

EVENTRACIONES COSTO ILIACAS POSTERIORES

Por los Dres. RODOLFO I. MATHIS y JUAN A. GOLDARACENA

Eventración es todo lo que sale o hace protrusión fuera de la pared del vientre. (Gutiérrez).

Consecuencias alejadas de las lumbotomías, las eventraciones costo-iliacas posteriores, que para facilidad de nomenclatura, se las llama eventraciones lumbares, traen aparejadas una serie de trastornos estéticos, perturbaciones reflejas, de la sensibilidad y una modificación de la estática abdominal, que obligan a encontrarle solución.

No es frecuente su existencia dada la gran cantidad de lumbotomías que se practican, y su número ha disminuído en proporción a la depurada técnica operatoria y al uso de los antibióticos, como así también, al mejor estudio y preparación de los enfermos.

La región costo-iliaca, en su zona posterior, no es asiento frecuente de eventración. El sistema muscular lo forman los tres músculos anchos del abdomen (Fig. N° 1) cuya sección se hace en pleno tejido muscular; salvo la parte posterior del transverso ya transformada en aponeurosis de inserción (Fig. N° 2 y 3).

Los tres músculos imbricados, no ejercen una gran tracción sobre la herida, debido en parte a que la sección del oblicuo y del transverso, se hace en la dirección de sus fibras, lo que presta la buena solidez de la cicatriz. No obstante dos factores importantes pueden condicionar esta seria complicación; primero, la circulación siempre irregular que dificulta una correcta hemostasia; segundo, la inervación de extraordinaria importancia en la región.

Los músculos anchos del abdomen son inervados a este nivel por el duodécimo intercostal y abdomino-genitales, que se van aproximando en la extremidad posterior, lo que facilita su compromiso en el acto quirúrgico. Es este sistema nervioso el que el cirujano debe cuidar su quiere evitar el día de mañana, graves consecuencias. Dada la índole de este trabajo, pasaremos en revista las causas que facilitan la eventración lumbar costo-iliaca, cuyo conocimiento nos facilitarán su mejor tratamiento preventivo.

1°) *Incisiones*: Es menester reвер el anacrónico concepto de que "a mejor cirujano más grande incisión"; se debe adaptar la incisión al objeto que se persigue. Es evidente que el respeto máximo de las formaciones anatómicas evitará muchas complicaciones.

Las incisiones por separación muscular tipo *Eckerhorn* por divulsión tipo Mayo-Robson, darán la mayor seguridad a este respeto cuando es factible su ejecución: ureterolitotomía, etc.

Cuando las grandes secciones musculares se hacen necesarias, es menester

cuidar la buena síntesis de los tejidos: hemostasia cuidadosa, tomando pequeños muñones; el uso del material de sutura adecuado, la atención correcta de los hilos de sutura, factor importante. El afrontamiento por planos musculares anatómicos, los dos planos clásicos efectuados cuidadosamente teniendo la precaución de no dejar espacios muertos, es para nosotros de rigor.

Continuamos con la práctica de la incisión que publicáramos en esta Sociedad, que evita el compromiso del sistema nervioso regional, que generalmente hiere muy pocos vasos y que permite una excelente coaptación de las heridas. No conocemos hasta el día de hoy un caso de eventración consecuente a este tipo de incisión.

2º) *Uso de drenajes*: Casi de regla en la mayoría de las intervenciones que se practican en el riñón, debe elegirse el de material adecuado y ubicarlo en el sitio donde menos posibilidades hay de facilitar la eventración: es decir la extremidad posterior de una lumbotomía.

Es evidente que los drenajes dejados en la parte anterior o media, facilitan la debilidad de la pared. Nosotros conceptuamos que el tipo de drenaje por aspiración que practicamos desde hace tiempo, es de gran valor en la prevención de estas complicaciones; drenaje sobre el cual últimamente se ha llamado la atención en el extranjero.

Una vez constituida la eventración lumbar es menester sopesar bien las condiciones del enfermo y de la eventración para plantear la indicación adecuada. No todas las eventraciones de este tipo, deben de ser operadas: enfermos muy obesos, con meiopragias serias, diabéticos, quienes no necesitan hacer una vida activa, suelen sobrellevar muy bien la enfermedad, con un tratamiento ortopédico adecuado.

Conceptuamos la indicación quirúrgica de acuerdo con:

a) Factor estético. b) Trastornos que provoca la eventración: Trastornos dolorosos y reflejos. c) Crecimiento progresivo. d) Profesión y medios de vida del enfermo.

