

4to. CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

TERCERA SESION PLENARIA



FRESIDENTE

Dr. CARLOS V. STAJANO

VICE-PRESIDENTE

Dr. JUAN C. DEL CAMPO

SECRETARIO GENERAL

Dr. JUAN E. CENDAN ALFONZO

MESA REDONDA

Drenaje peritoneal y sub - peritoneal

COORDINADOR:

Dr. JUAN E. CENDAN ALFONZO



Viernes 4 de Diciembre

Hora: 16

Sr. PRESIDENTE: Se va a iniciar la Tercera Sesión Plenaria. Como el tema "Drenaje Peritoneal y sub-peritoneal" se presta para una amplia discusión el Comité Ejecutivo del Congreso ha juzgado oportuno realizar una mesa Redonda y ha designado al Dr. Cendán Alfonso como coordinador.

Sr. COORDINADOR: Se han inscripto para contribuir al tema los Dres. Chifflet y Larghero. Tiene la palabra el Dr. Chifflet.

## CONCEPTO FUNCIONAL DE LOS DRENAJES EL DRENAJE DE LA PELVIS MASCULINA

Próf. Dr. Abel Chifflet

El desplazamiento de los líquidos en el interior de los órganos se realiza normalmente por la acción dinámica de la pared visceral y de las estructuras regionales que actúan sobre dicha víscera. La gravedad apenas si influye sobre la orientación de dicho corrimiento líquido. La orina corre en el uréter por el peristaltismo visceral y sale de la vejiga por la acción parietal de la víscera y la acción regional dinámica pelviana. Las lágrimas van en el saco conjuntival, desde el ángulo externo al ángulo interno del ojo, por la acción del orbicular, que dispuesto en forma de anillo tiene su inserción ósea en este ángulo interno. La sangre, en las venas de los miembros circula por la compresión que las masas musculares ejercen dentro de los estuches aponeuróticos. La fuerza de la gravedad interviene accesoriamente en estos desplazamientos.

En el espesor de los tejidos se produce un desplazamiento regular de los líquidos intersticiales. Este desplazamiento se realiza en especial en las cavidades serosas y en los tejidos laxos denominado espacios celulósos, espacios laxos, espacios conjuntivos o simplemente espacios. Las investigaciones anatómicas de estos espacios, recurriendo además a la inyección de sustancias modelables coloreadas (yeso, sebo, etc.) permitieron fijar su exacta topografía y comunicaciones. Pero no pudieron fijar la orientación del corrimiento de los líquidos en su interior. Ha sido la patología, con los derrames serosos, hemáticos y purulentos, la que ha determinado la dirección en que se desplazaban los líquidos en cada espacio realizable y el punto donde tendía a escapar de dicho espacio.

Esta orientación en el desplazamiento depende, como en el contenido de los órganos, de las fuerzas regionales. Por ese mo-

tivo el estudio de la difusión de los líquidos que no satisface al anatomista ortodoxo, sólo puede realizarse por el dominio de la anatomía regional dinámica. La región en movimiento, con las variadas fuerzas actuantes, es la que da exacta explicación de los desplazamientos líquidos tanto normales como patológicos (sangre, serosidad, pus, etc.).

De este concepto de vida regional con desplazamiento de los líquidos que hemos expuesto, surge la conclusión de que el cirujano que desee evacuar correctamente el territorio debe actuar en el punto hacia donde se dirigen las fuerzas regionales, dejando en segundo lugar las consideraciones sobre la fuerza de la gravedad o proximidad del territorio a tratar.

Las fuerzas dinámicas pueden conducir los líquidos hacia puntos sin obstáculos anatómicos y entonces el proceso evoluciona progresivamente. Un absceso por pericoronaritis en un tercer molar incluido si se produce sobre la cara externa del maxilar, es llevado hacia adelante por la acción dinámica de la musculatura de la mejilla que hace expresión sobre los surcos gingivoyugales. El absceso llega a la piel frente al primer premolar, ofreciendo allí un punto de evacuación favorable. Si el absceso se produce sobre la cara interna del maxilar, las fuerzas actuantes lingüofaríngeas lo llevan hacia atrás y le permitirán superficializarse en la región retroángulo maxilar donde se evacúa favorablemente.

