctica con sonda de Cantor.

Obs.: E. de M., M.

1936—Operación por hernia umbilical.

1937—Eventración constituída.

1941—Tratamiento de la eventración.

1943—Recidiva de la eventración.

1949—Eventración enorme, colgante, irreductible. Litiasis vesicular.

Trat.: Colectomía (Hidrocolecisto). Reparación de la eventración por planos.

1952—Curación mantenida.

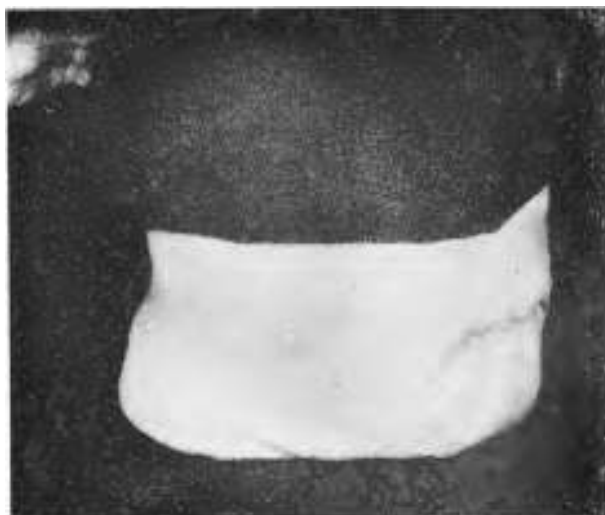


Foto 1.  
Cicatriz de la incisión transversa. Pared muscular, sólida. Fotografía de medio perfil.

**Obs. P. de P.**

1946—Histerectomía (mediana infra umbilical).

Enero 1948—Hernia inguinal izquierda. Operación.

Mayo 1948—Recidiva de hernia y de la eventración y aparición de hernia umbilical.

Setiembre 1948—Reparación de hernia umbilical, de eventración y de hernia inguinal. Supuración. Recidiva total.

Noviembre 1949—Eventración total, enorme. Dispepsia. Litiasis.

Noviembre 1949—Cura eventración.

Enero 1950—Colecistectomía por incisión transversa.

Agosto 1953—Curación mantenida pese a aumento de peso de 8 kgs.



Foto 4.

Se observan las cicatrices mediana inguinal izquierda y de F. I. D., así como la de incisión transversa. Todas ellas sólida.



Foto 5.

Aspecto del vientre de perfil. Pared sólida.



Obs. P., J.

1930—Gastroenterostomía por ulcus duodenal.

Eventración de laparotomía supra umbilical.

Un año más tarde, aparición de ulcus péptico de neo boca.

1949—Gastrectomía - evisceración (tratamiento incruento).

1950—Colecistectomía. Cura eventración.

1952—Curación mantenida.

1953—Curación mantenida a pesar de aumento de 15 kgs. de peso.

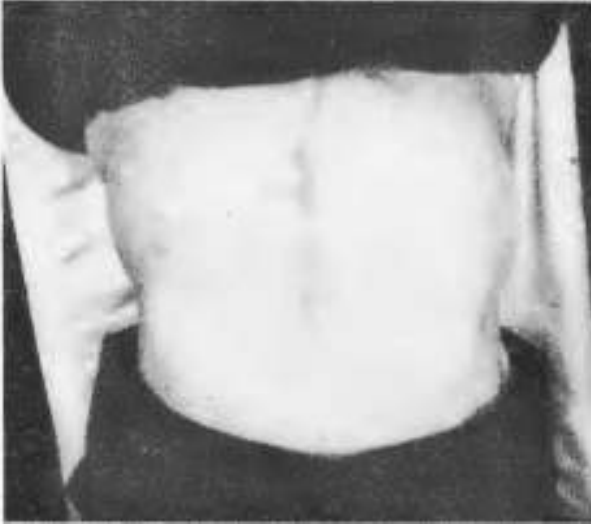


Foto 2.



