

TRATAMIENTO DE LAS EVENTRACIONES ABDOMINALES MEDIANTE PLASTIA CON MOVILIZACION DEL REBORDE COSTAL (*)

Dres. Eduardo C. Palma y Hugo Delgado

Las voluminosas eventraciones medianas supraumbilicales, crean generalmente al cirujano, un complejo problema de táctica y técnica operatoria, lo que ha sido motivo de preocupación constante y de la presentación de numerosos procedimientos quirúrgicos con resultados variables según los autores.

La técnica que nosotros empleamos, ha sido realizada con el concepto de que las plastias con tejidos vivos, bien vascularizados y en los que no se altera la inervación, son las ideales y de mejor pronóstico. Ella está basada en la movilización del reborde costal, lo que permite el deslizamiento de los últimos cartílagos costales con los músculos de la pared antero-lateral del abdomen, hacia la línea media.

Los músculos anchos del abdomen tienen inserciones inferiores, superiores y posteriores. En su parte anterior se unen para formar la vaina de los rectos, constituyendo una zona de inserción en la línea blanca. En las eventraciones de la línea media supraumbilical se pierde esta inserción anterior, que puede ser reparada habitualmente, efectuando la liberación del anillo, individualizando los planos músculo - aponeuróticos, aproximándolos para ser suturados en la línea media. Si esto se puede realizar en las pequeñas eventraciones y en las de mediano tamaño, no sucede lo mismo con las de mayor volumen, largamente evolucionadas, en las que la intensa fibrosis que se constituye, imposibilita en muchos casos su aproximación mediana y la sutura sin tensión.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 8 de marzo de 1959.

Las inserciones inferiores y posteriores de los músculos de la pared antero-lateral del abdomen son fijas, lo que nos llevó a movilizar las superiores. Esto lo hemos conseguido con la sección del reborde cartilaginoso contra el esternón y a nivel de la línea medio-clavicular, lo que permite deslizar hacia abajo y adentro, el plano parietal constituido por los últimos cartílagos costales y los músculos oblicuo menor y transverso que se insertan en los 5 o 6 últimos cartílagos costales, lo que se expone esquemáticamente en la figura 1 (A y B).

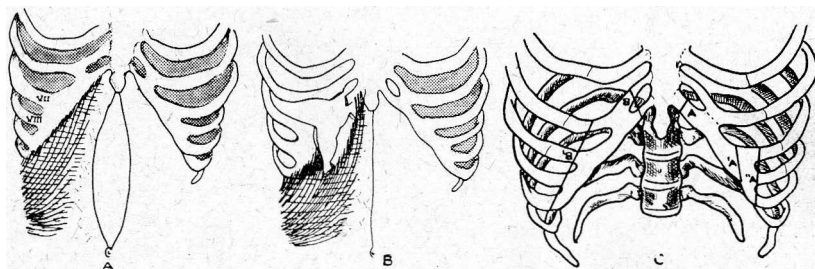


Fig. 1

Esta movilización condro-muscular no altera en lo más mínimo la inervación e irrigación local y regional, lo que nos permite asegurar a este plano músculo-aponeurótico desplazado para la plastia, los elementos necesarios para su trofismo tisular y su función.

Múltiples son las técnicas existentes para la reparación de las eventraciones medianas supraumbilicales, lo que nos habla de la complejidad del problema.

Las plastias con tejidos han sido efectuadas con colgajos y con injertos. Como colgajos musculares fueron utilizados los rectos anteriores del abdomen, cruzándolos sobre la línea media; el músculo oblicuo mayor y el pectoral mayor.

Como colgajo aponeurótico, la vaina de los rectos es la más frecuentemente empleada, con múltiples variantes de técnica.

El injerto con piel o con fascia lata es frecuentemente utilizado, siendo el procedimiento de elección para muchos autores.

Las plastias con tejidos muertos, fascias humanas o bovinas conservadas, han sido desplazadas por otras técnicas en el momento actual.

En los últimos años se han utilizado diversos materiales inertes, metálicos y sintéticos para la reparación de las grandes eventraciones, con resultados satisfactorios.

En la *Plastia por movilización costal* consideramos 2 tiempos:

I) **Mediano**

- a) Resección de la cicatriz anterior.
- b) Liberación del saco de la eventración y de la vaina anterior de los rectos; resección del saco (fig. 2, A).
- c) Liberación de los bordes del anillo, resecano el tejido

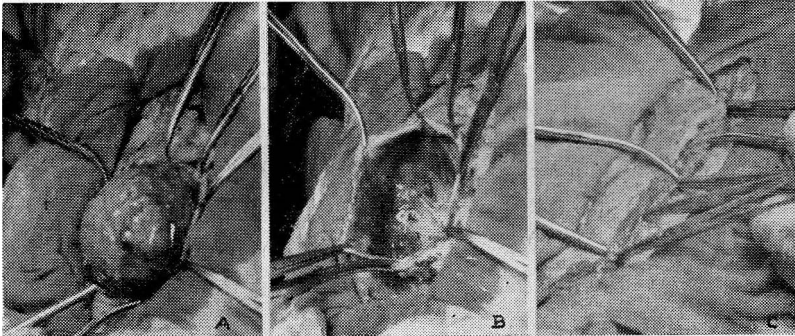


Fig. 2

fibroso neoformado, por ser un elemento que interfiere en una cicatrización correcta (fig. 2, B).