Los abscesos abdominales se abren espontáneamente en la herida operatoria o en una cicatriz más o menos antigua de intervención quirúrgica. La razón de esta orientación del proceso es en parte de orden histológico pero fundamentalmente es debido a la zona de relativo silencio funcional correspondiente a la agresión quirúrgica, rodeada de tejidos normales en su actividad motora.

Las fuerzas dinámicas pueden conducir los líquidos hacia zonas cerradas, que bloquean el futuro movimiento. Se constituyen así colecciones que tienden a estacionarse largamente, hasta que cedan las estructuras que las limitan. Así sucede por ejemplo con los abscesos del Douglas, cuya tendencia natural es su proyección hacia el perineo, pero que están detenidos por el peritoneo y la lámina de sostén de la pelvis. Si se espera la evolución espontánea, estos abscesos no evolucionan hacia el abdomen donde se le opone la débil valla de asas intestinales y epiplón adheridos, sino que sea cual sea la posición del enfermo, terminan por perforar las resistencias ofrecidas y abrirse por el recto o por el fondo de

saco posterior de la vagina. Si el cirujano se adelanta a esta abertura espontánea, debe actuar por esta vía posterior para lograr sólo así, al perforar las estructuras que frenan al proceso, la perfecta evacuación de la colección.

Los flemones del espacio retroaponeurótico de la palma de la mano, frenados en su evolución hacia el antebrazo por la adherencia de la sinovial carpiana al plano articular del puño, quedan retenidos, sin tener tendencia a progresar hacia los dedos, a pesar de que hay con ellos una continuidad natural, reconocida en el propio terreno de la patología por el hecho de la evolución corriente del panadizo hacia la mano. Si la evolución del flemón retroaponeurótico no provoca por su virulencia la destrucción de las estructuras vecinas, se llega por persistencia de la colección a la osteitis carpiana. El cirujano no puede dar salida a ese pus en la orientación que lo lleva la dinámica regional porque debería abrir espacios celulosos del antebrazo y la sinovial del carpo. Puede evacuarlo por vía anterior, pasando por dentro o por fuera de los tendones, en forma anatómica irreprochable, pero jamás va a obtener un drenaje tan satisfactorio como si drena por vía posterior por tercer espacio intermetacarpiano.

En las regiones subfrénicas la dinámica regional tiende a llevar los líquidos hacia el diafragma. Esta lámina fibro muscular cierra el camino y el proceso tiende allí también a quedar bloqueado. Después de evolución a veces muy larga, sin hacer desplazamiento hacia el abdomen, el absceso perfora el diafragma evacuándose por vía bronquial. El cirujano no puede esperar pues la evolución espontánea como en el absceso del Douglas. La abertura quirúrgica no es posible en la zona que naturalmente busca su propagación el proceso. Es necesario recurrir a un drenaje que, no satisfaciendo integralmente esta exigencia, se aproxima como el drenaje posterior de la mano, a lo que sería drenaje dinámicamente perfecto.

---

Estos conceptos dinámicos no rigen por supuesto para las colecciones que están rodeadas de un fuerte cascarón resistente a las presiones exteriores, como el derrame pleural en un enfermo con paquipleuritis o la colección de un quiste con paredes calcificadas. En estas circunstancias es lógico que sólo la gravedad interviene en el desplazamiento. El cirujano debe considerar este hecho

para colocar su drenaje, pero sobre todo para asegurar la evacuación por terapéutica postural vigilada.

## EL DRENAJE DE LA PELVIS MASCULINA

La Pelvis, considerada con criterio dinámico, está constituida por un tubo resistente, osteoligamentoso, con estructuras musculares en su extremidad anterior y posterior. El juego de estas estructuras provoca desplazamientos de las vísceras pelvianas y desplazamiento del contenido de ellas. La resultante fisiológica de estos desplazamientos es la evacuación de dicho contenido al exterior. Cuando por razones patológicas se constituyen colecciones líquidas en la Pelvis, por fuerza de las vísceras, la misma dinámica pelviana orienta el corrimiento hacia la parte posterior, como si fuese la acción de evacuación fisiológica.

