

LAPARATOMIAS TRANSVERSALES EN EL NIÑO

Por los Dres. GUILLERMO ZIEGLER S. y JORGE DEL RIO H.

Clinica Quirúrgica Universitaria de Cirugía Infantil y Ortopedia del Prof. Arnulfo Johow.
Hospital Roberto del Rio.

Introducción.

Toda incisión abdominal debe necesariamente basarse en una serie de consideraciones anatómicas y fisiológicas de la pared abdominal. Para que una laparatomía se considere buena, necesita producir el menor daño posible, dar el campo operatorio necesario y, además, es bueno, claro que no indispensable, obtener una buena apariencia de la herida operatoria.

Por insinuación del Prof. A. Johow usamos las incisiones transversales de la piel y celular subcutáneo en las operaciones de hernia inguinal desde octubre de 1950. Como esta incisión sigue las líneas de la piel (ver fig. N° 1), la cicatriz operatoria reúne las máximas condiciones de cicatrización y estética.

Las líneas de la piel, descritas por Langer, están formadas por los surcos interpapilares y cruzan el abdomen anterior en una dirección transversal. Es conocido que las incisiones de la piel paralelas a estas líneas producen una cicatriz más firme y más fina que aquellas que las cortan perpendicularmente.

Esta incisión es usada en la clínica de Gross desde el año 1947 aproximadamente (Fig. N° 2).

Hemos usado, además, la incisión transversal umbilical desde 1944, con buen resultado funcional y estético; trabajo ya publicado en nuestra clínica y en esta revista en 1946.

En este trabajo no hablaremos de las laparatomías de Kocher y subcostal izquierda, que se han usado con buen resultado entre nosotros en numerosos casos de quiste hidatídico hepático y esplenectomías, por considerarlas, al igual que la laparatomía de Mac Burney (apendicular), laparatomías oblicuas y no presentar una novedad en nuestra cirugía.

Desde el 25 de septiembre de 1951 usamos en forma rutinaria las laparatomías transversales, que seccionan todos los planos (piel, tejido celular subcutáneo, aponeurosis, músculos y peritoneo) en la misma dirección. La hemos usado en aquellos casos en los cuales es necesaria una amplia exploración intraabdominal.

Los primeros cirujanos que han usado las incisiones transversales han sido Pfannesntiel, para las intervenciones en el abdomen inferior, y Sprengel, para las operaciones supraumbilicales. No sabemos si estas laparatomías se usan en otras clínicas de Cirugía Infantil.

No queremos exagerar la importancia del sentido de la dirección de las laparatomías, por cuanto los cirujanos las emplean diferentes para la misma operación, pero sí queremos señalar las grandes ventajas que las laparatomías transversales ofrecen cuando es necesario obtener un campo operatorio suficiente para la buena exploración de los órganos.

Esta clase de laparatomías, combinada a la hiperextensión del tronco, vir-

Fig. 1.

Fig. 3.

