

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS EVENTRACIONES LUMBARES. RESULTADO OBTENIDO EN 4 CASOS

Por los Dres. RICARDO BERNARDI, M. BUDICH y J. CHIODI

El tratamiento de las eventraciones lumbares constituye un verdadero problema de difícil solución, como lo evidencian los escasos trabajos nacionales y extranjeros. Es por ello que decidimos ocuparnos de las mismas con el objeto de formular algunas apreciaciones personales sobre su fisiopatología y tratamiento.

Lamentamos, sin embargo, que se hayan extraviado las interesantes fotografías que teníamos del pre y post-operatorio de nuestros 4 enfermos, algunos de los cuales presentaremos en esta sesión, con el objeto de observar los resultados, aprovechando sin embargo la ocasión para hacer ciertas consideraciones generales, sobre esta rara pero difícil complicación post-operatoria.

A nuestro juicio el problema deriva de la *anatomía* y de la *topografía* y *funcionalismo* de la zona.

a) *Anatomía*: en primer lugar cuenta con una sola hoja aponeurótica más o menos resistente, que es la *media* de las 3 que componen la aponeurosis de inserción del transverso porque tanto la anterior o vertebral como la posterior o espinosa no tienen ningún valor.

En segundo lugar, salvo el oblicuo menor, más o menos desarrollado en esa zona, los demás músculos como el gran dorsal y el gran oblicuo se presentan como "*láminas musculares*" a ese nivel tanto más adelgazadas y débiles cuanto menos musculosos y más obesos sean los pacientes.

En tercer lugar las "*zonas débiles*", representadas por el "*triángulo de Petit*" y el "*cuadrilátero de Grynfeld*" exponen al desarrollo de eventraciones y hernias.

b) *Topografía y funcionalismo zonal*: la fijeza de la inserción de los músculos de la fosa lumbar en la cresta ilíaca, ilio-pubiana y lumbar, contrasta por otra parte con la excesiva movilidad de la inserción superior costal, exponiéndola a frecuentes e intensos "*tironcamientos*" en caso de complicaciones operatorias o post-operatorias (neumotórax quirúrgico, pleuresía, bronquitis, neumonía, etc., etc.) en las que la disnea intensa y la tos, juegan un papel muy importante en el desarrollo de las eventraciones.

En resumen: el sólido marco óseo existente en 3 de los 4 lados de la fosa lumbar (costillas, columna vertebral y cresta ilíaca) la pobreza de las láminas aponeuróticas, el escaso desarrollo muscular, la existencia de 2 zonas débiles (Petit y Grynfeld) y la excesiva movilidad de la zona, desde el punto de vista anatómo-funcional y si a ello se agrega la extrema delgadez u obesi-

dad, una incisión *con drenaje, en ocasiones*, y complicaciones operatorias o post-operatorias como procesos pulmonares, supuración local o fístula urinaria, se explica el desarrollo de tales eventraciones, que a pesar de todo no son tan frecuentes en la actualidad.

La eventración lumbar post-operatoria es un proceso caracterizado por la dehiscencia de los planos músculo-aponeuróticos de la zona afectada con un saco peritoneal conteniendo en su interior vísceras huecas. A veces este cuadro no se presenta completo y sólo se comprueba una relajación parietal pero sin tener saco peritoneal. Los elementos que propulsan bajo la zona débil, pueden estar formados por acúmulos de grasa retroperitoneal. Las molestias que esta eventración ocasiona a los pacientes, son de distinto carácter y dependen del tamaño de las vísceras alojadas en el saco, reductibilidad de éstas, sensibilidad personal, etc. Es muy difícil observar en estos procesos una estrangulación intestinal y se explica perfectamente por el hecho de que el saco herniario tiene un cuello amplio en la mayoría de las ocasiones, que permite el desplazamiento fácil de las vísceras en todo sentido pudiéndose en última instancia, abogar por la no existencia de un verdadero saco peritoneal.

Debido a la amplia utilización de la vía lumbar para la cirugía renal que se efectúa habitualmente, cabría suponer la observación de gran cantidad de eventraciones de este tipo, pero no ocurre así y la proporción de los casos es muy inferior a lo que se ve en cirugía general, abdominal. Las lumbotomías intermusculares o conservadoras, que respetan *los nervios parietales*, no siempre es posible llevarlas a cabo por el reducido campo operatorio que ofrecen. Por eso es que en la mayoría de las intervenciones de la fosa renal, se efectúan procedimientos que no toman en cuenta las premisas de las lumbotomías anteriormente comentadas, y es así que se seccionan de través planos musculares o se sacrifican elementos nerviosos que tanta importancia tienen por su función trófica, para la buena reparación post-operatoria de la pared lumbar. Otro elemento al cual le damos gran importancia en la etiología de estas eventraciones es al drenaje porque en ocasiones, es un factor debilitante de la pared al provocar dehiscencia y procesos infecciosos locales que hacen fracasar en parte las suturas. *Para obviar este inconveniente y obtener cicatrices operatorias limpias y secas, es que desde hace varios años utilizamos un drenaje de la fosa lumbar que no sale por la herida sino por una contra-abertura en la fosa ilíaca* ("drenaje postural o por gravedad"). Este drenaje actúa eficazmente, y nuestros pacientes sometidos al mismo han evolucionado bien con cicatrización por primera intención de su herida lumbar y con la consiguiente seguridad en lo que respecta al desarrollo de una eventración postoperatoria.

