

## INCISION TRANSAPONEUROTICA PARA ABORDAJE DE ABDOMEN SUPERIOR (\*)

(Se proyectó una película relacionada con el trabajo)

**Dres. Bonifacio Urioste, Héctor Macció y Samuel N. Bertón**

Las buenas incisiones para abordaje del abdomen superior a nivel del epigastrio e hipocondrio están basadas en dos directivas:

- 1º Obtener el dominio de la región a actuar.
- 2º Reintegrar la pared abdominal incidida en lo posible a su normalidad anatómo-fisiológica.

Desde hace dos años (mayo 1955) usamos una incisión en abdomen superior, especialmente en vías biliares y cirugía gástrica, que combinan la travesía de la mitad superior de la línea blanca con la vaina del recto, reclinando a éste hacia afuera, sin seccionarlo. No la hacemos sistemáticamente, pues según las circunstancias usamos (fig. 1):

a) La subcostal de Kocher, que es excelente para vías biliares, y en especial donde sospechamos un pedículo profundo y difícil.

b) La paramediana transrectal derecha bien interna sobrepasando arriba el reborde en el corte de partes blandas y llegando en el corte de piel y hoja anterior de la vaina al ombligo, siempre que deseemos entrar y salir rápidamente del abdomen.

c) La mediana clásica supra umbilical en enfermos con diagnósticos inseguros, y en especial en aquéllos que consideramos portadores de más de una lesión orgánica en el abdomen superior.

La incisión tiene variantes en sus detalles según nuestro objetivo. La describiremos tal como la realizamos en el abordaje de vías biliares (ver figs. 1, 2, 3 y 7).

---

(\*) Trabajo presentado a la Sociedad de Cirugía el día 3 de julio de 1957.

1º El corte de piel y tejido celular subcutáneo comienza arriba sobrepasando la articulación xifo-esternal, llegando medialmente hasta la mitad de la distancia xifo-umbilical, curvándose entonces hasta alcanzar el borde externo del recto a nivel de la 8ª o 9ª extremidad costal. Exponemos así la línea alba en su sector superior y la hoja anterior de la vaina del recto (fig. 2).

2º Seccionamos la hoja anterior según el corte de piel separando a la vaina de la superficie del músculo. La intersección

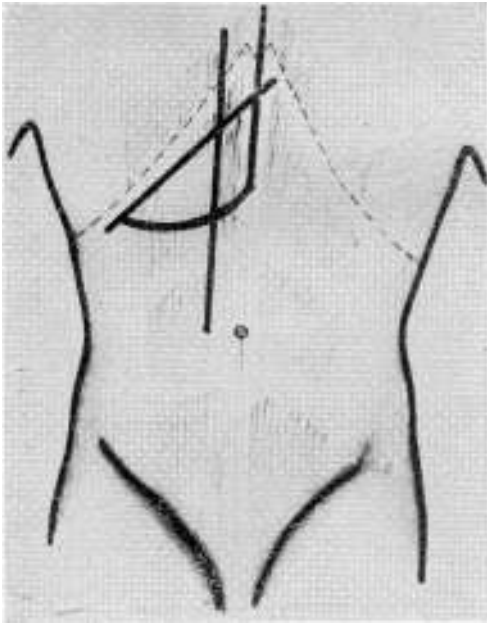


FIG. N° 1.

del recto que queda por debajo la separamos de la vaina, completando ampliamente la desinserción muscular en sus caras superficial y profunda. La liberación de la intersección aponeurótica debe hacerse con mucho cuidado para conservar por una parte la integridad de la vaina y por otra la del músculo. A medida que van apareciendo los vasos en la intersección o que del músculo pasan a los planos superficiales los vamos electrocoagulando, consiguiendo así un campo exangüe y fácil.

3º Entramos en la línea media desde esta incisión seccionando su parte inferior e introduciendo un dedo que la va libe-

rando del tejido celular sub-peritoneal, haciéndose un corte más controlado, para no entrar en las vainas cuando la línea alba es estrecha.

