

## SOBRE LA INCISION TORACO ABDOMINAL DE MEROLA (\*)

Dr. Homero Cosco Montaldo

Constituye para mí un alto honor en recordar, desde la prestigiosa cátedra de la Sociedad de Cirugía, reunida en homenaje al Prof. Lorenzo Mérola, la incisión tóraco-abdominal por él descrita en 1916 <sup>(1)</sup>, con la doble finalidad de dejar bien establecida la *paternidad* de este excelente método de abordaje, justamente cuando otros autores se atribuyen la originalidad, y de poner de manifiesto la *visión quirúrgica* del Maestro, ya que su incisión ha tomado, en los momentos actuales, proyecciones inesperadas.

La incisión tóraco-abdominal de Mérola fué concebida con la finalidad de abordar de manera sencilla y atraumática la cara superior del hígado, que, escondida debajo del diafragma, es de acceso quirúrgico difícil por la vía abdominal.

La técnica de la incisión tóraco-abdominal de Mérola la podemos apreciar en los diapositivos originales que se proyectan:

1. **Incisión torácica:** empieza a nivel de la línea escapular y se dirige hacia abajo y adentro, siguiendo la 10ª costilla, hasta el reborde costal.

2. **Incisión abdominal:** franquea el reborde costal y termina en el abdomen con la dirección y extensión que el caso requiera. Es de hacer notar cómo el autor es flexible en cuanto a la dirección de la parte abdominal de la incisión, que queda a criterio del cirujano y supeditado a las necesidades del caso.

3. **Resección de la 10ª costilla** hasta el reborde torácico, en una extensión variable (12 a 15 cms.).

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la sesión del 10 de octubre de 1951.

4. Se cae sobre un plano que, recorriéndolo hacia abajo y adentro, consta de 3 zonas: pleural, subpleural y abdominal. En la zona *abdominal* habrá que disociar los planos de la pared abdominal; en la zona *media*, atravesar la inserción costal del diafragma, y en la zona *pleural*, incindir las dos pleuras y el diafragma. Es necesario aislar la pleura como en la operación de Israel, por la sutura o por la colocación provisional de pinzas.

El Israel es una operación netamente torácica; la de Mérola es una tóraco-abdominal o, mejor dicho, una tóraco-freno-laparotomía trans-pleural.

En el ejercicio quirúrgico, este abordaje es de gran utilidad y fácil manejo porque permite dar predominancia al campo torácico o al campo abdominal, según los casos, con recorrido abdominal variable, y permite además comenzar la incisión tanto por el tórax como por el abdomen.

El valor práctico de la tóraco-laparotomía es indiscutible como vía de abordaje. Pero es necesario establecer dos circunstancias diferentes de utilización: cuando el abordaje se plantea *antes* del acto quirúrgico y cuando se desea ejecutarlo *durante* el curso de una operación en marcha.

En esta última situación es cuando la incisión de Mérola brilla con la inteligencia de su autor, porque se identifica con las cualidades salientes del inspirado cirujano.

A este respecto, Mérola hace notar una circunstancia que figura entre las razones que lo han conducido a practicar su procedimiento: *la utilización de necesidad de su incisión*, como en el caso que, después de realizada una laparotomía abdominal dirigida a un quiste hidático de hígado, por ejemplo, se aprecia en la operación que el acceso hacia el quiste es más difícil a causa de su localización profunda; basta entonces prolongar la incisión hacia el tórax resecaando la costilla, para alcanzar la meta propuesta.

Nada más real ni más cierto.

En efecto, hemos utilizado con especial preferencia la vía de Mérola en el cáncer alto de estómago, cáncer del cardias y 1/3 inferior de esófago, en los quistes hidáticos del hígado y en la esplenectomía. Pero además, a ella le debemos la solución quirúrgica de dificultades no previstas en instantes que, habien-

do dado comienzo a una intervención con un plan preconcebido, las lesiones comprobadas han obligado a modificar el curso táctico, encontrando en la tóraco-freno-laparotomía la vía sencilla y segura que permite alcanzar el objetivo propuesto.