Está demostrado que en el determinismo biológico de los procesos que se producen en las cicatrices, hay elementos de suma importancia que debemos tener presentes al efectuar una intervención de esta envergadura. Así es que la protidemia, la cantidad normal de glóbulos rojos y hemoglobina, el tenor de los tejidos en ácido ascórbico, etc., son elementos cuya tasa normal nos pone a cubierto de una falla en la cicatrización.

Las infecciones deben ser combatidas en forma eficaz para evitar la dehiscencia de las suturas. Todo proceso que en el post-operatorio inmediato provoque hipertensión abdominal, como la tos, distensión intestinal con cambios electrolíticos, disuria, etc., obra como causa coadyuvante en el debilitamiento de las incisiones quirúrgicas.

Con respecto a la importancia del material de sutura, calibre, composición, etc., empleado en el cierre de las lumbotomías, mucho se ha discutido:

en cuanto a nosotros, sólo podemos decir que empleamos sistemáticamente catgut crómico N° 1 ó 2, en razón del posible contacto con orina sin ajustarlo excesivamente, afrontando bordes, habiendo obtenido muy buenos resultados.

Previo a la intervención, deberá examinarse el estado metabólico y combatir las deficiencias referidas para tener la máxima seguridad en el nuevo post-operatorio.

El tratamiento previo de las deficiencias operatorias con gimnasia adecuada, antibióticos si hay infección, vitaminoterapia, etc.) debe ser muy cuidadoso.

Si comprobamos que en la eventración hay elementos viscerales permanentes, alojados en el saco como signo de una verdadera "pérdida de domicilio", debemos efectuar "el neumoperitoneo progresivo" tal como lo preconiza Goñi Moreno.

Caso N° 1. — Historia N° 1.682. 68 años.

Eventración lumbar derecha post-nefrectomía.

Operación (dic. 1950): reparación de la pared e injerto con fascia de bovino.

Alta (enero 1951) en buenas condiciones.

Caso N° 2. Historia N° 870. 52 años.

Absceso perirrenal. Op. (28-X-47): reparación por planos; no se coloca injerto.

Alta en muy buenas condiciones. 21-X-47.

Caso N° 3. — Historia N° 1.854. 36 años.

Diagnóstico: Uronofrosis por litiasis. Nefrectomía derecha (15-I-51): 6 meses después gran eventración.

Operación: (29-X-51); gran eventración lumbar derecha: reparación de la pared e injerto de piel.

Nueva eventración post-operatoria y reoperación 6 años después (27-XI-57). Post-operatorio normal: no se utilizó injerto.

Caso N° 4. — Historia N° 757. 33 años.

Operación (31-III-47): Nefrectomía por litiasis coraliforme derecha; 10 años después concurre con una gran eventración lumbar derecha.

Operación (18-IV-58): reparación por planos e injerto de piel. Alta curada (18-IV-58).

CONSIDERACIONES

Además de los conceptos expuestos sobre la anatomía, topografía y fisiología de la zona, metabolismo, material de sutura, drenajes, supuraciones, fistulas, etc., etc., debemos decir que la dificultad en la *reparación* de la pared se debe a la falta de elementos aponeuróticos o musculares para cubrir la dehiscencia. Es común encontrar una zona blanda por dehiscencia en la que se puede introducir fácilmente los dedos, rodeada por un amplio anillo fibroso, constituido por el borde de los músculos retraídos o por el marco óseo.

La resección de la piel muestra en el fondo un tejido blanquecino, globuloso, fibroso, deshilachado a veces, representado por la aponeurosis de inserción del transverso en cuyos bordes se observan fibras delgadas y pálidas y esclerosa de los músculos vecinos; debajo hallamos un tejido celular muy pobre por lo general y el peritoneo.

Es interesante observar cómo la disección cuidadosa permite aislar el tejido aponeurótico de las fibras musculares retraídas que forman el anillo, la resección consecutiva de la misma con el objeto de extirpar el exceso y la sutura con *catgut cromado* N° 1 ó 2 ó *hilo de algodón*, según coloquemos o no un injerto de piel. En todos nuestros casos pudimos afrontar sin mayores dificultades el plano muscular, más superficial, bastante fibroso pero que sirvió como

gran elemento de contención de las vísceras. Sobre éste aplicamos frecuentemente el *injerto de piel* amplio y tenso, como tela de tambor.

El enfermo que presentamos a Uds. resulta interesante porque a raíz de una nefrectomía derecha por litiasis, practicada hace 7 años, hizo una *gran eventración* que fué operada 6 meses después con sutura metálica e injerto de piel; un proceso pulmonar posterior hizo fracasar la reparación. Seis meses después decidió *operarse nuevamente* (27-XI-57) por las molestias que le ocasionaba la gran eventración. Sin embargo, a pesar de los inconvenientes decidimos *reoperarlo*, previo estudio radiográfico en el que se pudo observar el hilo metálico seccionado. La reparación de la pared no ofreció mayores dificultades a pesar de ser intervenido a ese nivel por 3ª vez, logrando extraer las hebras metálicas y afrontar los bordes con hilo de algodón sin inconveniente. A pesar de una persistente y peligrosa supuración el enfermo presenta en la actualidad, a los 8 meses, una buena pared como Uds. podrán observar.

En resumen diremos: que con un enfermo bien preparado, de acuerdo con los conceptos enunciados, el éxito quirúrgico es seguro si se hace una buena disección y afrontamiento de planos en una zona que evidentemente impresiona por la falta real de "tela" (aponeurosis y músculos).