Este hecho nos conduce a un concepto fundamental y es que el drenaje pelviano, de cualquiera de sus territorios, es dinámicamente correcto si se realiza por vía posterior o perineal. Esta afirmación se aplica a los drenajes de colecciones ya constituidas y al drenaje profiláctico después de intervenciones quirúrgicas.

La Caja Pelviana está cerrada atrás por tres grandes planos: un plano seroso que es el peritoneo; un plano fibroso resistente que es la Lámina de Sostén; un plano muscular que es el Elevador. La importancia de la Lámina de Sostén es fundamental, separando los espacios que están por delante y que son verdaderos espacios pelvianos y los espacios situados por detrás que podrían considerarse perineales.

Los procesos situados por detrás de la Lámina de Sostén pueden ser anteriores o posteriores al Elevador, pero de cualquier modo la fuerza que orienta el desplazamiento líquido los lleva a la exteriorización posterior hasta la piel. En cambio, los procesos anteriores a la Lámina de Sostén, que pueden ser subperitoneales o intraperitoneales, tienden también a progresar hacia atrás, pero encuentran el fuerte obstáculo de dicha lámina, por lo cual no se exteriorizan fácilmente.

### I. DRENAJE DE LOS ESPACIOS POSTERIORES AL ELEVADOR

El plano del Elevador tiene por detrás un cojinete grasoso constituido por la grasa isquio-anal. Cuando el Elevador se contrae, la grasa isquio-anal lo acompaña hacia adelante. Cuando el

Elevador se relaja y la presión abdominal lo proyecta hacia atrás. La grasa isquio-anal se exterioriza, levantando la piel. En esta exteriorización, encuentra dos barreras. Una de ellas horizontal situada adelante, constituida por el Perineo Anterior. La otra barrera es vertical, situada arriba, constituida por el Glúteo Mayor con el ligamento Sacro Ciático Mayor. Entre ambas barreras la grasa tiende a exteriorizarse a los lados del Canal Anal en dirección hacia atrás y abajo.

Estos desplazamientos fisiológicos provocan el desplazamiento de los líquidos normales (sangre y linfa). La contracción del Elevador limpia la pelvis, mientras que su relajamiento congestiona las estructuras perineales posteriores. Cuando se trata de líquidos patológicos, el mismo desplazamiento conduce a la superficialización en la zona para anal. Es allí donde se evidencian los abscesos de la región, ya sean vecinos al Canal Anal o de cualquier punto de la fosa isquiorrectal.

El pus se colecta naturalmente en los espacios laxos existentes entre el pelotón grasoso de la fosa isquiorrectal y el músculo Elevador. A favor de comunicaciones anatómicas que cruzan la línea media en la zona anococcígea es frecuente que la colección sea bilateral. Se trata de una bilateralidad anatómica con orificio de comunicación y una bilateralidad funcional que debe considerarse como unidad ya que la dinámica pelviana actúa en forma simétrica. La abertura espontánea puede ser unilateral y en cualquier caso hay una salida total del pus porque la dinámica es muy a menudo mediana, en la línea posterior del canal anal. La dinámica regional exprime la esponja grasosa hacia atrás.

El tratamiento de los flemones isquioanales unilaterales debe ser la incisión para anal lateral. En los casos de flemones en herradura es suficiente la incisión mediana en el canal anal que da salida a todo el pus de ambos lados.

## II. DRENAJE DE LOS ESPACIOS SITUADOS DETRAS DE LA LAMINA DE SOSTEN Y DELANTE DEL ELEVADOR

En la relación con el Recto debemos considerar solamente el espacio sacrorrectal parietal, de escaso interés en relación con derrames y con drenajes profilácticos. Sólo en casos de cuerpos extraños o heridas puede el cirujano estar obligado a intervenir y entonces la vía indicada es la posterior.

