

Sr. PRESIDENTE. — Tiene la palabra el Dr. Alberto Fernández Chapela y Br. E. Bonavita.

ESTADISTICA SOBRE EVENTRACIONES EN LA CLINICA QUIRURGICA DEL Prof. PEDRO LARGHERO

Dr. A. Fernández Chapela — Br. E. Bonavita Páez

El problema de las eventraciones ha sido desde varios años motivo de estudio en la 3ª Clínica Quirúrgica. Ya en el año 1948 presentó uno de nosotros en la Sociedad de Cirugía un relato sobre complicaciones de las incisiones quirúrgicas basado en el estudio de 1164 operados. (1) En ese primer análisis surgió como principal complicación la infección de las heridas que aparecía en el 10 % de los casos. Es esencial destacar desde ahora que catalogamos como herida infectada a toda aquella que no cura por primera intención, aún cuando no supure, considerando a la exudación serohemática mismo mínima, como expresión de infección de la incisión quirúrgica.

Más tarde, en los años 1949 y 1951, se presentaron en el Ateneo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Larghero estadísticas parciales sobre el problema de las eventraciones. Con el fin de lograr estadísticas más completas posibles se creó en la Policlínica Quirúrgica del Servicio un departamento encargado de la vigilancia del evento. Una visitadora social concurre periódicamente al domicilio de estos enfermos y los cita a la Policlínica cuando aquellos son omisos en llamado que se les efectúa para su control.

Con todo este material complejo y diverso —que no corresponde exclusivamente a enfermos operados en nuestro Servicio, sino que reúne casos intervenidos también por cirujanos del interior y cirujanos de urgencia, o en años anteriores en la Clínica del Profesor Navarro, y que incluye además pacientes infectados o en malas condiciones físicas— hemos elaborado la estadística que exponemos a continuación.

Se analizan en este estudio una serie de factores que figuran en el cuadro adjunto (fig. N° 1) y que iremos considerando a su oportunidad:

SEXO: en el total de eventraciones —que son 105 casos— un 65 % son mujeres y el 35 % hombres:

(1) Complicaciones de las incisiones quirúrgicas. - Bol. Soc. Cir. del Uruguay. - Dr. Fernández Chapela, A. - Ptes. Morquio, A. y Alonso, J

ESTADISTICAS SOBRE EVENTRACIONES EN LA CLINICA QUIRURGICA DEL PROF. P. LARGHERO IBARZ

TOTAL DE EVENTRACIONES 105
 MUJERES 65% HOMBRES 35%

RELACION ENTRE EDAD Y EVENTRACION

DE 10 a 20 años	3%
" 20 a 30 "	4%
" 30 a 40 "	10%
" 40 a 50 "	23%
" 50 a 60 "	34%
" 60 a 70 "	22%
" 70 a 80 "	4%

RELACION ENTRE DEFICITS ORGANICOS Y EVENTRACION

DISPEPSIA	29%
OBESIDAD	30%
INFECCION GENERAL	5%
ANEMIA	4%
INSUFICIENCIA CARDIACA	0%
HIPERTENSION	2%
BARDAGUITS O AIMA	6%
ESTREÑECES CIRCITAL	2%
VARICES	1%
COLELITIASIS	2%
DEFICIT OSEO	3%
OBESIDAD Y ARTERES	3%

RELACIONES ENTRE EVENTRACION Y AFECCION

SEXO FEMENINO	SEXO MASCULINO
OPERACIONES GINECOLOGICAS 29%	Apandicitis graves (y por familia) 19%
VIRAS BILIARES 26%	OPERACIONES GASTRICAS 9%
HERNIAS OMBILICALES 20%	HERNIAS INGUINALES 31%
APENDICITIS GIBERNES 19%	VIRAS BILIARES 5%
HERNIAS INGUINALES 5%	HERNIAS DE BARRA BLANCA 3%
HERNIAS DE BARRA BLANCA 7%	ASCENDENCIA ACUTICA 3%
PERITONITA POST-ABORTO 2%	ARTICULOS 3%
	TRASTORNOS DE BARRA BLANCA 3%
	TUMORES MULTIPLES de BARRA BLANCA 3%
	TIFLOCELA (Anfuerencia) 3%

RELACIONES ENTRE EVENTRACION E INCISION

MEDIANA INFRABUMBICAL	18%
MAC BURNEY	18%
MEDIANA SUPRABUMBICAL	15%
HERNIA OMBILICAL	13%
HERNIA INGUINAL	13%
TRANSVERSAS	10%
JMARGUER	6%
OBLICUA DE HIPOCOSTOMO AXILAR	4%
HERNIA DE BARRA BLANCA	3%
TRANSVERSAL DEPERCUA	1%
SIMPLECTOMIA LUMBAR (DOLIC PERI)	1%
AFANESTIEL	1%