Foto 3.  
Fotografía de perfil.  
Cicatriz sólida, pese  
a vientre de obeso.

**Obs. F. M., 58 años.**

1931—Laparotomía mediana infra umbilical por ectópico.  
Mechas; supuración.

1932—Eventración.  
3 episodios de extrangulación.  
3 operaciones.  
3 recidivas.

1949—Cura en frío, con anestesia general. Supuración.  
2 meses después, recidiva

1951—Cura en dos planos (lino, alambre y catgut). Curación.



Foto 6.

Aspecto de las cicatrices con pared sólida.

No se ha hecho resección de la piel.

Obs. A., F., 60 años.

Eventración de Mac Burney con hernia inguino escrotal asociada.

1939—Apendicitis aguda - apendicectomía - tubos - mechas (22 días).

A los 6 meses, aparición de hernia inguino-escrotal, que creció y a la que se sumó una eventración.

1945—Operación: raqui-general.

Incisión ilíaco inguinal. Disección de los planos del Mac Burney.

Resección del saco herniario. Reparación por planos del Mac

Burney. Piel abierta. Reparación del trayecto inguinal (Bas-

sini) con sutura de fascia transversalis.

1952—Curación mantenida.



Foto 7.  
Aspecto de vientre  
con cicatriz sólida.



Foto 8.  
Obsérvese la cicatriz  
sólida pese a vientre  
globuloso.

## 1) LITIASIS BILIAR Y EVENTRACION COMO PROBLEMA CLINICO

El portador de una eventración acusa con frecuencia síntomas que son imputables a ella, pero en los que un examen clínico cuidadoso permite descubrir la verdadera causa. La litiasis biliar, el cáncer del colon, la úlcera gastro-duodenal, los prolapsos genitales, para no citar sino las afecciones más frecuentes y que al requerir una terapéutica quirúrgica, debe ser planteada previamente para encarar la posibilidad de su tratamiento en un sólo acto operatorio. Es necesario evitar reabrir un vientre después de reparación de una eventración.

Una de las situaciones de este tipo más comunes, es la litiasis vesicular o las malformaciones vesiculares asociadas a una eventración, frecuentemente por operación de hernia umbilical, o por incisión del hipocondrio por la que se trató un quiste hidático del hígado, o por la que se hizo una colecistostomía. He aquí el resultado de la investigación de la coincidencia de litiasis vesicular y eventraciones; casi todos los enfermos consultaron por la eventración; el diagnóstico de litiasis resultó de la anamnesis, las exploraciones radiológicas y de sondeo duodenal y de la exploración operatoria.

### **Frecuencia de eventración y afección biliar asociada.**

Eventración consecutiva a operación por afección biliar: 9 casos.

(8 litiasis

(1 colecistitis no litiásica)

105 casos de consulta por eventración: Investigación y hallazgo de afección biliar: 20

15 comprobadas:

12 litiasis

1 Strawberry

1 colecistitis crónica no litiásica

colecisto-colédoco-pancreatitis aguda.

5 dispepsias biliares (sin comprobación, por no haber sido operadas ni estudiadas; pedidos de alta).

En suma: 14 % de litiasis asociadas, en enfermos que venían exclusivamente por la eventración o por eventración y dispepsia..

“Toda eventración en enfermo obeso, particularmente de hernia umbilical obliga a la colecistografía”.

## 2) ESTUDIO RADIOLOGICO DEL CONTENIDO HERNIARIO

El estudio del tránsito intestinal es obligatorio en toda eventración para descartar la posibilidad de un neoplasma del colon. Por la misma indagación se puede conocer el estado del tránsito del yeyuno-ileon y en caso de que éste sea normal, reducir las maniobras de liberación del delgado al mínimo, durante el acto operatorio. Cuando la eventración es irreductible, la certificación de la existencia de colon adherente dentro del saco, impone su preparación preoperatoria como para la cirugía del cáncer. Cuando el colon ha sido tratado con antibióticos, la posibilidad de un desgarro del mismo en el acto de su liberación, no tiene gravedad vital y pese a este accidente, puede ser practicada la plastia a la condición de dejar la piel abierta ampliamente.