4º Al xifoides lo liberamos bien por su cara posterior y procedemos a la desinserción en su borde derecho del manto ligamentoso que lo envuelve. La liberación que hacemos desde abajo hace que el fondo de saco pleural en su fracción extratorácica del

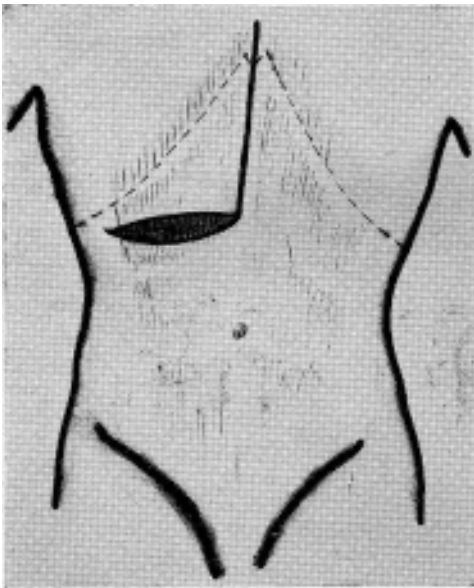


FIG. Nº 2.

ángulo xifo-costal, quede protegido y separado hacia arriba, atrás y afuera. Nunca lo hemos abierto. El xifoides está rodeado por una arcada vascular (ramas de la unión de la epigástrica con la mamaria interna) que sangra abundantemente.

Esta desinserción ligamento aponeurótica de la vaina del xifoides (sin resección de éste), contribuye a la movilización amplia del sector externo parietal y en ello hacemos hincapié para obtener un buen campo.

5º Incidimos la hoja posterior de la vaina del recto buscando la orientación de las fibras del transverso para disociarlo en la parte externa. Por este motivo esta sección la situamos

más horizontal y a un nivel en su extremo externo más alto que la incisión de la piel y hoja anterior (figs. 3 y 4).

6º Con la sección de la hoja posterior hemos entrado en la cavidad peritoneal; incidimos a continuación el peritoneo anterior y el ligamento falciforme. La sección de éste nos evita llevar el hígado hacia afuera con el separador; obtener de este órgano

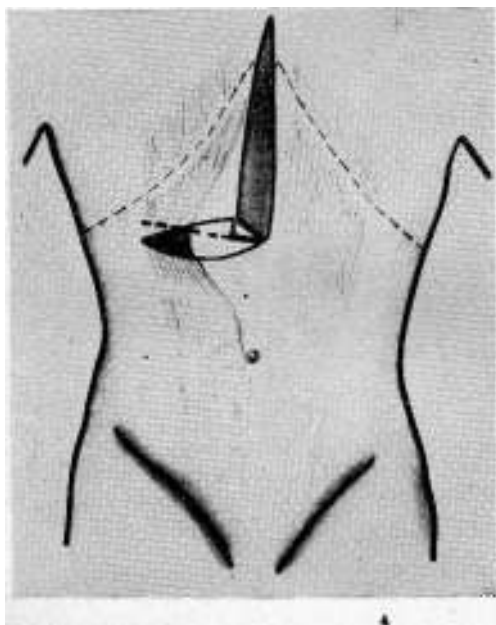


FIG. Nº 3.

una mejor exposición, y exteriorizar cómodamente el lecho vesicular.

7º Exponemos la zona a trabajar después de la exploración, manteniendo la incisión con un separador estático (Balfour, Gosset, García Capurro). Dos cualidades que debe tener una incisión para vías biliares: que nos separe bien el reborde, y que nos permita trabajar cómodamente en el colédoco terminal. Esta consigue esos objetivos.

Una mecha de a metro ocluyendo el Winslow y alejando el ángulo derecho, y un rollo de García Capurro, son suficientes para darnos amplio campo. Si sospechamos una litiasis coledociana hacemos de entrada la maniobra de Vautrin dejando pre-

parada la zona para la buena exploración manual, instrumental y colangiográfica.

Nos situamos a la izquierda para actuar en vías biliares.

### Variantes

Hacemos algunas variantes para el abordaje gástrico, duodeno, pancreático y del hipocondrio izquierdo (fig. 5).

Para la gastrectomía sub-total, o en la total ensanchada es nuestra incisión de elección. Liberamos bien el ángulo xifo-costal izquierdo o resecamos el xifoides. Conservamos el tercio inferior de la línea blanca entrando a la vaina más perpendicularmente.