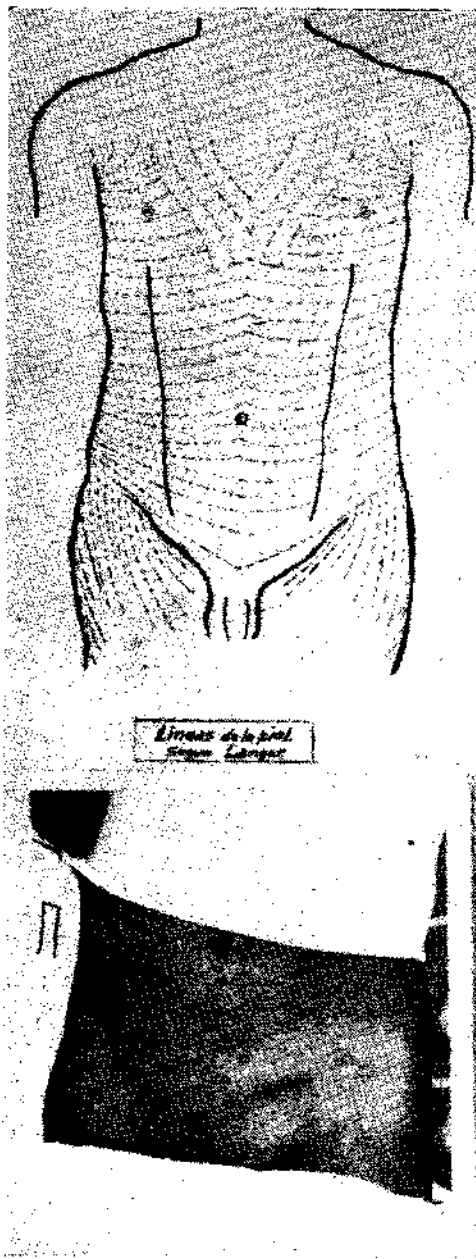


Fig. 2.

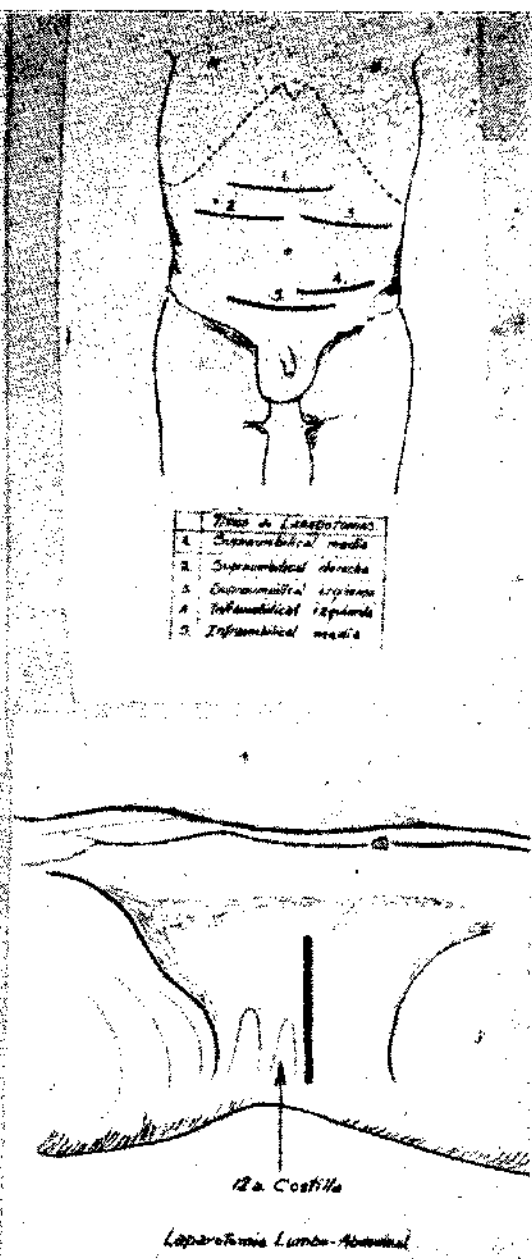


Fig. 4.

tualmente parte al niño en dos, permitiendo la laparatomía superior una buena exploración de todas las caras de hígado, vías biliares, estómago, páncreas, bazo e intestino y la inferior de todos los órganos pélvicos.

La laparatomía transversal se puede hacer a diferentes alturas, según la región sobre la cual se propone operar. Secciona un músculo recto anterior o los dos y puede o no prolongarse lateralmente, seccionando los músculos oblicuos y transversos del abdomen.