He aquí un ejemplo de coincidencia de litiasis y eventración, con estudio radiológico del contenido herniario:

Obs. P. de P.

**Gran eventración compleja, constituida por doble saco; uno por confluencia de eventración de hernia umbilical y eventración de mediana; el otro, por eventración de hernia inguinal recidivada después de supuración.**



Foto 9.  
Colecistografía: litiasis. Nunca había sido investigada pese a que la dispepsia databa de 15 años y había sido sometida a varias operaciones. Esta litiasis fué tratada por incisión transversa 6 meses después de cura de la eventración.  
C: cálculo único.

### 3) INTUBACION INTESTINAL

Desde 1946 la practicamos sistemáticamente en todo enfermo que va a ser operado por eventración. Empleamos actualmente una sonda de Cantor fina, que es igualmente efectiva y reduce las molestias al mínimo.

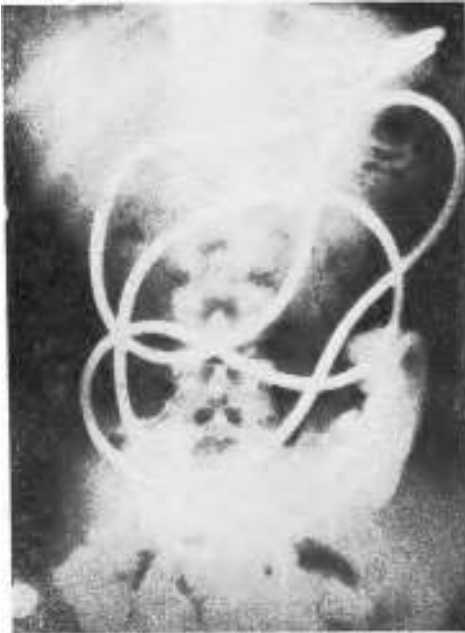
Con la intubación se suprime la tensión abdominal post-operatoria; la pared abdominal del operado queda flácida, las suturas no están sometidas a tracción y además, el riesgo de íleo paralítico queda totalmente eliminado.

Se comienza a descender la sonda, 36 horas antes de la operación. Se controla radiológicamente su descenso; la placa pre-operatoria muestra habitualmente un abdomen opaco, con escasa cantidad de gases en el colon.

A las 48 horas de la operación, se inyecta por la sonda una suspensión de 30 gramos de bario en 50 cc. de agua tibia. Se hace una placa inmediata que muestra el bario en las asas delgadas.

12 horas después, una nueva placa revela que el bario ha pasado al colon y que éste se presenta con gases, certificando la buena contracción del intestino. En algunas ocasiones, ocurre exoneración intestinal espontánea de gases, heces líquidas y bario; cuando ello no ocurre, se procede a la evacuación del intestino con enemas. Es sólo cuando el intestino ha recuperado completamente su actividad, que la sonda es retirada lentamente.

He aquí algunos aspectos radiológicos de la intubación intestinal profiláctica:



#### Obs. 6649

Foto 12.

Sujeto joven, sano. Intubación con Cantor. La sonda ha descendido en 36 horas al íleon pelviano. Radiografía tomada inmediatamente después de la inyección de bario. Obsérvese la opacidad del abdomen y la presencia de gases sin distensión, en el ciego y en parte izquierda del transverso.



Foto 10.  
Contenido del saco;  
radiología lateral. In-  
testino delgado ad-  
herente.



Foto 11.  
Enema opaco. Marco  
cólico normal. El co-  
lon no asienta en el  
saco de eventración.