RELACIONES ENTRE EVENTRACION Y SEPTICIDAD

OPERACIONES SEPTICAS 61%	}	INFECCION DE LA HERIDA 44%
		ORCINAS EN EL FOCO 25%
		DRENAJES PORCONTAS ABERTOS 5%
OPERACIONES INFECTAS 39%	}	OPERACIONES GINECOLOGICAS 51%
		OPERACIONES HERNIARIAS 46%
		SIMPLECTOMIA LUMBAR 7%
		LAPAROTOMIA EXPLORACION 7%

EVISCERACIONES 17 CASOS

ENFERMOS NEOPLASICOS	5
ENFERMOS CON ANEMIA AGUDA	2
ENFERMOS INFECTADOS CRONICOS	3
ENFERMOS CON ULCUS	6
EVISCERACIONES OPERADAS de INMEDIATO	8
EVISCERACION POST-ULCUS	7
MUERTES - 7 CASOS	
EVISCERADOS FALLECIDOS	4
EVISCERADOS FALLECIDOS	2
EVISCERADOS FALLECIDOS	2
EVISCERADO FALLECIDO EN POST-OPERATORIO INMEDIATO	1

EVISCERADOS FALLECIDOS 2, TODOS CON ANEMIA AGUDA
 EVISCERADO FALLECIDO EN POST-OPERATORIO INMEDIATO 1 caso

EDAD: la eventración se revela como afección de gran repercusión social ya que aparece con máxima frecuencia en el período de mayor actividad útil del individuo. El análisis de las cifras indica, en efecto, que el mayor número de casos se encuentra entre los 30 y los 60 años.

DEFICIT ORGANICOS Y EVENTRACION: es común la comitancia de la eventración con otras taras orgánicas de las cuales analizamos las más importantes exponiendo las que creemos de menor interés en el cuadro esquemático.

a) *la obesidad* es la que se destaca en primer plano. Es un hecho que las obesidades marcadas constituyen uno de los grandes problemas con que se enfrenta el cirujano en el tratamiento de las eventraciones.

b) *los trastornos dispépticos*. La frecuencia con que encontramos la asociación de dipepsias y eventraciones (29 % de los casos) obliga a despistar estos trastornos en la historia clínica para dar a los dos problemas la solución más acertada en cada circunstancia. En efecto, figuran en nuestras historias no pocos enfermos que habiendo sido curados de su eventración, han tenido que, ser intervenidos nuevamente para solucionar un problema biliar o de gastro-duodeno.

RELACIONES ENTRE EVENTRACION Y AFECCION: el material con que se trabaja en las clínicas quirúrgicas generales muestra que las afecciones más eventrantes no son las mismas en la mujer y en el hombre.

En el sexo femenino: las operaciones ginecotológicas, las de vías biliares y las hernias umbilicales son las causantes del mayor número de eventraciones.

En el sexo masculino: las operaciones sobre gastro-duodeno, las hernias inguinales, peritonitis de origen apendicular y apendicitis graves ocupan el primer plano en el cuadro estadístico.

RELACIONES ENTRE EVENTRACION E INCISION: Las incisiones verticales —mediana supra e infra-umbilical— son las que causan el mayor porcentaje de eventraciones. La mediana supra-umbilical que en la primera estadística realizada en el Servicio daba un 15 % de las eventraciones sobre 58 enfermos eventrados disminuyó en la segunda estadística a un 11 % sobre 47 eventrados. La causa de este descenso con relación a los casos intervenidos hace algunos años debe buscarse en el hecho de que actualmente nuestros gástricos hacen un post-operatorio con toda normalidad, habiendo desaparecido prácticamente las complicaciones pulmonares. También atribuimos importancia a la meticulosidad absoluta en el trazado de la incisión quirúr-

gica y en el cierre plano por plano. La mediana infra-umbilical, por su parte, se reserva el 17 % entre las incisiones eventrantes y la cifra casi total de los casos correspondientes a esta incisión se refieren a operaciones ginocotológicas, efectuadas por grandes tumores pelvianos o cesáreas hace varios años. Es una incisión que usa poco en el Servicio actualmente.

En cuanto a la incisión de Mac Burney, su destacada posición entre las incisiones eventrantes (16 %) debe explicarse no por defectos de la incisión en sí sino por las circunstancias en que ha de efectuarse. En efecto, de acuerdo al concepto quirúrgico sustentado por el Prof. Larghero, en las apendicitis gangrenosas y peritonitis graves de origen apendicular la piel del Mac Burney se deja completamente abierta y los planos músculo-aponeuróticos se cierran parcialmente. Muchas veces es necesario dejar un tubo de drenaje en el foco. La eventración es, pues, el precio obligado de la curación de estos enfermos. Debe agregarse que la reparación de una eventración de Mac Burney que ha sido dejado deliberadamente abierto, es una operación fácil y de buen resultado plástico, en tanto que cuando la eventración sigue a la infección de una incisión de Mac Burney que ha sido herméticamente cerrada, la destrucción de los planos musculares hace la reparación difícil y el resultado plástico aleatorio o condenado al fracaso.

Algo similar ocurre con la incisión transversa, que presenta un porcentaje relativamente alto de eventraciones. No se trata aquí tampoco de poca seguridad de la incisión en sí, sino que ello se debe a que se utiliza muchas veces en enfermos graves, infectados, operados de vías biliares y con mal estado general.