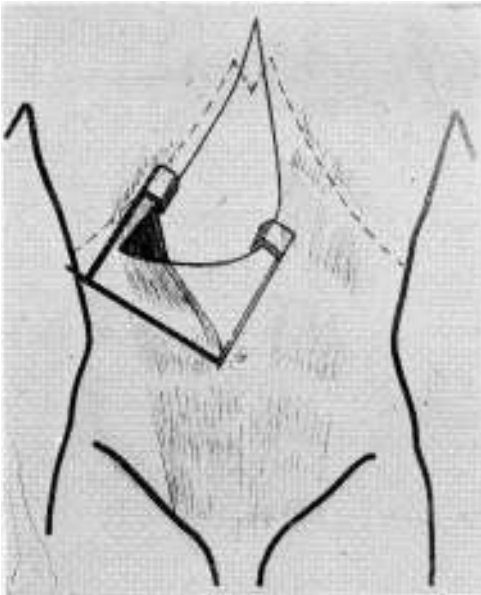


FIG. Nº 4.

En la exéresis duodeno-pancreática prolongamos la incisión en la vaina por debajo del ombligo para obtener la más amplia luz.

Para las esplenectomías preferimos las vías torácicas puras o la combinación tóraco abdominal. Pero si nos decidimos por la vía abdominal esta incisión, entrando en la vaina izquierda, permite hacer bien la esplenectomía como la realizamos en un caso.

### Complicaciones

Tanto en las medianas clásicas como en esta incisión, puede hacerse una colección sero hemática entre el plano peritoneal

y la línea blanca pese a la más rigurosa hemostasia. Las dificultades de la obliteración vascular en la parte alta (liberación o resección xifoidea) y la constitución del tejido celular subperitoneal, lo explican.

Es más frecuente esta colección que no la que puede establecerse superficialmente en el tejido celular subcutáneo. Por eso dejamos un pequeño drenaje de goma o tubo flex, entre dos puntos de sutura en la línea alba, para propiciar su rápida eva-

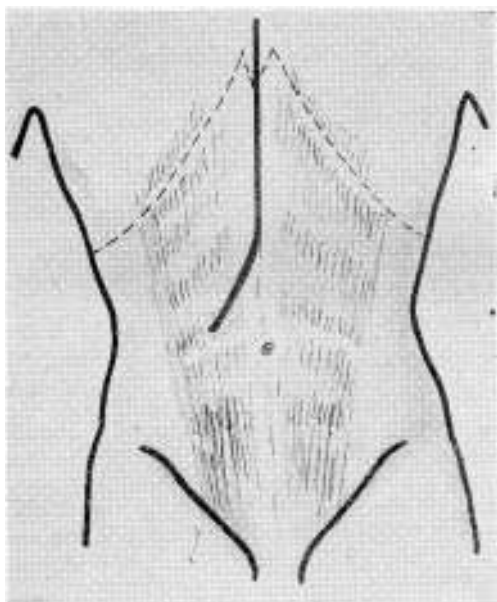


FIG. Nº 5.

cuación. Creemos así prevenir una causa de eventración. La resección xifoidea tiene como consecuencia una osificación de la línea blanca que puede extenderse considerablemente: en un caso nuestro llegó a tomar las  $\frac{2}{3}$  superior de la línea. Por eso si la liberación nos da luz suficiente no resecamos el xifoides.

### Ventajas de esta incisión

1º Transcurre a través de aponeurosis sin seccionar músculos, ni nervios, ni vasos importantes. Permite una perfecta reconstrucción, quedando como exponente único de la agresión quirúrgica la cicatriz de la piel. En los jóvenes, deportistas, profe-

sionales como militares, por ejemplo, el tener una pared conservada es una necesidad vital.

2° Aprovecha de la mediana supraumbilical la parte menos eventrante. En casos de hacerse una eventración es de fácil corrección. De la mediana, la parte más débil y más difícil de cerrar es la mitad inferior, la zona yuxtaumbilical. Se ejerce en ella el ariete de la presión intra-abdominal, y cuando se establece una eventración debe repararse cuidadosamente.

En cambio esta incisión aprovecha de la mediana la parte menos expuesta a la acción separativa de los músculos anchos, y de la presión intraabdominal. La sutura de las hojas de la vaina tiene en su apoyo la acción muscular.

3° Si tenemos una evisceración (tuvimos un caso), el nuevo cierre es más fácil que con las otras incisiones.