Preparación del enfermo: Tratamiento de la hiperpresión abdominal (adelgazamiento, neumo-peritoneo preparante a lo Goñi Moreno). Ejercicio respiratorios. Llevar el enfermo en óptimas condiciones. Normalización de la glucemia, proteínas, etc., etc. Adecuado estado general.

Técnica: Anestesia: salvo pequeñas eventraciones factibles de la anestesia local, preferimos una anestesia general con buena relajación que no constituye un problema para un buen anestesista. El procedimiento a seguir variará en cada caso: desde el pequeño ojal en medio de un tejido muscular bien desarrollado, tan fácil de corregir, hasta esas enormes eventraciones costo-ilíacas, más frecuentes de ver en las re-operaciones renales, donde se ha comprometido casi todo el sistema muscular y nervioso regional.

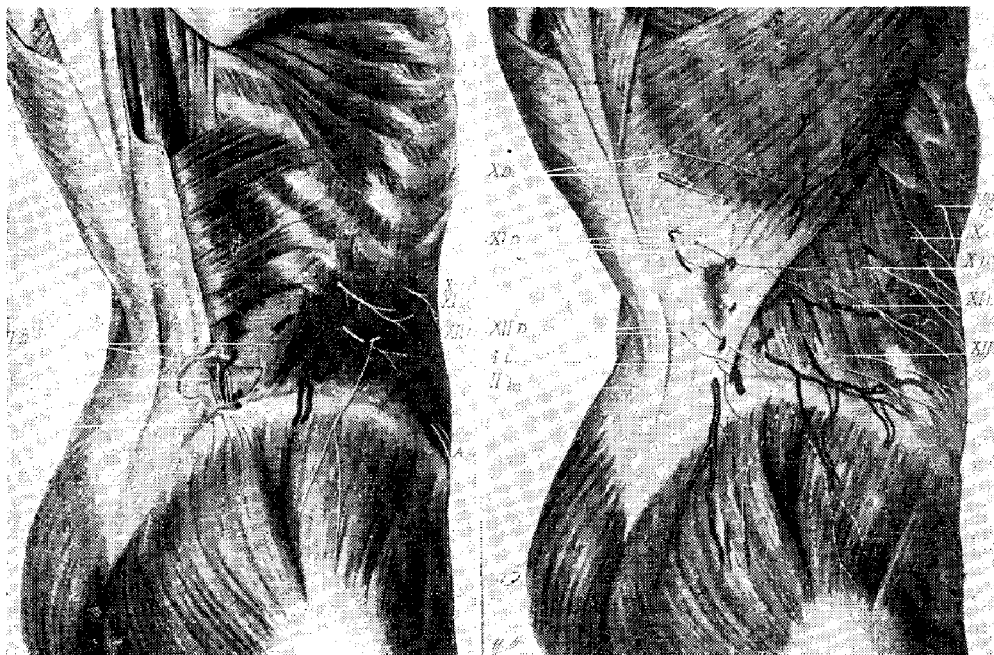
Las grandes eventraciones de esta región plantean problemas complejos para cuya solución no puede haber normas rígidas. Es menester rehacer una pared, cuyos elementos nobles están sumamente atrofiados, y en ocasiones ausentes. Hay que aprovechar al máximo todos los elementos que permiten una sólida reconstrucción de la pared.

Acostumbramos en estas condiciones a preparar un amplio campo operatorio, desde dos días antes, que extendemos a todo el muslo del lado correspondiente, preparándonos ante la posibilidad de un injerto de fascia lata.

Al efectuar la incisión, si la piel es exuberante, confeccionamos un amplio losange que conservamos en suero fisiológico para su ulterior uso en caso de necesidad.

Buena disección de todo el cuello de la eventración, reconstituyendo los planos musculares de alrededor, si dan suficiente tela a la manera de las rafias clásicas en las lumbotomías, y tomando los cuidados anteriormente descriptos.

Abertura o no del peritoneo y tratamiento de su contenido.



Las suturas de la pared, las hemos hecho sistemáticamente a puntos separados, con catgut de reabsorción lenta, siempre que las superficies a afrontar, como en toda buena plástica, no estén tensas. Es una región en la cual no es practicable plástica por deslizamientos, ni es posible conseguir colgajos de zonas distantes, sin embargo hemos tenido ocasión de emplear la gran aponeurosis lumbar en forma de gran colgajo cuadrangular, rebatiéndola hacia adelante.

