

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-

tensa llevada a cabo por el Dr. Vicente Gutiérrez con motivo de su relato al 12º Congreso de la Academia Argentina de Cirugía, este caso sería el primero publicado en que semejante disposición anatómica ha sido puesta en evidencia.

A. C. 42 años; operado 15 años antes de apendicitis por incisión de Mc. Burney sin drenaje; en el curso del segundo año que sigue a la operación se eventra; es operado nuevamente a los diez años de la primera intervención; tres años después inicia una historia de accidentes suboclusivos que se van haciendo más intensos y más frecuentes, por lo que nos consulta.

Se trata de un enfermo obeso, a gran vientre; en la fosa ilíaca derecha se observa una larga cicatriz, ligeramente pigmentada y ancha de 2 cm. Al examen, estando el enfermo de pie, se advierte un abultamiento o eminencia que toma toda la fosa ilíaca derecha, groseramente centrado por la cicatriz, que se pierde arriba hacia el flanco. Dicho abultamiento aumenta ligeramente cuando el enfermo hace un esfuerzo.

La palpación de la fosa ilíaca derecha y en especial de la zona de cicatriz no evidencia ningún punto débil; la cicatriz adhiere a los planos profundos y en el esfuerzo deprime netamente la zona abultada.

Los accidentes suboclusivos que han sido vistos por el médico que nos lo envía se caracterizan por un acentuado balonamiento de la fosa ilíaca derecha con máximo de dolor a ese nivel; los dos últimos episodios han sido particularmente severos con relación a los anteriores.

El estudio radiológico pone de manifiesto un vólvulo del ciego con relación a un eje transversal; el fondo cecal y el ángulo ileo-cecal se dirigen arriba y adelante; la porción terminal del ileon asciende junto con el ciego, acodándose bruscamente en su segmento final. No se ven signos radiológicos de adherencias; movilidad amplia de ciego e ileon terminal.

Pensamos que el vólvulo cecal explica los accidentes oclusivos y la tumefacción difusa que toma la fosa ilíaca derecha la atribuimos a debilidad de la pared muscular, en parte por las dos intervenciones sufridas y en parte por el aumento de peso —15 kilos— después de la segunda intervención.

Operación: 19-VIII-37: Dr. Piquinela, Dr. E. Lamas; anestesia general éter; extirpación de la cicatriz cutánea que adhiere al plano del gran oblicuo; éste forma un plano continuo y resistente; incindido el gran oblicuo se cae en una logia ocupada por el ciego, cuyo fondo está dirigido hacia arriba, el ángulo ileo-cecal, parte terminal del ileon y

algunas asas delgadas. Las vísceras salen de la cavidad peritoneal por una brecha del plano muscular profundo que ha cedido desde la espina iliaca al borde del recto. Se reduce la masa intestinal eventrada; se aprecia en ese momento los bordes del orificio muscular con aspecto de anillo fibroso al que adhiere, fijándose, el peritoneo. Se aprecia también la extensión de la logia que las vísceras han creado en el espesor de la pared, logia que se extiende por el flanco hasta la región lumbar separando el plano del gran oblicuo del plano muscular profundo, pequeño oblicuo y transverso. Se cierra el orificio del plano muscular profundo con cuatro hilos de plata y el gran oblicuo con catgut cromado.

Post-operatorio sin incidentes. Curación persistente a los 3 años.

En resumen: apendicectomía por incisión de Mc. Burney; eventración operada diez años después; a los 3 años, accidentes oclusivos que llevan a una tercera intervención en la que se establece la existencia de una eventración producida en el espacio entre el plano del gran oblicuo y el plano del pequeño oblicuo y del transverso.

Su traducción clínica ha sido por una parte accidentes oclusivos cuya intensidad y frecuencia crecientes han decidido al enfermo a operarse, y por otra parte, desde el punto de vista local, una eminencia o abultamiento en la fosa iliaca derecha centrada por la cicatriz, que corresponde verosimilmente al término "bulge" de los autores norteamericanos e ingleses.

Destacamos:

a) La ausencia de todo punto débil a nivel de la cicatriz y fuera de ella, a través del cual se pudiera penetrar en la cavidad abdominal o percibir impulsión con el esfuerzo o la tos, la continuidad perfecta y la resistencia del plano del gran oblicuo explicando este hecho;

b) el abultamiento difuso que ocupando toda la fosa iliaca derecha se extendía hasta el flanco, respondiendo a la masa visceral alojada en el intersticio muscular de la pared abdominal;

c) el balonamiento localizado a la fosa iliaca derecha cuando los accidentes agudos, con máximo dolor a este nivel;

d) la imagen radiológica de vólvulo cecal con el fondo del ciego y el ángulo ileo-cecal hacia arriba, explicable por la disposición encontrada: el ciego angulado agudamente a nivel del borde superior del orificio muscular profundo, llevando su fondo hacia la parte más alta de la logia inter-muscular;

e) la extensión de la logia creada entre los músculos de la pared, logia que ocupa la fosa iliaca derecha y flanco, extendiéndose atrás y arriba hasta la región lumbar;

f) el error de diagnóstico cometido: la ausencia de todo punto débil dada la continuidad y resistencia del plano del gran oblicuo nos llevó a atribuir a debilidad perietal lo que en realidad era ruptura incompleta de la pared.

El interés práctico que surge de las consideraciones precedentes deriva fundamentalmente del hecho que estas eventraciones a disposición intersticial pueden pasar sin diagnóstico clínico en base a la imposibilidad de palpar los bordes de la brecha parietal, lo que se explica por la continuidad del plano músculo-aponeurótico superficial. Los accidentes viscerales consecutivos pueden ser de grado muy variable; creemos que en nuestro caso han alcanzado su expresión máxima como consecuencia del vólvulo secundario del sector eventrado —ciego e ileon— obligando por ellos mismos a la intervención, pero seguramente no siempre es así traduciéndose estas eventraciones esencialmente por un abultamiento de la zona cicatrizal catalogado en general como simple debilidad de la pared. Es lógico que la rareza de publicaciones al respecto no traduce su poca frecuencia real y que la exploración quirúrgica de muchos casos con "eminencias (bulge) en la zona de cicatriz evidenciaría que la eventración intersticial no es un hecho excepcional.

B I B L I O G R A F I A

- Bancroft, F. W.** — Appendicitis. J. A. M. A. 75: 1635: 1920.
- Carlucci, G. A.** — Post-Appendectomy Abdominal Wall Defects. Surg 100: 1177. 1934.
- Cave, H. W.** — Incidence and Prevention of Incision Hernias. J. A. M. A. 201: 2038. 1934.
- Eliason, E. L. and Mc. Laughlin, C.** — Post-operative Wound Complications. Ann. of Surg. 100: 1157. 1934.
- Fowler, F. E.** — Hernia Following the Use of the Mc. Burney Incisión in Operations for Appendicitis. Ann. of Surg. 81: 525. 1925.
- Garlock, J. A.** — Appendectomy Wound Repair and Hernia. Ann. of Surg. 89: 282. 1929.
- Gutiérrez, V.** — Eventración post-operatoria. Tratamiento. (Relato al 12º Congreso de la Asociación Argentina de Cirugía. 1940).
- Piquinela, J. A.** — Eventración a disposición "intersticial". Boletín de la S. de C. del Uruguay 12: 238-241, 1941.