4° Es el ideal para personas delgadas y longilíneas, pues la incisión es más económica, y la exposición máxima.

5° La liberación del borde derecho del xifoides, y del recto en su vaina, facilitan el alejamiento por los separadores del reborde costal. En maniobras sobre las vías biliares es esencial que la incisión favorezca la separación del reborde para exponer la cara inferior del hígado y con ella el lecho vesicular, así como el pedículo.

6° Se parece a la de Kher 2° manera, pero es más completa y evita la sección muscular. Las de Czerny, Kocher, Kersch y Bevan toman toda la línea media, teniendo en cuenta fundamentalmente la no sección de nervios.

7° En los casos difíciles en que las lesiones son otras que las previstas, la sección del recto o de su mitad interna nos amplía considerablemente el campo. Evitamos un excesivo desplazamiento del recto fijando la intersección aponeurótica desprendida, y amarrando a su vaina (hoja anterior) con los hilos hemostáticos.

8° El cierre es de más fácil ejecución. Cerramos primero la vaina, y después la mediana (plano peritoneal y aponeurótico).

El parecido del trazo de esta incisión con el perfil del bumerang (arma usada por los indígenas australianos), hizo que dos ayudantes en lugares distintos le bautizaran con este nombre.

Consideramos que la expresión "Incisión en bumerang", objetiva su forma.

Hemos traído a vuestra consideración una incisión que no la hemos visto descrita (únicamente hemos encontrado parecida a éste la de Kher 2ª manera). Consideramos que por sus muchas ventajas debe estar presente en nuestros abordajes para aprovechar de ella cuando está indicada.

**Dr. Etchegorry.** — Yo no me voy a referir especialmente a la incisión en sí, sino a dos puntos que han sido tocados aquí. Asiste a Urioste toda la razón cuando insiste en ese hematoma que se forma en el tejido subperitoneal como productor de eventraciones. Un día, hablando de éstas, sostuve que la infección jugaba importante papel en la aparición de aquéllas, olvidando que el hematoma es el mejor caldo de cultivo. En cuanto al temor de que habla el Dr. Cosco de la abertura del saco pleural, si bien yo no tengo gran experiencia en llevar la incisión hasta el xifoide, en cambio, he visto operar a muchos cirujanos que la hacen sistemáticamente, realizando la maniobra que acaba de describir Urioste; me referiría en especial a Bergeret, quien sistemáticamente, en la gastrectomía total decolaba el borde derecho del xifoides o lo extirpaba. Nunca le vi romper el saco pleural, y eso que realizaba la intervención en 55 minutos o una hora, término medio si no era una cosa muy complicada; vale decir, pues, que no ponía un tiempo especialísimo para efectuar la maniobra descrita. Si le sangraba, hacía una hemostasis muy cuidadosa del plano sub-peritoneal a electracoagulación. Así, pues, daba importancia a ese detalle a que nos referíamos Urioste y yo. Por eso, desde ese punto de vista, digo que puede estar tranquilo Cosco si practica bien la maniobra y una vez que se adquiere destreza en ella, el saco pleural deja de ser misterioso para el cirujano. Nada más.

**Dr. Cosco.** — La comunicación del Dr. Urioste ha sido muy interesante. En su técnica respeta el recto anterior del abdomen. De acuerdo a lo que expresa con experiencia en su técnica, obtiene una exposición amplia, un abordaje rápido y al mismo tiempo evita la sección de un músculo importante.

Creo que desde ese punto de vista hay que felicitar al Dr. Urioste por el esfuerzo por respetar la musculatura abdominal.

Es indudable que, en el momento actual, con todos los nuevos elementos con que cuenta el anestesista para obtener un completo relajamiento muscular, esta técnica se presenta como más realizable que antes, porque el músculo recto puede ser desplazado sin mutilación.

Referente a la parte alta del abordaje es conveniente ganar exposición a expensas del espacio vacío que queda entre el reborde y el apéndice xifoides, espacio que a menudo no es bien aprovechado. La resección del xifoides, sin embargo, a veces tiene su complicación a pesar del máximo

cuidado que se preste a ese tiempo operatorio, consistente en la apertura del fondo de saco pleural. Esto me ha sucedido en una oportunidad a pesar de operar prevenido y con el mayor de los cuidados. Se pone de manifiesto por un enfisema de la cara y del cuello del lado derecho. En el momento de la liberación del apéndice xifoides o luego, al separar con firmeza los dos rebordes costales, puede abrirse el fondo del saco pleural. Después de este caso, no se ha vuelto a repetir el accidente.

