

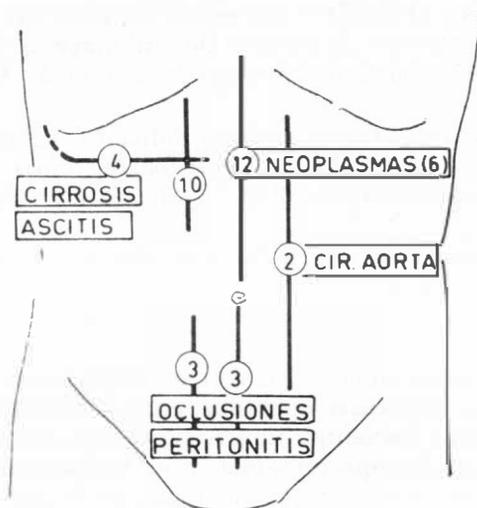
DEHISCENCIA DE LAPAROTOMIA *

Consideraciones sobre su tratamiento

Dres. RAUL PRADERI y ORESTES SBARBARO

En 5.000 laparotomías (cifra aproximada) practicadas en la Clínica del Prof. Chifflet en los últimos ocho años, se produjeron 34 dehiscencias, lo cual da un porcentaje de 0,68%.

Hemos clasificado las observaciones de acuerdo al tipo de incisión. Analizaremos el esquema adjunto:



1^o) No figuran en el cuadro: las incisiones de Mac Burney, Pfannenstiel, Cherney, ni las herniotomías. Todas ellas son anatómicas y por disociación; oblicuas o transversales y de abdomen inferior.

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. A. Chifflet.
Contribución presentada al tema "Reintervenciones de urgencia en la cirugía abdominal".

2º) Dominan las incisiones verticales: 30; frente a sólo 4 transversales. Esta cifra tiene aún más valor si tenemos en cuenta que en nuestra Clínica se practican gran número de incisiones transversas. Sobre todo en cirugía biliar, que es la más común.

3º) La mayoría de las dehiscencias se produjeron en el abdomen superior (28 en 34). Este hecho y el anterior, se explican porque la pared abdominal solicitada transversalmente en su parte alta por los movimientos respiratorios tiende naturalmente a abrir las incisiones verticales y a cerrar las transversales. Todos los cirujanos saben cuanto más fácil es suturar una transversa que una paramediana.

Por otra parte, varios de los pacientes tuvieron neumopatías basales vinculadas como causa o consecuencia a las evisceraciones.

4º) Las evisceraciones de abdomen inferior corresponden todas ellas a intervenciones de urgencia (medianas o paramedianas), en oclusiones de intestino delgado y peritonitis pelvianas o bajas.

5º) Las incisiones medianas supraumbilicales son las que evisceraron más (12 en 34). La mitad de ellas (6) corresponden a pacientes portadores de cáncer de estómago o páncreas. Las otras; casi todas a cirugía gástrica de urgencia (hemorragias o perforaciones).

6º) Las paramedianas supraumbilicales siguen en frecuencia (10 en 34) a las medianas. Se reparten entre cirugía biliar (de urgencia o reintervenciones), pancreática, de quiste hidático, etc.

7º) Dos incisiones xifopúbicas se abrieron, correspondiendo ambas a injertos de aorta abdominal. Fueron reintervenidas. El primero de los pacientes, operado hace siete años, se encuentra aún en perfectas condiciones.

8º) Las cuatro únicas transversas dehiscentes correspondieron a enfermos cirróticos operados para practicar derivaciones porto-cavas. Estos pacientes tienen taras que favorecen la evisceración como la hipoproteinemia y el tratamiento previo con corticoides. Pero la más grave de todas es la ascitis, porque el líquido peritoneal filtra a través de la herida y termina por abrirla.

Para evitar esta complicación, comenzamos hace siete años a utilizar puntos totales de apoyo en estos casos.

Pasados a través de todos los planos de la pared, incluyendo la piel, se pueden colocar por delante o por detrás del peritoneo.

Preferimos atarlos cruzando la incisión, pero colocando el hilo por dentro de trozos de goma transversales.

Nos ha dado más resultado este sistema que las suturas o puntos en U sobre trozos de goma y botones que se sepultan en

la piel. No usamos rollos de gasa para apoyar los puntos porque en caso de supurar la herida se humedecen y no se pueden sacar porque la incisión se abre.