**TACTICA DE LA INTUBACION**

Obs. 7163



Foto 13.

Radiografía 24 horas después de la operación. Abdomen opaco. Rosario de gases a pequeñas burbujas en colon derecho y transverso.



Foto 14.

3 días después de la operación. El bario inyectado ha pasado al colon. La sonda puede ser retirada.





Foto 15.

**Obs. 9670. I. C. T.**

Hernia umbilical estrangulada. Contenido de asas delgadas.

Control baritado del tránsito, libre. Bario en el colon. (Las opacidades simétricas de la línea media se deben a los apósitos compresivos de esponja de goma.

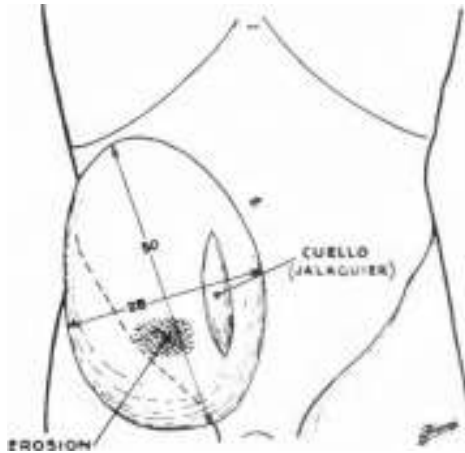


Foto 16.

**Obs. 1019**

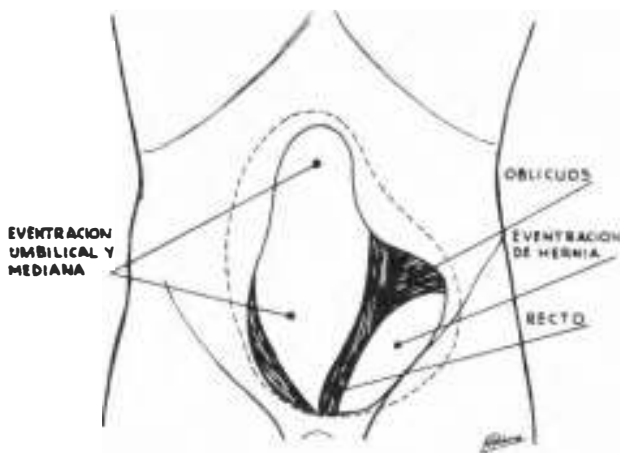
Aspecto opaco del abdomen en enfermo con gran obesidad, intubado 36 hs., antes de la operación para gran eventración de laparotomía mediana.

V: vesícula con cálculos múltiples.



Esquema 3.

Eventración a gran saco y a anillo mediano. El contenido puede ser reductible o irreductible; con o sin adherencias. En las primeras, el problema fundamental es la reducción y el peligro, el desequilibrio dinámico tensional a repercusión torácica y venosa. La reparación es fácil y el resultado bueno si se evita la tensión y la herida no se infecta.



Esquema 4.

Eventración a gran saco y gran brecha. Cuando no hay pérdida permanente de derecho de domicilio los peligros por el desequilibrio dinámico derivarán de la constricción de la cincha parietal, a que obliga la coaptación de los planos. La disección debe ser llevada muy lejos, hasta los rebordes costales y los flancos a veces. La recidiva es más común, por la dificultad para afrontar y mantener los planos suturados. Cuando este tipo se complica de irreductibilidad de un gran contenido, los riesgos de hipertensión aumentan y las posibilidades de falla de sutura son mayores.