- d) Liberación de adherencias viscerales.

e) A través del peritoneo, observamos el relieve del reborde costal. Lo abordamos luego de incidir el peritoneo (fig. 3, A) lo más cerca posible del esternón; se rugina el 7° cartílago a ese nivel y se secciona (fig. 3, B), resecano un pequeño fragmento (fig. 3, C) para que el plano condro-muscular deslice con facilidad y evitar que el roce de los segmentos del cartílago luego de seccionado, sea factor causal de una condritis. En muchas personas el 6° y 7° cartílago están unidos por puente fibrocartilagenoso que es necesario seccionar. En los últimos pacientes operados con esta técnica, hemos efectuado el abordaje del reborde costal por vía subperitoneal, considerando que esta vía es más sencilla y rápida.

II) Lateral

a) Incisión de unos 6 cms., oblicua de arriba abajo y de afuera adentro a nivel del reborde costal, en la línea medio - clavicu- lar; aparece un plano formado por el oblicuo mayor y el borde externo de la vaina del recto anterior del abdomen (fig. 4, A).

b) Sección de este plano muscular, siguiendo la dirección de las fibras del gran oblicuo; descubrimos a ese nivel el 7° y 8° cartílagos (fig. 4, B).

c) Incisión del 7° cartílago y resección de un pequeño frag-

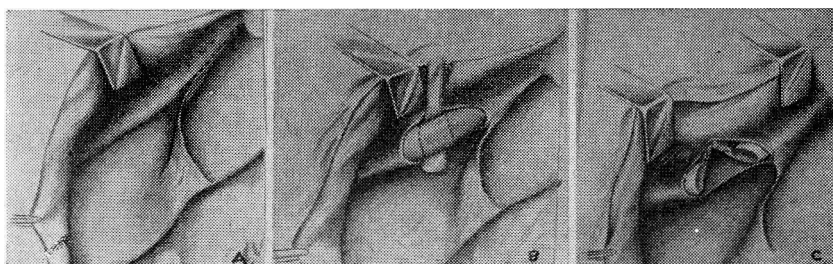


Fig. 3

mento igual que en el tiempo anterior, extremando los cuidados para no herir la pleura con esta maniobra (fig. 4, C).

De esta manera logramos deslizar el plano condro - muscular hacia la línea media, efectuando el cierre mediano sin tensión (fig. 2, C).

Si la reparación de la pared requiere una mayor movilización de este plano, podemos efectuar la sección, en la parte media, del 6° y 7° cartílagos y en la parte lateral, del 6°, 7°, 8° y 9° (fig. 1, C).

Estas resecciones condrales que favorecen el desplazamiento muscular, pueden ser efectuadas de un solo lado o en forma bilateral, lo que nos permite realizar grandes plastias en las voluminosas eventraciones o en pérdidas de tejidos a nivel de la línea media supraumbilical. Creemos que este procedimiento puede ser de mucha utilidad para la reparación de eventraciones subcostales.

Hemos utilizado esta técnica en un enfermo con una metástasis parietal de un neoplasma gástrico y en cinco pacientes con eventraciones de gran tamaño, que no podían ser reparadas con

los procedimientos habituales. La realización de la plástia con movilización costal se realizó sin incidentes, no observando trastornos inmediatos ni alejados y la recuperación parietal ha sido

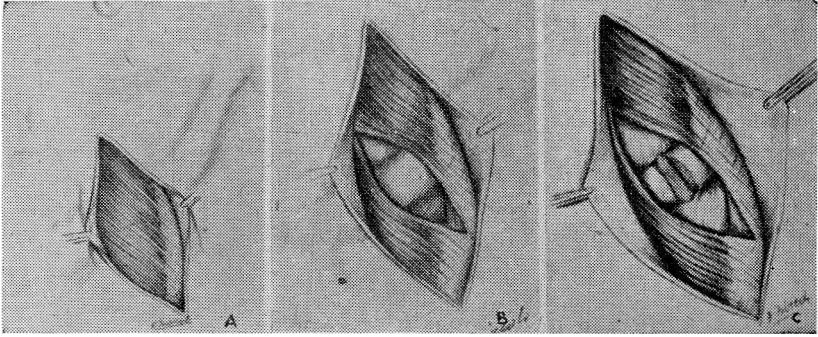


Fig. 4

excelente, controlada su evolución en los dos años y medio que lleva de intervenido el primer enfermo.

Aunque la casuística hasta el momento actual no nos permite sacar conclusiones definitivas, el éxito obtenido en los pacientes en que ha sido utilizada, nos ha estimulado para la presentación de esta nota previa.