Cuando utilizamos puntos totales como precaución, además, cerramos bien la pared abdominal plano por plano, evitando la formación de hematomas e infecciones parietales.

En las heridas infectadas usamos también puntos totales, y dejamos a veces la piel sin suturar o colocamos un drenaje subcutáneo.

Los abscesos de pared se drenan fácilmente y constituyen menor riesgo que una evisceración (1).

Colocamos puntos totales en las siguientes situaciones:

- 1) Incisiones xifopúbicas.
- 2) Laparatomías en ascitis (cirróticos o neoplásicos).
Desde que usamos puntos totales en los injertos de aorta y anastomosis porto-cava no hemos tenido más evisceraciones.
- 3) Reintervenciones sucesivas. Cuando se opera un neoplasma o estenosis biliar por cuarta o quinta vez (3), es lógico comprender que el cirujano tiene ya bastantes problemas sin preocuparse de evisceraciones postoperatorias.
- 4) Oclusión intestinal y peritonitis en intervenciones de urgencia donde se usan incisiones amplias y verticales para tener buena exposición.
- 5) Cirugía de neoplásicos, desnutridos, con anemia e hipoproteinemia, en cuya sobrevida, a veces limitada, hay que ofrecerle algo mejor que reintervenciones.

En los cirróticos hemos agregado otro procedimiento que consiste en la colocación de un drenaje peritoneal. De esta manera el líquido de ascitis no sale por la herida que se mantiene seca. A veces, sumando un régimen hiposódico e hipoproteico se consigue evitar su reproducción (4).

Al cabo de diez o quince días se retira el drenaje cuando la herida operatoria ya está cicatrizada.

Para cerrar las evisceraciones utilizamos los puntos totales, además del cierre de la incisión. Los resultados obtenidos en esta serie fueron bastante buenos, falleciendo sólo 4 enfermos.

En algunos casos en que hay solamente dehiscencia sin evisceraciones hemos mantenido la pared contenida con apósitos y vendajes.

Se requiere entonces que el epiplón cubra toda el área dehiscente y no afloren las asas delgadas.

Hemos hecho esto solamente en pacientes muy graves con heridas supuradas, en los que una intervención hubiera signifi-

cado un riesgo muy grande. En ellos el epiplón adhiere a la pared. Se forma tejido de granulación y poco a poco se retrae la piel que cierra después de mucho tiempo.

Se nos ocurrió, en este tipo de enfermos, acortar el período de hospitalización, practicando injertos de piel libre sobre el área granulante de la pared para transformar así las dehiscencias en eventraciones.

Recordábamos que los enfermos eviscerados, operados de urgencia, cerrando la incisión quedan generalmente con eventraciones. Es decir, que injertándolos en un segundo tiempo se obtiene a la larga el mismo resultado.

Operamos así a tres pacientes. Uno, cuya historia ha sido publicada (2), había sido intervenido por una ruptura de bazo con hemoperitoneo, simultáneamente con una colecistitis aguda. Era portador también de una fractura de pelvis, puño y siete costillas, shockado, en anemia con una paramediana izquierda dehisciente; preferimos contemporizar, pues la herida supuraba abundantemente. A los veinte días la injertamos, transformándola en una eventración.

Otro enfermo que operamos de ictericia por estenosis biliar traumática hizo una oclusión intestinal de delgado en el postoperatorio. La dehiscencia de paramediana izquierda fue tratada tardíamente con un injerto de piel libre, quedando con una eventración bien tolerada.

El tercer paciente, operado de una colecistitis aguda con peritonitis biliar, hizo una dehiscencia de paramediana transrectal derecha. Contenido con vendajes, se injertó con piel, igual que en los otros casos y dos meses después fue operado sin dificultad de su eventración.

BIBLIOGRAFIA

1. PRADERI, R. y ORMAECHEA, C.—Tratamiento de las heridas de colon siguiendo los preceptos de la cirugía del intestino grueso. "Bol. Soc. Cir. Uruguay.", 33: 20; 1962.
2. PRADERI, R.—Traumatismo tóracoabdominal grave en el portador de una colecistitis aguda. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 34: 16; 1963.
3. PRADERI, R.; PARODI, H. y DELGADO, B.—Tratamiento de las obstrucciones neoplásicas de la vía biliar suprapancreática. "An. Fac. Med. Montevideo". 49: 221; 1964.
4. SEIRO, V.; AUTIOLL y TURENEN, M.—Permanent drainage of ascitis. "Act. Chir. Scand". 127: 88; 1964.