Más importancia tienen los espacios periprostáticos, ya sea por sus flemones consecutivos a infecciones de la glándula o por el planteamiento del drenaje después de prostatectomía.

La evolución natural de los abscesos de la Próstata es su propagación posterior. Llegado a los espacios interprostatorrectales, el proceso se superficializa hacia el Perineo o perfora la pared anterior del Recto y se evacúa en su luz. Esta progresión posterior es sólo explicable por la dinámica regional. Después de abierta la colección, esa misma fuerza es elemento de evacuación y curación.

El cirujano que debe drenar un flemón prostático, tiene que utilizar lógicamente estas vías de evacuación espontánea, recurriendo a la vía perineal preanal o en caso de inminente abertura en el Recto, la vía endorrectal.

El drenaje después de operaciones de exéresis en la Próstata constituye en la práctica un problema discutido porque en las consideraciones al respecto se mezclan los juicios sobre abordaje en vista a la operación, en vista a la hemostasis y en vista al drenaje. En el problema del drenaje se considera el drenaje de la cavidad prostática residual y el drenaje de la orina vesical. Concretándonos al asunto del drenaje prostático afirmamos que la vía natural para el drenaje postoperatorio, lo mismo que para el drenaje de las colecciones prostáticas es la vía perineal hacia donde las fuerzas dinámicas regionales expresen la región.

Cuando la intervención sobre la Próstata se realiza por una vía perineal, el drenaje por esa vía es altamente satisfactorio. En épocas anteriores a los antibióticos y aún a la asepsia, la vía perineal daba buenos resultados, debidos en gran parte, tal vez en su totalidad, a la rápida y fácil salida de secreciones sépticas y mortificadas.

En las intervenciones por vías abdominales, se utiliza con frecuencia el drenaje anterior. Dejemos de lado lo que es en realidad taponamiento o mecha de hemostasis, que requiere una vía fácil para su extracción ulterior. Los urólogos actuales tienden a prescindir de este modo de hemostasis, lo cual nos lleva al análisis puro del asunto del drenaje.

Así limitado el problema es indudable que la logia prostática o la logia de una adenomectomía deben ser drenadas por vía perineal, por perineotomía preanal o por perineotomía lateroanal.

Muchos cirujanos han preconizado este drenaje. Fuller, creador de la adenomectomía transvesical, realizaba el drenaje perineal en 1895. Después de Freyer que dejó dicho drenaje, muchos urólogos volvieron a la contraabertura perineal.

En nuestros días, aparecen regularmente publicaciones aconsejando el drenaje por vía uretral, que indudablemente es, en principio, el más lógico.

En las exéresis prostáticas por cáncer, en que se destruye el plano de la Lámina de Sostén, el drenaje debe también realizarse hacia el Perineo. Si la exéresis fué hecha por la vía abdominal, es necesario realizar el drenaje por vía uretral o contraabertura perineal como lo consideraba imprescindible Mérola.

Hemos visto dos enfermos con flemones pelvianos secundarios a resección endoscópica de la Próstata. En ambos casos era prácticamente imposible establecer la verdadera topografía del espacio a drenar, por lo cual la táctica operatoria fué discutible. Creemos que frente a esos casos hay un sólo camino que es la perineotomía preanal que puede conducir a todos los territorios posiblemente interesados y hacer el drenaje correcto de todos.

### III. DRENAJE DE LOS ESPACIOS SITUADOS ENTRE LA LÁMINA DE SOSTÉN Y EL PERITONEO

Estos espacios, originados por la distensión y evacuación de las vísceras huecas pelvianas (Vejiga y Recto) están limitados atrás por la fuerte hoja fibroelástica que llamamos Lámina de Sostén y adelante por el Peritoneo que no ofrece resistencia al desplazamiento. La existencia de una colección en ellos, en lugar de proyectarse clínicamente hacia el Perineo, se hace hacia la cavidad peritoneal. La resistencia de la Lámina de Sostén frena la tendencia natural a la extensión posterior. La inflamación en forma lenta, tiende a extenderse hacia adelante en los espacios subperitoneales. Consideramos fundamental saber este hecho de fisiopatología para comprender que si el cirujano abre una pequeña brecha en la Lámina de Sostén obtendrá por vía posterior el único drenaje eficaz y rápido.

