

EVENTRACION LUMBAR

Dres. H. PAGLIERE *, J. BARROETAVERÑA y C. SCORTICATI

Es difícil establecer la frecuencia real de las eventraciones lumbares por no haber exámenes postoperatorios alejados en escala suficientemente grande para establecer su incidencia sobre el total de operados. L. Pagliere y F. Oliva en 1940 hallan 8 eventraciones sobre 90 operados citados para su verificación. Es así que casi ningún cirujano puede presentar series que lleguen a la decena de casos, lo que dificulta la confrontación de diferentes técnicas en cuanto a la calidad de resultados obtenidos con cada una de ellas. Koontz, en su libro sobre hernias, refiere seis casos, dos operados con la técnica de Dowd por él ampliada, dos con el agregado de malla de tantalio y dos con injerto de piel. Los resultados fueron igualmente buenos en todos, por lo que preconiza dicha técnica sin el agregado de otros elementos.

De cualquier manera su incidencia es seguramente pequeña sobre el gran número de lumbotomías realizadas. Las causas obedecen, entre otras, a la no apertura del peritoneo, a la presencia en la parte anterior de la herida de la porción coalescente del colon, a la tracción que el sigmoideo ejerce sobre la porción descendente del mismo colon y aun al riñón, cuando no se ha extirpado, que bloquea eficazmente la herida al adherirse a ella, aunque Kretschmer pudo reunir 13 casos de distinto origen, en que el riñón estaba contenido en el saco herniario.

Las eventraciones lumbares pequeñas, que conservan los elementos musculares propios de la región relativamente indemnes, así como las hernias lumbares, suelen resolverse eficazmente con el cierre simple de la brecha eventradora, uniendo ambos bordes musculares, anterior y posterior, previa invaginación del saco, que debe realizarse con precaución por la incorporación del colon al mismo. Si los elementos musculares dan para ello pueden imbricarse, aun así acostumbra ser dificultosa la aproximación muscular en la zona próxima a la cresta iliaca al no poder reunir el dorsal con los oblicuos fijos a dicha estructura. En las eventraciones mayores es prácticamente imposible el cierre con los elementos que constituyen los límites de las mismas, ya que habitualmente quedan uno o dos centímetros de músculo sobre la cresta iliaca y menos aun en el borde inferior de la costilla; en estos casos se ha recurrido a la resección de la 11ª y 12ª costillas para poder bajar como telón los intercostales, a la sección de la 12ª costilla en la vecindad de su extremo posterior con el mismo fin de descenderla, manteniendo este elemento para reforzar la pared, a la incorporación de elementos extraños, malla de acero, de tantalio, teflón o marlex o de elementos del propio enfermo, colocación de injertos de piel y de fascia con resultados varios. Lyonnet y col. presentan una variante que creemos puede ser de utilidad y que consiste en la realización de varias perforaciones que atraviesan la cresta iliaca, por donde luego se pasan los puntos que traccionan de los restos del dorsal con su aponeurosis y de ambos oblicuos.

De los diferentes recursos a que obligan las grandes eventraciones, la técnica de Dowd, publicada en 1907, nos parece el más efectivo, ya que utiliza elementos aponeuróticos propios del paciente y tomados de formaciones vecinas, estos elementos son: la aponeurosis que cubre los glúteos y la masa muscular lumbar común. Brevemente consiste en lo siguiente: reseca la cicatriz se aísla el saco que se invagina con una o más líneas de sutura, se

* Rodríguez Peña 161, Buenos Aires.

procura colmar el ángulo superior aproximando el dorsal a la masa de los oblicuos, el resto de la brecha se cierra con un colgajo cuadrangular tomado de la aponeurosis lumbar que se vuelca hacia adelante, fijando su borde que era interno al tallarlo al borde anterior del orificio. Se realiza una incisión de piel celular hacia abajo, sobrepasando la cresta iliaca en 15 ó 20 cm. para tallar otro colgajo con la aponeurosis glútea que se rebate volcándola hacia arriba; este colgajo puede ser cuadrangular o en media luna, con él se colma el extremo inferior de la brecha, saturándolo por detrás y arriba al colgajo aponeurótico lumbar y por delante al borde del anillo. Hay que tener en cuenta al tallar estos colgajos aponeuróticos que reducen su superficie en un tercio o más al liberarlos de las conexiones musculares y tratando por consiguiente de ser generosos en su trazado adecuándolos a la pérdida de sustancia que se procura cubrir. El gran despegamiento celular obliga a un vendaje compresivo y a uno o más tubos de avenamiento con eventual aspiración continua.

Hemos tratado con esta técnica dos pacientes con resultados satisfactorios cuyas historias clínicas resumimos a continuación:

M. R. de P., historia clínica 598. Policlínico Mariano Castex:

Hace un año y medio es operada de hidronefrosis realizándose plástica pieloureteral, la evolución postoperatoria inmediata se realiza sin complicación.

En el momento actual presenta eventración a nivel de cicatriz operatoria de lumbotomía que hace procidencia con los esfuerzos de tos y en la estación de pie para desaparecer en decúbito lateral derecho. Los bordes anterior y posterior son de naturaleza fibromuscular, mientras que el superior e inferior se encuentran limitados por el reborde costal y la cresta iliaca.

En setiembre de 1970 es intervenida realizándose plicatura del saco y reparación de la brecha ósteomuscular con técnica de Dowd. En el postoperatorio y durante varios meses aqueja dolores en cara externa del glúteo izquierdo que progresivamente disminuye en intensidad.