En los casos, que estas técnicas fueran factibles y que la pared muscular fuera complaciente, hemos usado a veces suturas de tipo Mayo, con puntos en U, con imbricación de planos, con muy buen resultado.

En realidad consideramos que en estos casos, el éxito no es difícil de alcanzar.

En cambio, en las grandes eventraciones, con pérdida de substancia se plantean problemas muy difíciles de solucionar a veces, siendo imposible de aproximar los dos extremos de la pared, absolutamente fijos, como son la

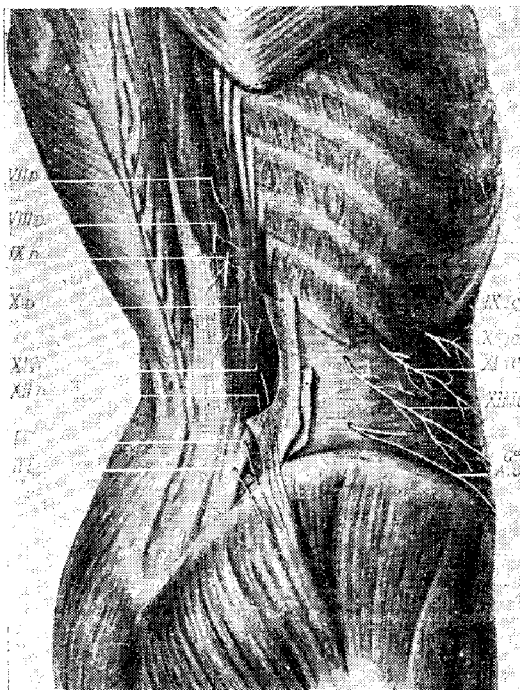
cresta ilíaca y el reborde costal, no queda más solución que el uso de injertos libres, que servirán de esqueleto para una cicatrización correcta.

Tres tipos de injertos libres hemos usado:

a) Facia lata. b) Aponeurosis de bovino conservada. c) Total de piel.

En todos ellos es menester seguir ciertas reglas:

1) Deben quedar suficientemente tensos. 2) Deben tener un plano de apoyo. 3) Se debe respetar al máximo las tres condiciones de los injertos libres: asepsia rigurosa, hemostasia perfecta, toilette cuidadosa.



Es imposible dar reglas generales de la conducta a seguir, en caso de dudas un drenaje temporario con lámina de goma, el uso sistemático de los antibióticos, y un suficiente reposo post-operatorio nos han permitido éxitos en casos de muy difícil solución.

OBSERVACIONES

Caso N° 1. — V. O. de Z. Hospital Fernández. H. C.: N° 758. Sala 6 C: 31. 51 años. Operada 1947. Enero. Ureterolitotomía con incisión lumbar clásica de Israel. Lado izquierdo.

Reingresa año 1951 por dolores a nivel de la cicatriz operatoria donde existe una evención del tamaño de una cabeza de feto fácilmente reductible con un cuello de paredes flácidas, que dejan reducir fácilmente.

Se opera el 20 de agosto de 1951; amplia resección de la cicatriz (lado izquierdo) en lesange, rectángulo 18 x 3 cms. Tratado el saco se consigue efectuar un primer plano muscular evidentemente débil, no se consigue afrontar un segundo plano, por lo cual se efectúa el injerto libre de piel previamente tratada, dejando un parche muy tenso suturado con hilo de zigodón. Hemostasia perfecta. Drenaje de lámina de goma de seguridad. Cierre de la herida.

Post-operatorio: antibióticos, reposo en cama un mes. Cicatrización muy buena. Resultado excelente.

Caso N° 2. — E. W. de Y. Hospital Fernández. H. C.: N° 8238. Sala VI, C.: 35. +2 años. Operada tres años antes nefrectomía izquierda. Cálculo coraliforme. Curó bien.

Ingresa por una eventración lumbar izquierda del tamaño de un pomelo, muy dolorosa en la posición de pie. Se opera el 29.VIII.1952. Preparación tres días antes, campo aséptico con Merthiolate. Anestesia general (Dr. Kleiman). Incisión en losange con resección de la cicatriz. El trozo de piel reseca es preparado y guardado en suero fisiológico.

Disección cuidadosa de todos los planos musculares que se encuentran atrofiados. Se desprende meticulosamente el peritoneo en forma amplia. La mitad anterior adelgazada se desgarrar. se explora la cavidad peritoneal libre de adherencias y se sutura con catgut.