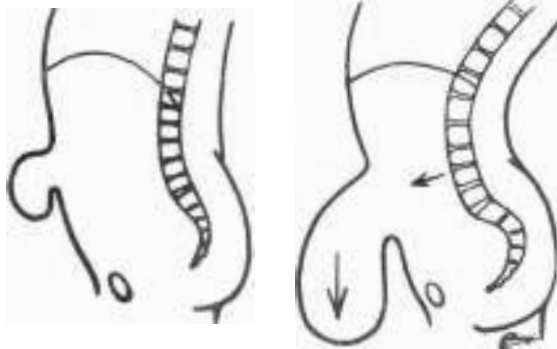
#### 4) UBICACION DE LA INCISION EN GRANDES EVENTRACIONES

La incisión nunca debe ser sobre el medio del saco, puesto que expone a la lesión del intestino adherente. El abordaje lateral permite llegar a la aponeurosis, lejos del cuello del saco, y disecar el cuello y abrir el saco sin riesgo.

Nunca reseamos de entrada ni la cicatriz ni la piel. La piel y el tejido celular, aún sobrantes, llenan el hueco y evitan la producción de hematomas: véase en la foto p. 230, la cicatriz de la última operación lateralizada a izquierda y la traza de las cicatrices anteriores no reseadas.

En los esquemas adjuntos se señala la ubicación más racional para abordar los sacos de las grandes eventraciones.





Esquema 5.  
 Modificaciones de la estática raquídea y de capacidad del abdomen, provocada por los grandes sacos colgantes. A izq. raquis con su lordosis normal. El contenido abdominal impulsado por el diafragma, descendía a la pelvis (la pelvis normal aloja el 40 % del contenido intestinal según el Dr. Fernández Chapela). A derecha: lordosis lumbar acentuada por gran saco colgante. El espacio abdominal ánteroposterior queda reducido. La acción del diafragma impulsará las vísceras no hacia la pelvis, sino contra la pared abdominal.

## 6 COMPLICACIONES

El ileo paralítico, la infección de la pared, las complicaciones broncopulmonares y cardíacas y la flebotrombosis, son las más frecuentes después de la operación para eventración.

Nos referiremos a las flebotrombosis y embolias.

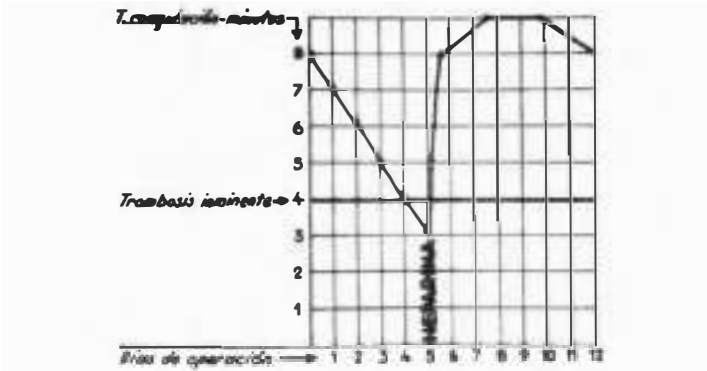
### FLEBOTROMBOSIS POST-OPERATORIAS

#### ENFERMEDADES Y CONDICIONES ORGANICAS PREDISPONENTES

- Operaciones pelvianas 
 ↙ Miomas  
 ↘ Perineorrafia  
 ↘ Prostatectomía
- Obesidad-
- Várices miembros inferiores
- Apendicitis aguda-
- Neoplasmas malignos digestivos-
- Deshidratación-
- Caquexia-
- Cardiopat descompensadas-
- Eventraciones-
- Vejez-
- Hernias umbilicales--
- Hernias inguinales-
- Fracturas con inmovilización del enfermo-
- Supuraciones prolongadas-

Las medidas profilácticas de rutina, el control post-operatorio de la coagulación, y los síntomas de sospecha de flebotrombosis, son tenidos en cuenta para despistarla precozmente y tratarla.