Los casos probatorios son múltiples y largos de exponer ahora. Sólo relataré como ejemplo típico el caso de una enferma de 49 años que sufría desde hacía un año y presentaba una gran tumoración redondeada que, sobrepasando el reborde costal, se extendía hacia abajo hasta el ombligo y hacia adentro hasta la línea media, con desaparición del Traube y levantamiento del reborde, la radiografía evidenciaba un quiste hidático calcificado del hipocondrio izquierdo, y se interviene con anestesia local a través de una incisión supraumbilical paramediana izquierda. La operación demostró que se trataba de un gran quiste calcificado de bazo, y no de hígado, cuyo polo superior se hallaba profundamente hundido en la fosa frénica, a la cual levantaba, adhiriendo al lóbulo izquierdo del hígado y a la cúpula diafragmática.

No cabía otra solución que la esplenectomía, ya que el simple drenaje hubiera condenado a la enferma a una larga supuración. Era necesario obtener un amplio acceso a la fosa frénica, debido a que el bazo era grande, presentaba un pedículo extendido dividido en tres subpedículos, el quiste adhería al estómago y sobre todo al diafragma de manera íntima, lo que imposibilitaba la movilización del bazo, y, por último, se debía continuar con la anestesia local, dada la imposibilidad de obtener la cooperación de un anestesista.

La incisión de Mérola era la única solución y, efectivamente, la tóracotomía, resecaando la 9ª costilla en una extensión de 14 cms., me permitió practicar satisfactoriamente la esplenectomía, con amplia visualización de la bóveda diafragmática (fig. 1).

Obsérvese el auxilio importante que significó el abordaje de Mérola como recurso improvisado, que permitió cumplir felizmente la esplenectomía de un bazo con esplenomegalia y con un gran quiste hidático calcificado, fuertemente adherido a lo más profundo de la logia frénica, sin provocar neumotórax, y con sólo anestesia local, todo ello realizado gracias al injerto de una incisión torácica sobre la incisión abdominal.