Las colecciones del espacio funcional de la Vejiga o espacio de Retzius tienden a mantenerse en dicho espacio, frenadas atrás por la Lámina de Sostén. Al fin, su propagación a la pared ab-

dominal anterior permite su abertura espontánea tardía. El drenaje así constituido es imperfecto y la evacuación a veces dura mucho.

El drenaje quirúrgico realizado por vía anterior, suprapúbica es técnicamente sencillo y si la colección a drenar no tiene proceso patológico que la siga alimentando, el drenaje cura rápidamente la afección siempre que el cirujano haya hecho la total limpieza durante el acto operatorio. Pero si tal limpieza no se ha conseguido, la eliminación lenta del contenido de este espacio puede mantener semanas de corrimiento. Esto sucede por ejemplo en los hematomas infectados secundarios a operaciones por hernia inguinal.

El drenaje posterior de los flemones del Retzius, aconsejado por Gil Vernet es científicamente el más correcto. Por una incisión sobre un lado del Ano se llega al Elevador y hacia arriba y adelante se reconoce la tumefacción a través del músculo. La disociación de éste es sin riesgo y da salida al pus con curación rápida.

El espacio funcional del Recto, situado entre la Lámina de Sostén y la cara posterior del Recto, excepcionalmente es lugar de colecciones. Quenu y Hartmann publicaron una observación. Es interesante anotar de que a pesar de que dicho espacio se extiende ampliamente hacia arriba, el absceso se mantuvo aplicado contra la pared pelviana posterior sin tendencia a difundir al abdomen. Este absceso debe ser drenado lógicamente por vía posterior, pasando a un lado del Cóccix hasta seccionar la Lámina de Sostén.

El espacio subperitoneal intermediario, situado a un lado y a otro de la Pelvis, está por delante de las láminas vasculo-nerviosas que limitan los dos espacios funcionales correspondientes a la Vejiga y al Recto. Las colecciones de este espacio están así francamente frenadas en su progresión posterior. Se extienden hacia adelante y saliendo de la Caja Pelviana siguen por detrás de la Arcada Crural en el espacio de Bogros. Llegan así hasta las vecindades de la Espina Iliaca, donde tienden a superficializarse.

Estos flemones, de cierta frecuencia en la mujer, los hemos visto en el hombre con motivo de infecciones secundarias a resecciones prostáticas. El drenaje quirúrgico no debe hacerse por

via posterior, puesto que importantes vasos están en ese camino. Una incisión paralela a la arcada crural, abriendo el espacio de Bogros es el mejor drenaje.

Los drenajes después de intervenciones quirúrgicas en la Pelvis masculina pueden estar indicados por operaciones que no rompen la estructura conjuntiva de la región y entonces deben realizarse con el mismo criterio que el drenaje de los abscesos. Con más frecuencia la intervención quirúrgica destruye las láminas que separan espacios y entonces el drenaje puede ser común a varios.

La ureterotomía en la Pelvis, por litiasis por ejemplo, es una operación que se desarrolla en el espacio Intermediario. Por esta razón, está indicado un drenaje que se exteriorice por el espacio de Bogros.

La cistectomía parcial anterior se desarrolla en el Retzius, por lo cual es necesario drenar este espacio ya sea por delante o, como es preferible, por vía posterior.

La cistectomía total que es cistoprostatectomía interesa los espacios de Retzius e Intermediario, pero al suprimir la Próstata abre espacios situados por detrás de la Lámina de Sostén. El drenaje por vía anterior no nos satisface. Es incompleto y por lo tanto permite retenciones que prolongan la enfermedad, agravando su pronóstico. Creemos que debe hacerse drenaje por vía perineal, en forma similar a la que sostenemos para la exéresis prostática.