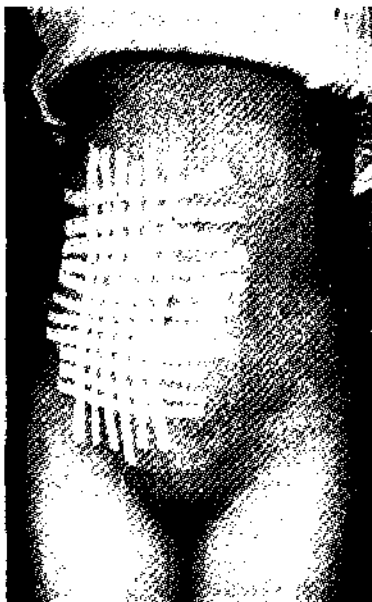


Fig. 5.

En la Fig. N° 3 se pueden ver las diferentes incisiones que hemos usado:

1) Laparatomía supraumbilical media, que se ha aplicado en casos de ascitis, epiteloma del lóbulo izquierdo del hígado, quiste hidatídico del hígado, subobstrucción intestinal y atresia intestinal y reparación de una anastomosis látero-lateral.

2) Laparatomía supraumbilical derecha, para casos de quiste hidatídico hepático, exploración de las vías biliares, atresia intestinal y un caso de hernia traumática.

3) Laparatomía supraumbilical izquierda, las que se han usado en es-

plenectomías y en exploraciones del diafragma.

4) Laparatomía infraumbilical izquierda, para operación de Swenson (megacolon) y resección de la S sigmoídea por quemadura.

5) Laparatomía infraumbilical media, para una resección intestinal por úlcera péptica, sutura del fondo de saco de Douglas y exteriorización de la S sigmoídea perforada.

6) Laparatomía lumbo-abdominal izquierda, para un caso de simpatectomía (Fig. N° 4).

Comentario.

Como se desprende fácilmente del cuadro resumen de nuestras historias clínicas, se han practicado laparatomías transversales en niños desde la edad de 24 horas hasta los 12 años.

Es interesante anotar que el niño operado a las 24 horas (caso N° 1 de nuestro cuadro) por una atresia del intestino, tuvo que ser reoperado al 4° día debido a que la boca anastomótica era insuficiente y, con gran admiración nuestra, la herida operatoria se encontraba firmemente cicatrizada, hecho que nos estimuló a seguir con esta clase de incisiones transversales, que siempre nos han dado un campo magnífico, sin el peligro de eventraciones post-operatorias, como se observa en las laparatomías verticales. Es interesante, además, advertir que con una laparatomía vertical nos hubiera sido imposible operar el caso N° 18, niño que presentaba múltiples quistes hidatídicos, situados en todas las caras del hígado y lóbulo izquierdo.

La gran variedad de diagnósticos de nuestra casuística indica que se puede usar este tipo de laparatomía en toda la patología abdominal más difícil, dependiendo su aplicación sólo de su localización.

En cuanto a la técnica quirúrgica de la laparatomía transversal, podemos decir que no presenta mayor dificultad. Debemos señalar sí que en las laparato-