Esta incisión aplicada a las vías biliares, planifica la entrada en la zona parietal; en la zona profunda, hay una maniobra que permite una amplia exposición del campo operatorio porque desciende el hígado y despliega el pedículo hepático. Es la maniobra del descolamiento retro duodeno pancreático que yo practico sistemáticamente en la cirugía de las vías biliares.

En tales circunstancias, con una valva traccionando sobre el duodeno protegido por una compresa se obtiene una exposición muy amplia que contrasta con la reducida exposición corriente lograda sin tracción sobre duodeno previamente decolado. Con la maniobra mencionada se alarga el coledoco, se desciende el hígado, se expone, se exterioriza y superficializa el pedículo biliar. Por lo tanto a esta maniobra le atribuyo tanta o más importancia en la cirugía de las vías biliares, que la elección de los diversos tipos de incisión parietal.

Felicito nuevamente al Dr. Urioste por su presentación.

**Dr. Bosch.** — Para juzgar el beneficio de una incisión, hay que verla realizar o practicarla. No he visto hacer la que el Dr. Urioste preconiza. Pienso y es una pregunta que formula al comunicante, si en los casos de reintervención en vías biliares tal incisión otorga luz suficiente para poder actuar sobre ellas, permitiendo verificar decolamiento del duodeno y lograr abordar el proceso por fuera de la zona inflamatoria.

**Dr. Urioste.** — Agradezco a las personas que han hecho comentarios respecto a este trabajo.

La pregunta que hace el Dr. Bosch se la puedo contestar diciendo que sí, que esta incisión da una amplia luz. Practicamos la colangiografía intraoperatoria y la hacemos con esta incisión. Siempre que pensamos que hay un colédoco que debe ser explorado, hacemos la maniobra de Vautrin, como dije en el trabajo, haciendo el razonamiento formulado por el Doctor Cosco; es una maniobra que ayuda enormemente la exposición y ahorra tiempo para actuar en las vías biliares principales.

Cuando estuvieron en Montevideo los Dres. Crafoord y Senning, éste me decía que en Suecia se usaba la mediana para vías biliares porque el pedículo y el colédoco retropancreático se dominan mejor con ella. Me dio la pauta en ese sentido de que la mediana era una incisión muy buena para vías biliares, porque si bien es cierto que la vesícula es un poco externa, la parte fundamental donde tenemos que trabajar es en realidad central; esta incisión la domina perfectamente bien.

En el tipo de intervenciones a que se refiere el Dr. Bosch haciendo el decolamiento desde la derecha y tratando de renormalizar la situación para entrar en el Wirsung, es posible realizarla bien pues la reclinación del recto que va más hacia afuera de lo que supone, separando el reborde, permite una buena exposición en situaciones difíciles.

El Dr. Cosco se refirió a la liberación del xifoides; el Dr. Etchegorry lo ha contestado; es así como el Dr. Etchegorry lo dijo. La maniobra es asegurarsè cuando se entra en la línea blanca, decolando bien el subperitoneo. Hay una fascia por debajo de la línea blanca, que se deja hacia atrás con el dedo que se apoya contra el xifoides. El saco aparece y no incomoda llevado al mismo tiempo y reclinado junto con esa fascia, atrás y arriba. Esta maniobra la hemos hecho centenares de veces; en realidad porque en todas las gastrectomías que hacemos liberamos el borde izquierdo del xifoides sistemáticamente y lo resecamos en algunos casos.

Es evidente lo que dice el Dr. Cosco, relacionado con las anestésias modernas; ayudan para que podamos emplear incisiones menos agresivas y en lo que el Dr. Etchegorry también insistía del hematoma subperitoneal que mencioné en el trabajo. Insistí porque me parece que son justamente esos hematomas inaparentes de los primeros días de la intervención que se infectan secundariamente, los causantes de eventraciones y no colecciones formadas por delante de la aponeurosis. Es por lo que viene de atrás que conviene dejar un pequeño drenaje pues hay mucho más colección serohemática de lo que se supone. Agradezco a todos la atención prestada.