En la resección del Recto Alto por vía abdominal pura, con anastomosis término-terminal subperitoneal, es conveniente drenar los espacios pelvianos abiertos. Practicamos este drenaje sistemáticamente por vía posterior. Para ello hacemos antes de comenzar la operación, con el enfermo en posición ginecológica una incisión de unos 3 cms. a un lado del Cóccis seccionando sólo la piel. Terminada la exéresis por vía abdominal, con una pinza fuerte, fina, atravesamos los planos fibromusculares hasta salir por la brecha cutánea. Pasamos así un tubo blando cuyo extremo inferior queda en el espacio sacrorrectal visceral.

#### IV. DRENAJE DE LOS ESPACIOS INTRAPERITONEALES DE LA PELVIS

Los líquidos intraperitoneales corren espontáneamente hacia el fondo de saco de Douglas, donde se colectan, independientemente de la posición que tenga el enfermo y por lo tanto llevados por una fuerza más eficaz que la gravedad. Este hecho permite descuidar la consideración de la posición del enfermo en vistas a la colección declive y preocuparse por atender otras exigencias de posición en vistas a la mejor funcionalidad de vísceras tóraco-abdominales.

La colección del Douglas en el Hombre tiende a abrirse espontáneamente por el Recto y a evacuarse totalmente, cualquiera que sea la posición del enfermo.

El drenaje quirúrgico de las colecciones del Douglas debe ser realizado por la vía de la evacuación espontánea. La experiencia de lustros atrás, confirma categóricamente los buenos resultados de este abordaje.

El drenaje del Douglas después de intervenciones abdominales por existencia de líquido peritoneal, ha sido una práctica corriente en todos los cirujanos. Descartamos la vía lateral hacia la fosa iliaca que es inoperante porque va en dirección contraria a todas las fuerzas actuantes y porque es riesgosa, ya que el drenaje toma contacto con los vasos iliacos, sobre los cuales puede provocar lesiones graves. La vía mediana suprapúbica es la vía corriente. El tubo o lámina de caucho va aplicado sobre la cara peritoneal de la vejiga desde el fondo del Douglas hasta su salida por arriba del pubis. Este drenaje es también precario. A las 48 horas suele ser ya inoperante. Se han aconsejado diversas modificaciones para mantener su eficacia y últimamente se ha utilizado un tubo metálico que por medio de una sonda en su interior permite la aspiración continua.

Creemos que el drenaje del Douglas por vía anterior, después de dar salida al exceso de líquido abdominal no drena el remanente, porque la tendencia natural en dicha región es a la proyección posterior. Pero esta simple evacuación de 24-48 horas es suficiente para evacuar el líquido de un peritoneo pelviano sano.

El drenaje del Douglas después de operaciones pelvianas, cuando queda una zona cruenta en la pelvis, como preventivo de

derrames postoperatorios, constituye un asunto que ha sufrido grandes alternativas al ritmo del progreso quirúrgico.

La aplicación de una gran tienda de gasa invertida llena de mechas, ideada por Mickulicz fué un procedimiento de gran uso en cirugía ginecológica, luego muy discutido y actualmente prácticamente abandonado. No es en verdad un saco de drenaje de la pelvis sino una masa de taponamiento sólo justificada para aislar zonas operatorias muy cruentas. En el hombre no tiene ninguna indicación.

La indicación del drenaje puede plantearse después de peritonización pelviana completa o cuando no se hace peritonización. La primera posibilidad es muy rara en cirugía de recto o vejiga, siendo en realidad el subperitoneo la zona a drenar. El drenaje cuando no se hace peritonización es más aceptable, aunque en realidad la zona a drenar es también en este caso subperitoneal.

La colocación de mechas o tubos en la pelvis después de operaciones viscerales conspira contra la buena cicatrización de las visceras, debiendo evitarse siempre el contacto con las zonas de sutura. Cuando se está obligado a hacer un drenaje, su salida por vía anterior sólo es operante en forma temporaria.

Creemos que la ineficacia del drenaje depende de la vía y que un simple tubo blando fino o una lámina de caucho enrollada deja seca una pelvis si se le saca por vía perineal haciendo contra-abertura en lugar correspondiente.