Sutura de 2 planos musculares con catgut crómico. Hay un plano cicatricial solidario del oblicuo mayor, que se rebate hacia atrás y se sutura con puntos en X.

Se coloca como apoyo el injerto de piel, suturándola a buena tensión con puntos separados de hilo de algodón.

Se deja drenaje con tubo de goma en ambas capas aponeuróticas. Hemostasis perfecta. Cierre de la pared. Post-operatorio: antibióticos. Se retira el drenaje al 4º día. Reposo un mes. Resultado excelente que se conserva en la actualidad.



Figura 4

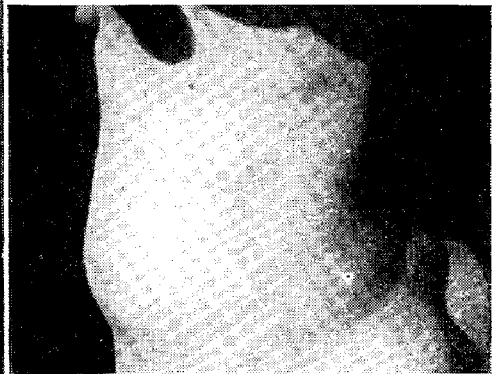


Figura 5

Caso N° 3. — T.A.I. de C. 38 años. Hospital Fernández. H.C. N° 8179. Sala 6, cama: 35.

Operada en el año 1950. Litiasis renal izquierda. Ingresa en 1952, con una eventración del tamaño de una cabeza de feto (Fig. N° 4), dolorosa en la posición de pie, reductible con facilidad, y con un cuello de paredes flácidas.

Se opera el 10 de noviembre de 1952. Anestesia general. Se reseca la cicatriz anterior. Disección cuidadosa de los planos musculares. Se desprende el peritoneo en forma amplia. Sutura en dos planos musculares, puntos en U a lo Mayo con catgut crómico. Drenaje con tubo de goma que se retira al 3º día. Antibióticos. Reposo un mes. Resultado excelente.

Caso N° 4. — O. S. 60 años. Hospital Fernández. H.C.: N° 7216. Sala 6, cama 36. Operada de nefrectomía izquierda por tuberculosis. Ingresa en 1949 con una eventración indolora del tamaño de una naranja. Se opera el 23 de diciembre de 1949. Anestesia general. Resección de la cicatriz. Disección del saco con dificultad pues se encuentra sumamente adherido. Al efectuar la liberación se abre el peritoneo, extraordinariamente adelgazado en varias zonas. Dentro del saco se encuentran ansas intestinales del delgado y epiplón con adherencias al anillo; hemostasia y liberación de los mismos.

Efectuada la reducción de las ansas, se cierra el anillo previa resección del saco con punto de lino y seda en U a lo Mayo. Cierre de la pared por planos. Tubo de drenaje. Post-operatorio accidentado, vómitos post-anestésicos muy intensos. Antibióticos. Es dada de alta al mes.

Reingresa en 1953, con dos anillos que dejan insinuar el dedo índice de unos 2 cms. de diámetro.

Se reopera el 6 de mayo de 1953, con anestesia local regional, infiltrando los nervios VI a XI a nivel de parte anterior de los espacios intercostales.

Resección de parte de la cicatriz anterior. Se disecciona muy bien la pared músculo aponeurótica, y se liberan dos anillos, que dejan insinuar el dedo y dejando sumergir ambos sacos en la profundidad se hace la sutura con seda a lo Mayo con imbricación de planos. Postoperatorio. Antibióticos. Reposo 25 días. Resultado excelente.

Caso N° 5. — E. D'A. 63 años. Hospital Fernández, H. C.: 7837. Sala 6, cama 37.

Operada hace varios años, región lumbar izquierda ignorando la causa. Ingresó en el año 1951, con una eventración sobre la cicatriz operatoria, reductible del tamaño de una cabeza de feto. La enferma manifiesta, que los dolores lumbares se propagan al resto del abdomen, siendo de tipo cólico, exacerbándose durante las comidas y acompañándose de estado nauseoso.



Figura 6

A la palpación de la tumoración se despiertan dolores intensos, semejantes a los que la enferma siente espontáneamente (Fig. N° 5).

El estudio completo de la enferma, no revela ninguna otra afección.