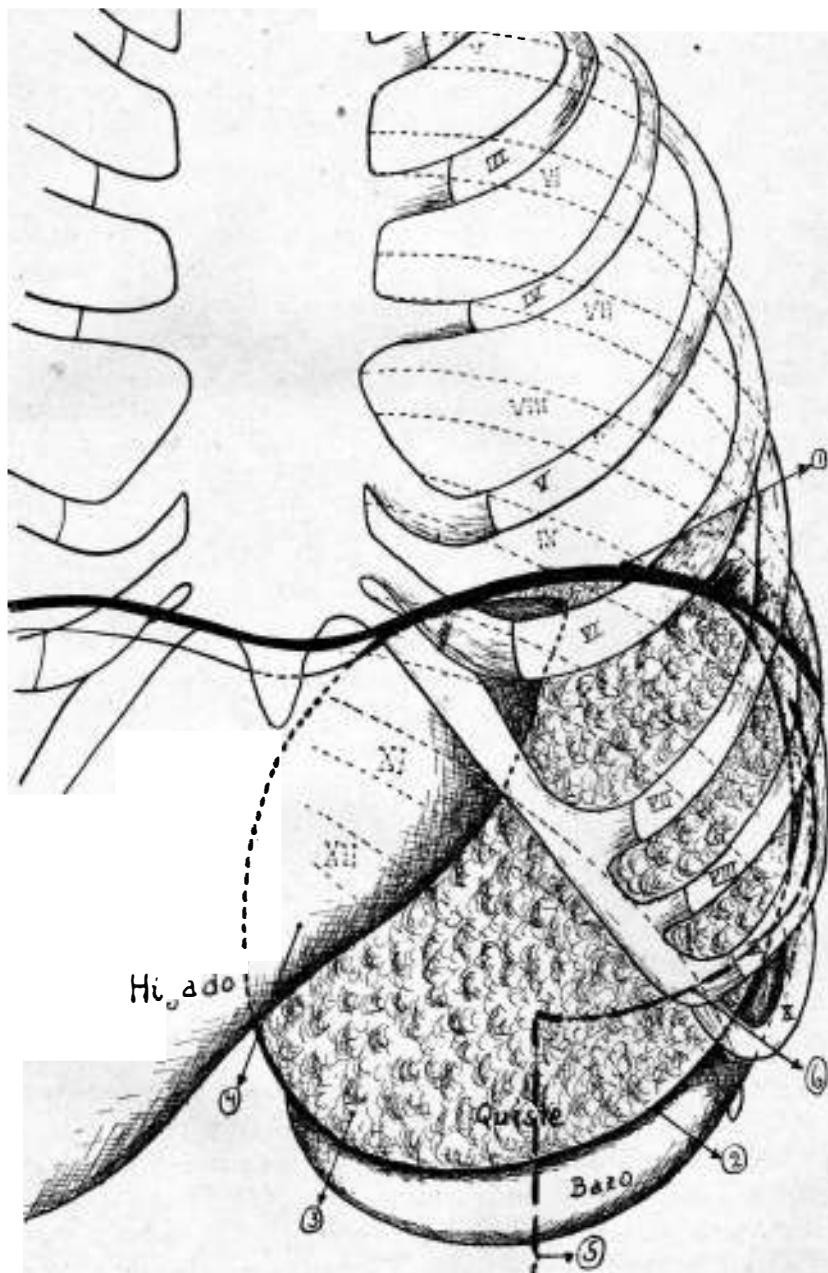


FIG. 1. — Esquema de la esplenectomía. Se un quiste hidático calcificado de bazo (3) adherente al diafragma (1) ubicado sobre la cara anterior del bazo (2) y adherente a la cara posterior del lóbulo izquierdo del hígado (4). Se empezó con incisión paramediana (5) y se continuó prolongándola con una tóraxotomía de necesidad (6).

El acoplamiento a la incisión torácica de cualquier tipo de incisión abdominal, ya sea esta horizontal (como un Sprengel), vertical o paralela al reborde costal, da a la incisión de Mérola, por lo tanto, una elasticidad y una oportunidad quirúrgica de extraordinaria importancia, lo que en sí constituye una característica saliente de acuerdo al espíritu ágil del Maestro, cirujano de decisiones rápidas y de improvisaciones brillantes.

En los casos que llegaron a requerir más luz, Mérola dejaba ya establecida la posibilidad de seccionar las costillas limítrofes, novena y undécima, adelantándose así a la técnica preconizada en la esofagectomía a través del abordaje trans-torácico.

Y si agregamos, finalmente, que la resección de la décima costilla no constituye una exigencia imperativa en su abordaje, pudiéndose utilizar la simple incisión intercostal o la resección de la costilla vecina, y que el autor empleaba su método tanto para el H. D. como para el H. I., concluimos en que *el concepto directriz de Mérola fué el de ofrecer un abordaje tóraco-abdominal transpleural que en el tórax siguiese la dirección de las últimas costillas y que en el abdomen se combinara con cualquier incisión que llegara al reborde costal.*

Este concepto amplio de la tóraco-freno-laparotomía transpleural, a 35 años de planteada por su autor, y con los adelantos de la anestesia que permite la cirugía a tórax abierto, ha visto confirmar su alto valor quirúrgico, con el planteamiento moderno de recientes y audaces intervenciones.

La incisión de Mérola se actualiza de año en año.

Se rejuvenece con el transcurso del tiempo, y varios autores se disputan su paternidad.

Así, por ejemplo, Humphreys (2) publica en 1946 un artículo sobre la "Vía de abordaje para las resecciones del esófago y del cardias gástrico", en el cual describe una incisión abdomino-torácica que se superpone al acceso tóraco-abdominal de Mérola.

En 1948, Heaney y Humphreys (3) en un artículo titulado "La vía tóraco-abdominal derecha", preconizan esta incisión para enfermos biliares obesos y para heridas tóraco-abdominales. Textualmente dice: "hasta ahora no hemos oído del uso electivo de una vía para el hipocondrio derecho por medio de una incisión tóraco-abdominal".

Blakemore (4), en 1948, en su artículo sobre "Derivación porto-cava en el tratamiento quirúrgico de la hipertensión portal", recomienda el acceso tóraco-abdominal, refiriéndola a los Dres. Humphreys y Heaney.

En 1948 (5), Satinsky, de Filadelfia, presenta como suya la vía tóraco-abdominal aplicada a la anastomosis porto-cava.

En 1950 (6), Ridker, Nielsen y Willis Potts, de Chicago, en un artículo sobre "Técnica para la anastomosis porto-cava" utilizan el acceso tóraco-abdominal derecho transdiafragmático y consideran a Satinsky y Humphreys como los autores de la incisión tóraco-abdominal.

También en 1950 (7), Cooper, Leadbetter y Chute, en su artículo sobre "El abordaje tóraco-abdominal para el vaciamiento ganglionar retroperitoneal en los tumores de testículo" utilizan la tóraco-laparotomía y expresan equivocadamente que en 1933 Ohsawa fué el primero en emplear el abordaje tóraco-abdominal transpleural.