## DIAGNOSTICO DEL ESTADO PRETROMBOTICO TIEMPO DE COAGULACION SERIADO POST- OPERATIVO

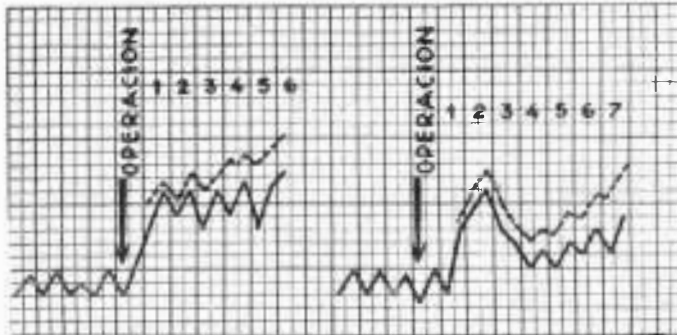


Gráfica 7.

Esquema de control de coagulación seriada El tiempo preoperatorio de 8', descendió rápidamente a menos de 4 al día; el tratamiento por anticoagulantes restablece el tiempo de coagulación a lo normal y aleja los riesgos de flebotrombosis.

### DIAGNOSTICO

SIGNOS DE SOSPECHA { AFECCIONES Y CONDICIONES PREDISPONENTES  
CURVA TERMICA Y PULSO

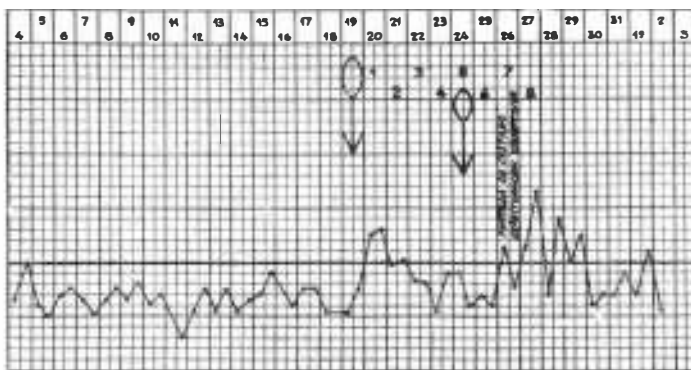


Gráfica 8.

Tipos de curva que deben hacer sospechar la trombosis cuando se han eliminado las otras causas de fiebre en el operado.

A: fiebre trepadora desde el 1er. día del postoperatorio.

B: fiebre ascendente en el 1er. y 2º día, con caída y repunte trepador a partir del 4º día.



Esquema 9.

Tipo de curva térmica en un operado de eventración por Jalaguier, sin supuración de la herida y sin signos de trobosis de miembros inferiores; al 8º día, embolia pulmonar con hemoptisis. Comprobación radiológica de infarto de base derecha. Tratamiento con anticoagulantes; la temperatura cae rápidamente y la coagulación sanguínea se alarga a lo normal.

## 7) PROFILAXIS DE LA EVENTRACION

A las directivas enunciadas en la primera parte de esta contribución, agregamos la documentación siguiente:

MECHAS - DRENAJES. — La supresión de las mechas, la reducción de los drenajes a los casos en que están formalmente indicados, constituyen medidas fundamentales de profilaxis de las eventraciones. Cuando se debe drenar con tubo o se debe dejar mechas, éstas deben, *en todos los casos*, pasar a través de una contra abertura de la pared y *jamás* por la misma incisión.

Cuando las circunstancias imponen pasar los drenajes por la misma herida, éstos deben ser sacados entre haces musculares y nunca entre aponeurosis.

Dada la frecuencia de cirugía biliar en nuestro medio y su incidencia como factor de eventración, consideramos que todos los esfuerzos que puedan hacerse para evitar mechas y drenajes constituirán medidas profilácticas efectivas para evitar las eventraciones.

Exponemos a continuación dos estadísticas para poner de relieve la rareza con que en la cirugía biliar recurrimos a las mechas.