Operada el 23 de agosto de 1951. Anestesia general. Incisión lumbar izquierda reseccionando la cicatriz. Liberación de los planos musculares, que se encuentran muy adheridos al peritoneo; éste se desgarró, lo cual se aprovecha para efectuar la exploración abdominal, existiendo adherencias del epiplón, que se seccionan entre ligaduras. Cierre del peritoneo. Los planos musculares quedan sumamente tensos, obligando a reseccionar un colgajo de "fascia lata" de 10 por 6 cms. Se hace un parche con dicha fascia y se continúa el cierre de la pared. Postoperatorio excelente. Antibióticos. Reposo 28 días. Excelente estado. Alta, continuando perfectamente bien hasta la fecha.

Caso N° 6. — E. Z. de D. 62 años. Hospital Fernández, H. C. N° 7550. Sala 6. Cama 31.

Operada en 1950 de ureterolitotomía izquierda. Se le practicó incisión clásica de Israel, que fué necesario ampliar para conseguir la extracción del cálculo, que había descendido. Reingresa en 1952, con una pequeña eventración de la extremidad anterior de la herida del tamaño de una nuez. Se opera el 23 de mayo de 1952. Anestesia general. Incisión en losange de la cicatriz anterior. En el extremo anterior de la herida, se palpa un anillo de unos 3 cms.

de diámetro. Disección cuidadosa del plano muscular y del peritoneo, el que se logra reducir con facilidad. Sutura al catgut crómico del plano muscular, puntos en U. Hemostasis perfecta. Drenaje que se saca al 4º día. Cierre de la herida.

Antibióticos. Reposo un mes. Excelente estado.

Caso N° 7. — M. C. de G. 42 años. Hospital Fernández. H. C.: N° 23. Sala 6. cama 37.

Operada en 1944. Pequeña uronefrosis derecha dolorosa. Plástica. Reintervenida en 1951 por litiasis coraliforme derecha. Nefrectomía subcapsular; en el post-operatorio la herida supura.

Reingresa en 1956 con una eventración derecha del tamaño de un pomelo que se reduce fácilmente, palpándose un cuello de parades flácidas (Fig. N° 6).

Se le indica tratamiento: adelgazamiento.

Se opera II.XI.1956. Anestesia con gases: Dr. Kleiman. Recepción de la cicatriz anterior. Liberación muy cuidadosa del plano muscular. Se desprende meticulosamente el peritoneo en forma amplia, se abre y explora existiendo adherencias del epiplón, las que se liberan previa ligadura de los vasos epiplóicos.

Sutura del peritoneo. Cierre de la pared al catgut cromado N° 2. Puntos en U. a lo Mayo. Antibióticos.

Reposo absoluto. Resultado excelente que se conserva en la actualidad.

R E S U M E N

Los autores presentan 7 casos de tratamiento quirúrgico de eventraciones costo-iliacas posteriores, más comúnmente llamadas eventraciones lumbares, con distintos procedimientos de reparación: cierre simple, a lo Mayo; fascia lata y total de piel.

Aconsejan la preparación previa del enfermo en la hiperpresión abdominal (adelgazamiento, neumoperitoneo a lo Goñi Moreno).

Sostienen el cuidado del sistema nervioso regional y la hemostasia perfecta, como así también el afrontamiento de los planos musculares efectuado cuidadosamente, teniendo la precaución de no dejar espacios muertos.

Cuando es menester, cuidar ya la eventración, no se pueden dar reglas generales, debiendo en cada caso aprovechar todos los procedimientos que nos brinda la técnica de acuerdo a las necesidades.

De esta aplicación meditada, dependerá el buen resultado.

BIBLIOGRAFIA

- Albanese Alfonso.* — Eventración post-operatoria. Prensa Medic. Arg. N° 35. Pág. 1703.
Fernández Leoncio Luis. — Eventración paramediana supraumbilical. Reparación con parche de fascia lata. Prens. Méd. Argentina. N° 1. Pág. 37.
Harris Mario, M. — Cirugía plástica. Injertos libres de Piel. La Semana Médica. Oct. 7 de 1943. Pág. 841.
Gutiérrez, Vicente — Eventración post-operatoria: tratamiento. Congreso Argentino de Cirugía. Año 1940. Relato oficial.
Pagliari y Oliva. — Contribución al Congreso de Cirugía de 1940. Actas XII Congreso Argentino de Cirugía 1940. Pág. 121.
Echesortu, C. E. — Hernia lateral del abdomen, consecutiva a una lumbotomía. Rev. Arg. de Urol. año 1941. Pág. 427.