Dejando de lado el análisis de la múltiple paternidad a que, después de 30 años, da lugar la incisión de Mérola, pasemos a considerar su aplicación actual y observaremos que cada día sus indicaciones son más numerosas y sus defensores más decididos, constituyendo una verdadera avalancha científica que proclama las ventajas de la incisión de Mérola.

Toda una moderna, difícil y entusiasta cirugía de avance se apuntala gracias a la amplitud del campo quirúrgico que supo ofrecer, adelantándose a su época, la imaginación creadora del Maestro.

Así, en la cirugía del *cáncer gástrico* este abordaje ofrece una exposición de todo el estómago con sus ganglios, de la mitad inferior del esófago, del bazo, del páncreas, duodeno y colon transverso.

Técnicamente, así se puede resolver la gastrectomía total en el *carcinoma gástrico*, como lo preconiza Lahey en sus últimas publicaciones, y extirpar sus vías de diseminación linfática y su extensión a órganos contiguos, como el bazo, cola de páncreas y mesocolon transverso. En los casos de neoplasma en las proximidades del cardias, en que el proceso se extiende con fre-

cuencia hacia arriba, la vía tóraco-abdominal facilita una amplia extirpación del esófago, con anastomosis intratorácica.

Lo mismo sucede en la cirugía del *esófago*, como en el neoplasma, acalasia y estrechez. Garlock (1947), Lahey (1946) y Sweet (1947) preconizan la tóraco-laparotomía para la resección del esófago y para la gastrectomía total.

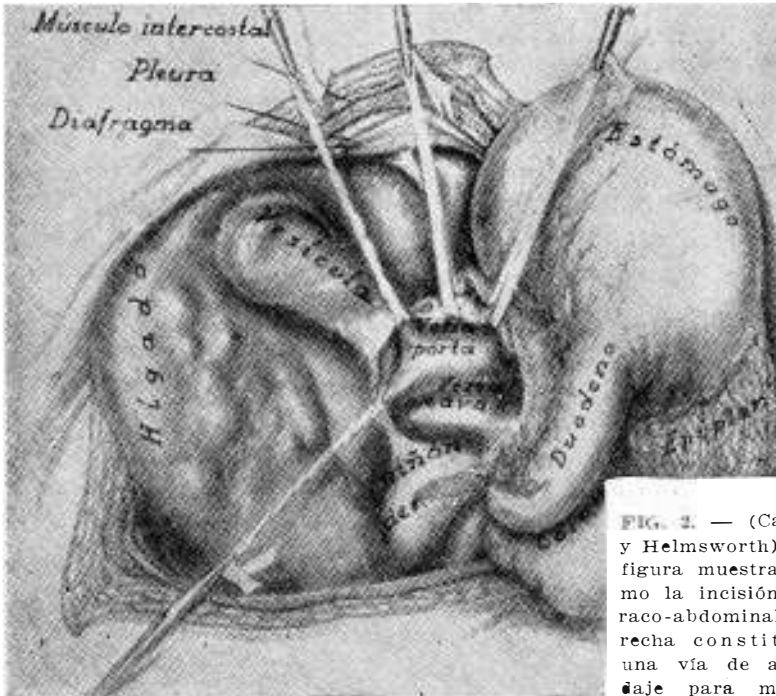


FIG. 2. — (Carter y Helmsworth). La figura muestra cómo la incisión tóraco-abdominal derecha constituye una vía de abordaje para múltiples órganos y có-

mo el hígado se puede hundir en el tórax a través del diafragma seccionado, facilitando intervenciones sobre el colédoco, la porta y la vena cava inferior.

En las *hernias diafragmáticas*, con viscera distendida y estrangulada, la tóraco-freno-laparotomía soluciona el problema.

En los *carcinomas de riñón*, *feocromocitomas suprarrenales*, esta incisión ofrece una doble ventaja: previene la hemorragia por la ligadura previa de los vasos renales que se visualizan con facilidad y permite la disección del órgano tumoral bajo la vista, en lugar de ejecutar maniobras ciegas.

En los *tumores de testículo*, Cooper últimamente preconiza

el abordaje tóraco-abdominal sobre 10ª costilla para ejecutar de manera total el vaciamiento ganglionar retroperitoneal.