RELACION ENTRE EVENTRACION Y SEPTICIDAD: el peor enemigo del eventrado es la infección de la incisión quirúrgica. En el 61 % de los casos la eventración es precedida por una operación séptica. De estas operaciones sépticas en el 44 % se comprobó infección de la herida con el concepto de infección que expusimos al principio de este trabajo.

En el 51 % de las operaciones asépticas la eventración se presentó en intervenciones ginecológicas.

El 46 % de las eventraciones en operaciones asépticas corresponde a operaciones por hernias. La cirugía de la hernia, a pesar de todas las precauciones que se toman siguen ocupando un lugar importante en el porcentaje de eventraciones, como puede verse. Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que esta elevada cifra del 46 % incluye buen número de casos operados por cirujanos de distintos ambientes y antes de implantarse muchos de los preceptos básicos que rigen actualmente.

EVISCERACION: encontramos 17 casos. El enfermo que se eviscera, como se puede ver en el subcapítulo adjunto, es portador de un déficit orgánico grave. Frente al problema de las evisceraciones aplicamos el siguiente concepto: reducción manual de la evisceración, lavado amplio de la herida eviscerada y vendaje compresivo con leucoplasto tomando a distancia sobre la piel de los flancos. En la mayoría de los casos la intubación gastro-intestinal es de indicación formal, porque son siempre enfermos distendidos. Este tratamiento incruento de la evisceración es de aplicación fácil, no requiere anestesia y tiene, sobre la operación, la ventaja de no someter los labios de la incisión a una sutura siempre traumatizante. La curación es seguida fatalmente de eventración, cuyo tratamiento, diferido hasta que sea oportuno, dará siempre más probabilidades de curación que si se intenta resolver en el mismo acto el incidente de evisceración y el problema plástico.

De los 17 eviscerados el 55 % fueron tratados de esta manera y su evolución fué satisfactoria.

CONCLUSIONES

El factor causal más importante de las eventraciones es la supuración de las incisiones quirúrgicas.

Las incisiones que por sus caracteres anátomo-fisiológicas no deben ser eventrantes, presentan esta complicación cuando la terapéutica quirúrgica obliga a dejar tubos de drenaje. Por tal causa los drenajes deben hacerse siempre por contra-abertura.

La cura quirúrgica de la eventración de una operación que supuró, habiéndose encontrado el colibacilo, debe alejarse alrededor de un año de la operación primera. Por lo tanto es un capítulo de importancia primordial el estudio bacteriológico de las incisiones quirúrgicas infectadas con el control de la sensibilidad microbiana frente a los distintos antibióticos.

En el tratamiento quirúrgico de las eventraciones que subsiguen a una operación séptica se practica solo el cierre parcial de la piel, o se deja la piel totalmente abierta.

La cicatriz operatoria se reseca al final de la operación, no entrando al contenido visceral por la misma incisión.

Los tejidos cicatriciales tratados de este modo son el mejor apósito durante todo el tiempo quirúrgico.

Las eventraciones voluminosas de los obesos siguen siendo un problema grave.

El uso de la sonda de Cantor en el preoperatorio, al disminuir la distensión abdominal, permite reducir grandes eventraciones sin trastornos en la dinámica cardio-respiratoria.

El estudio de la capacidad funcional respiratoria y de la movilidad diafragmática, debe ser rutina en la evaluación del riesgo operatorio del gran eventrado.

El porcentaje aún elevado de incisiones quirúrgicas complicadas debe atribuirse al medio hospitalario. No es el mismo el porcentaje de complicaciones de este tipo en el ambiente sanatorial.

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

EVENTRACION A DISPOSICION INTERSTICIAL

Dr. José A. Piquinela

En el año 1934, Carlucci, estudiando el estado de la pared abdominal en 700 apendicectomizados del Bellevue Hospital (Nueva York), analiza los casos en que algún defecto parietal ha sido notado, estableciendo que el porcentaje de eventraciones depende fundamentalmente de que muchos abultamientos de la zona de cicatriz o "bulge" sean clasificados como hernias o inversamente. Considera que la mayoría de esas "bulges", que en las estadísticas aparecen catalogadas como simple debilidad de la cicatriz, son realmente verdaderas eventraciones con una amplia abertura de la pared. Admite también la posibilidad de que algunas "bulges" pueden ser dehiscencias incompletas de la pared, vale decir que el oblicuo externo —para las incisiones situadas por fuera del recto— o la hoja anterior de la vaina —para las situadas por dentro de él— haya resistido, en tanto que el peritoneo y la capa muscular subyacente, hayan cedido.

En 1937 operamos un enfermo que pone de manifiesto la realidad de esa excepcional disposición anatómica en la eventración de una apendicectomía por incisión de Mc. Burney y que llamamos eventración a disposición "intersticial" siguiendo la nomenclatura usada cuando una situación semejante se observa en la hernia inguinal. En la investigación bibliográfica realizada por nosotros y en la más ex-