2º CASO

L. D., 65 años, lituano, historia clínica 11804. Hospital Alvear.

Hace 15 años el paciente sufre una caída desde varios metros de altura produciéndose la fractura de varias costillas inferiores del hemitórax izquierdo. Fue intervenido en el Sanatorio de una Obra Social ignorándose tratamiento realizado. Actualmente consulta por la aparición de una tumoración en el flanco izquierdo del tamaño de un puño de adulto, a nivel de cicatriz operatoria. Refiere que se acompaña de ocasionales dolores y sensación de pinchazos, particularmente en posición de pie.

Operación en junio 1970. Resección de cicatriz operatoria prolongándose la incisión en el tercio superior de región glútea, se disecan los planos musculares observándose una brecha de 6 x 3 cm. Se reseca el extremo de 12ª costilla. La brecha se ocluye parcialmente uniendo oblicuo mayor y dorsal ancho. El borde inferior de la misma se cierra con colgajo de fascia lata según técnica de Dowd. Postoperatorio sin particularidades.

RESUMEN:

Se presentan dos pacientes con eventración lumbar postoperatoria tratados con la técnica de Dowd con resultados satisfactorios en ambos pacientes. Se preconiza dicha técnica en las eventraciones voluminosas.

BIBLIOGRAFIA

- Azagra Cotado, L.*: Hernias de localización lumbar. Bol. y Trab. Soc. Argen. Ciruj., 13, 491, 1952.
- Bernardi, R.; Budich, M. y Chiodi, J.*: Eventración lumbar, tratamiento quirúrgico 4 casos. Reg. Arg. Urol., 27, 210, 1958.
- Casiraghi, J. y Ferrengo, O.*: Hernia lumbar. Bol. Soc. Arg. Cirujanos, 10, 840, 1949.
- De Dominicis*: Tratamiento de las eventraciones postoperatorias. El Ateneo, 1953.
- Dowd, C.*: Congenital lumbar at the triangle of Petit. Am. Surg., 45, 245, 1907.
- Echesortu, C.*: Hernia lateral del abdomen consecutiva a una lumbotomía. Rev. Argen. Urol., 10, 427, 1941.
- Gadano, N. y Bragioni, P.*: Eventración lumbar recidiv. plástica con malla de alambre de acero inoxidable y resección costal. 3er. Congreso Soc. Urol. Prov. Bs. As., 1-10-1966.
- Gallano, F.; Barredo, C. y Laplace, C.*: Hernias y eventraciones, su tratamiento con malla de acero inoxidable. 22 Jornadas Soc. Ciruj., 630, 1964.
- Goria, V. y Eblagón, R.*: Lumbotomía posterior. Incisión intercostal, nueva experiencia. VI Congreso Americano y III Argentino de Urología, 568, 1956.
- Koontz, A.*: An operation for massive incisional hernia. Surg. Gynec. Obst., 101, 119, 1955.
- Koontz, A.*: Hernia. Appleton. New York.
- Kretschmer, H.*: Hernia of the kidney. J. Urol., 65, 944, 1951.
- Lyonnet, C.; Rey, J. Z. y Ciruzzi, M.*: Hernia lumbar recidivada. Prensa Méd. Arg., 43, 2858, 1955.
- Manzi, H.*: Tratamiento de la hernia lumbar con injertos heterólogos. Prensa Méd. Arg., 56, 1672, 1969.
- Mathis, R. y Goldaracena, J.*: Eventraciones costoiliacas posteriores. Rev. Arg. Urol., 27, 53, 1958.
- Nyhus, L. y Harkins, H.*: Hernia. Ed. Intermédica, 1967.
- Pagliari, L. y Oliva, F.*: Eventración en cirugía renouretal. 12° Cong. Arg. Cirugía, 1940.
- Sibilla, C.*: Eventración lumbar postoperatoria. Semana Médica, 48, 858, 1941.
- Bases, L.*: Eventración lumbar. Injerto de piel. Bol. Trab. Soc. Argen. Ciruj., 12, 194, 1951.

DISCUSION

Dr. Sáenz. — Quisiera preguntar a los comunicantes qué diferencia existe entre dejar ese gran colgajo y hacer directamente el injerto libre.

Considero que, posiblemente, la base del colgajo no es suficientemente nutricia como para que la vascularización llegue hasta arriba, hasta el extremo distal.

El colgajo libre haría más estética la incisión y permitiría el paso de la aponeurosis.

Dr. Delporte. — Considero muy interesante esta comunicación respecto de las eventraciones postquirúrgicas que felizmente observamos en contadas ocasiones.

Generalmente, nos encontramos ante un hecho consumado: Un enfermo que ha sido operado por otro cirujano, generalmente un cirujano general, porque nosotros los urólogos somos muy cuidadosos en cuanto al abordaje del riñón al hacer la intervención correspondiente. Tratamos de conservar y de individualizar perfectamente los planos musculares, cosa que se pone en evidencia en una incisión clásica o en la de Ekehorn ampliada.

Inclusive cuando hay que hacer esta incisión más extensa porque el acto quirúrgico lo requiere, la individualización correcta de los distintos planos musculares y sobre todo el respeto que hay que tener por los nervios de la región, nos pondrán a cubierto de esta desagradable complicación, no solamente del punto de vista estético sino también clínico, ya que trae aparejadas algunas molestias.

Lo ideal en estos casos, es prevenir.

Dr. Pagliere. — Al doctor Sáenz le diré que hace falta un número suficiente de casos como para hacer el estudio comparativo de las distintas técnicas, a fin de establecer si es preferible un injerto libre, o utilizar la aponeurosis vecina sin cortar todas sus conexiones.