## Pacientes de la Clínica Quirúrgica del Hospital Pasteur

Estadística realizada por el Dr. H. Cardeza

Las 100 últimas colecistectomías (frías y en agudo) (sobre un total de 700 operaciones biliares en 7 años:

*Tratadas por 12 cirujanos.*

Drenaje subhepático con tubo	=	4	=	4 %
Mechas	=	0	=	0 %

*Sin drenaje subhepático.*

Colecistectomía pura	=	64
Colecistec-coledocostomía	=	26
Colecistec-gastrectomía	=	2
Colecistec-gastrostomía	=	1
Colecistec-quistostomía	=	2
Colecistec-coledocostomía	=	1

*Accidentes:* 1 (filtración biliar alrededor del tubo de Kehr - reintervención precoz - drenaje - curación).

*Con drenaje subhepático (tubo) - 4 casos.*

Colecistectomía pura	=	1
Colecistec-coledocostomía	=	1
Colecistos-duodenotomía	=	1

## Pacientes privados (tratados en los últimos 22 meses)

Estadística realizada por el Dr. Chaves

48 colecistectomías (comprendidas en agudo y en frío):

12 con coledocostomías simultáneas.

11 drenajes con tubo subhepático = 23 %

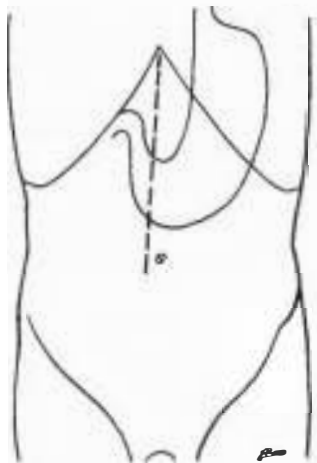
2 casos con mecha = 5 %

*Accidentes* = 0.

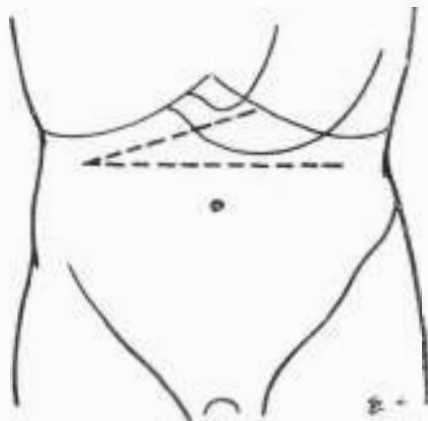
(El mayor porcentaje de colecistectomías en agudo, da cuenta del mayor número de casos drenados).

## 8) TRAZADOS DE LAS INCISIONES EN CIRUGIA ABDOMINAL

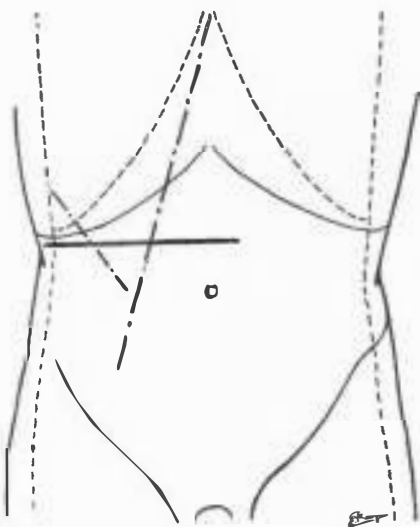
Los esquemas adjuntos se refieren exclusivamente al trazado de las incisiones según la complejión tóraco-abdominal.



Esquema 10.  
Longilíneo, cirugía gástrica.  
Incisión mediana (por error  
el dibujante trazó la incisión  
a derecha del ombligo).



Esquema 11.  
Tórax ancho, ángulo condro xifoideo abierto. Incisión transversa de Pean u oblicua, para cirugía gástrica y para cirugía de urgencia traumática del piso supramesocólico.