En la *cirugía del bazo*, también esta incisión permite realizar, sin mayor traumatismo, esplenectomías difíciles de bazos hipertrofiados y adherentes.

Igualmente, en la *hipertensión portal*, si se trata del lado izquierdo, la incisión tóraco-abdominal ofrece una luz ventajosa para ejecutar esplenectomías y resolver las dificultades de una anastomosis espleno renal.

Analicemos ahora las últimas conquistas del abordaje de Mérola practicado a derecha (fig. 2).

En la *cirugía biliar*, tratándose de grandes obesos, Carter (8), en 1947 ha recurrido a la tóraco-laparotomía para llevar a cabo colecistectomías, rotando previamente el hígado dentro del tórax a través del diafragma seccionado.

En la *hipertensión portal*, si se trata de intervenciones sobre el lado *derecho*, este acceso expone de manera extraordinaria la vena porta y la vena cava inferior para realizar la anastomosis porto-cava, ya que la sección del diafragma permite hundir el hígado en el tórax y anular quirúrgicamente la incómoda tapa del hígado.

En la cirugía de las *estenosis benignas del colédoco*, que tanto empuje ha cobrado en los últimos 10 años, el acceso que estudiamos ofrece una amplia visión del colédoco y sobre todo de la parte superior del pedículo hepático y quita a estas difíciles intervenciones la fama del pronóstico sombrío.

La intervención, también audaz y de alta cirugía, como lo constituye la *resección de extensas porciones del lóbulo derecho del hígado* (lobectomía hepática derecha), exige la ejecución de un abordaje tóraco-abdominal.

*Sintetizando*, pues: alrededor de la incisión tóraco-abdominal gira una impetuosa y audaz cirugía moderna, como lo constituye los capítulos de la gastrectomía total, neoplasma del cardias, neoplasma bajo de esófago, acalasia, estrechez de esófago, hernias diafragmáticas, cirugía de la hipertensión portal con la anastomosis porto-cava y espleno-renal, la lobectomía hepática derecha, feocromocitomas suprarrenales y neoplasma de riñón, vaciamiento ganglionar retroperitoneal amplio en los tumores

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

del testículo, heridas tóraco-abdominales y el rico capítulo de las secciones y estrecheces benignas del colédoco. Esta pléyade tan excepcional de nuevas e importantes intervenciones, que han buscado ayuda en la incisión tóraco-abdominal como medio de resolver su ejecución, constituye uno de los mejores homenajes que la cirugía puede brindar al Maestro.

El abordaje de Mérola, concebido en el pasado, se desarrolla en el presente y se agiganta en el futuro.

Mérola vuelve para convivir con nosotros la inquietud de la constante labor quirúrgica, guiando nuestro bisturí con el derecho de su inteligencia, el fervor de su dinamismo y la intuición de su genio creador.

### BIBLIOGRAFIA

- 1) MEROLA, LORENZO. — Notas Anatómicas y Clínicas (2ª serie), 1920.
- 2) HUMPHREYS, GEORGE. — Vía de abordaje para las resecciones del esófago y del cardias gástrico. Anales de Cirugía, agosto 1946; pág. 1450.
- 3) HEANEY, J. y HUMPHREYS, G. — La vía tóraco-abdominal derecha. Anales de Cirugía, noviembre 1948; pág. 2243.
- 4) BLAKEMORE, ARTHUR. — Derivación porto-cava en el tratamiento quirúrgico de la hipertensión arterial. Anales de Cirugía, octubre 1948; pág. 2116.
- 5) SATINSKY, VICTOR P. — Vía tóraco-abdominal para anastomosis porto-cava. Anales de Cirugía, noviembre 1948; pág. 2233.
- 6) RICKER, NIELSEN y POTTS. — Técnica para la anastomosis porto-cava. Anales de Cirugía, noviembre 1950; pág. 2072.
- 7) COOPER, LEADBETTER y CHUTE. — The Thoracoabdominal Approach for Retroperitoneal Gland Dissection; its Application to Testis Tumors. Surgery, Gynecology and Obstetrics, Abril 1950; pág. 486.
- 8) CARTER y HELMSWORTH. — Observaciones sobre la utilización de la incisión tóraco-abdominal combinada. Anales de Cirugía, mayo 1950; pág. 746.

Dr. HOMERO COSCO MONTALDO  
Av. Fco. Soca 1361 — Montevideo