Esquema 12.  
En trazo lleno: Incisión para cirugía biliar en sujetos de tórax ancho.  
En punteado: Incisiones para cirugía biliar en sujetos de tórax estrecho. La pequeña incisión oblicua sobre el hipocondrio derecho, corresponde al trazado de la estelar por disociación, empleada en los casos de colecistostomía aguda.



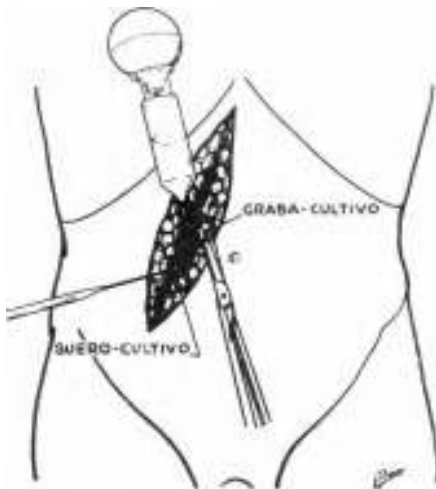
El tubo de drenaje vesicular se saca por contra abertura en el flanco.

Esta incisión no eventra; si ello ocurriera, su reparación es fácil y no perturba para nada en caso de colecistectomía ulterior, que será hecha por transversa u oblicua paramediana (Mayo), según que el sujeto sea de tórax ancho o estrecho.

## 9) CONTAMINACION DE LA HERIDA OPERATORIA CONTROL BACTERIOLOGICO

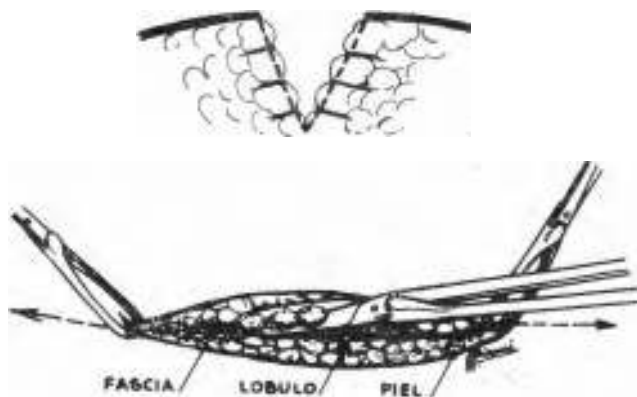
La protección del tejido celular subcutáneo es de importancia primordial en la profilaxis de la infección. Cuando la operación ha sido prolongada y el sujeto obeso, su contaminación es constante. Esta contaminación, en tejidos traumatizados es seguida con frecuencia de infección.

Empleamos para evitarla, el lavado profuso de los planos con suero caliente, la resección de los lóbulos adiposos que hacen hernia, la hemostasis rigurosa y el apósito compresivo. En ciertos casos, (eventraciones con antecedentes de infección parietal o con fístula tratada previamente) se completan las medidas de seguridad, dejando la piel abierta y procediendo al cierre secundario, previo control bacteriológico.



Esquema 13.

Esta lámina representa la eficiencia del lavado. El cultivo del suero de lavado desarrolló gérmenes variados. El cultivo de un fragmento de grasa, tomado al fin de la operación, resultó estéril.



Esquema 14.  
 Línea de tala de la resección del celular al fin de la operación.  
 Los tractos conjuntivos-vasculares, aparecen retraídos. Los lóbulos  
 adiposos herniados se resecan a tijera según la línea punteada.

## SUMARIO

Se exponen los factores responsables de la alta incidencia de las eventraciones por incisiones quirúrgicas y por tratamiento de hernias.

Se enumeran las directivas esenciales para la profilaxis y el tratamiento de las eventraciones.

Se hace especial hincapié en la importancia de la descompresión intestinal por sonda de Cantor, para evitar la tensión abdominal post operatoria y para prevenir el íleo paralítico.

Se señalan las directivas para el abordaje de las grandes eventraciones y para la profilaxis de la infección de la herida.