CUADRO RESUMEN DE LAS HISTORIAS CLINICAS

	Nombre	Sexo	Edad	Nº Obs.	Diagnóstico	Operación	Tipo de incisión	Retiro de puntos piel	Accidentes	Observaciones
1	H. P. A.	masculino	24 hrs.	part.	Atresia intest.	Resección ileon	Supraumb. media	4 días	no	Reparado al 4º día
2	L. C. H.	masculino	2 meses	26454	Atresia Vías biliares	Laparotomía exploradora	Supraumb. derecha	24 días	no	
3	H. H. R.	masculino	4 meses	25602	Malform. congén. Vías biliares	Colédoco-Duodenostomía	Supraumb. media	16 días	no	
4	C. P. B.	femenino	1 año	14331	Megacolon	Operación de Swenson	Infraumb. izquierda	18 días	no	
5	E. G. G.	femenino	2 años	29293	Ascitis	Laparotomía exploradora	Supraumb. media	22 días	no	
6	H. D. L.	femenino	2 años	part.	Úlcera pépt. ileon Obstruc. intest.	Resección ileon	Infraumb. media	—	—	Herida operatoria en cicatriz.
7	J. C. V.	masculino	2½ años	19192	Paraplejía poliomiélica	Simpatectomía	Lumbo-abdom. izq.	18 días	no	
8	J. T. H.	femenino	3½ años	19002	Quiste hidatídico hepático	Quistectomía	Supraumb. derecha	9 días	no	
9	H. B. W.	masculino	5 años	part.	Síndrome de Banti	Esplenectomía	Supraumb. izquierda	20 días	no	
10	H. D. S.	femenino	5½ años	part.	Quemadura S. sigmoidea	Resección S.	Infraumb. izquierda	22 días	no	
11	G. M. L.	masculino	6 años	1781	Duplicac. intest. subobstr. intest.	Resección ileon	Supraumb. media	15 días	no	
12	M. F. L.	femenino	7 años	25442	Quiste hidatídico hepático	Quistectomía	Subcostal derecha	12 días	no	
13	M. G. S.	femenino	7 años	part.	Anemia hemolítica	Esplenectomía	Supraumb. izquierda	20 días	no	
14	J. E. V.	masculino	7 años	part.	Anemia hemolítica	Esplenectomía	Supraumb. media	20 días	no	
15	I. A. R.	femenino	8 años	28565	Perforación S. sigmoidea	Sutura S. sigm. Fondo de saco de Douglas	Infraumb. media	17 días	no	
16	A. A. P.	masculino	9 años	29107	Hernia traumát. hipocondrio der.	Reparación pared abdominal	Supraumb. derecha	16 días	no	
17	L. P. S.	femenino	11 años	29007	Epitelioma hepát. Hemorragia ag.	Laparotomía de urgencia	Supraumb. media	20 días	no	
18	H. C. C.	femenino	11 años	28839	Quiste hidatídico hepático	Quistectomía	Supraumb. media	12 días	no	
19	H. S. R.	masculino	12 años	28276	Herida penetrante Tóraco-abdo. izq.	Laparotomía de urgencia	Supraumb. izquierda	12 días	no	

mías supraumbilicales, la aponeurosis, a nivel de la línea media, se encuentra directamente encima del peritoneo, separada de él tan sólo por un escaso tejido grasoso pre-peritoneal, especialmente en los lactantes. Es en este punto donde es más fácil entrar al peritoneo.

Debido a la sección transversal del tejido celular sub-cutáneo y de los músculos, esta clase de laparatomías sangra más que las verticales, las cuales separan las fibras musculares y no las cortan, pero desde que usamos la electrocoagulación, la hemostasis se hace en condiciones rápidas y perfectas. En el corte muscular inferior, es necesario practicar siempre la hemostasis de la arteria epigástrica.

Estas incisiones no seccionan ningún nervio; respetan, por lo tanto, la inervación de todos los músculos abdominales, ya que los nervios intercostales, que se distribuyen en la parte superior del abdomen, se dirigen casi horizontalmente hacia la línea media. En el hemiabdomen inferior, la inervación también se efectúa desde ambos costados hacia la línea media, siendo, por lo tanto, esta laparatomía mucho más funcional que la vertical.

La sección de la irrigación vascular no presenta mayor importancia, ya que la irrigación de estos territorios se efectúa siempre por vasos verticales, tanto superiores como inferiores, al sitio de la sección.

Estas laparatomías son fáciles de reconstruir, retirando el cojín que causa la hiper-extensión dorso-lumbar y colocándolo de manera que ahora levante el tórax.

Suturamos el peritoneo, fascia posterior y aponeurosis posterior de la vaina del recto con catgut, en forma corrida. Como segundo plano, suturamos únicamente la aponeurosis anterior como puntos separados de hilo fino, ya que el músculo es imposible de suturar y, además, no es necesario, por cuanto la posición de Fowler post-operatoria pone frente a frente ambos cortes musculares, haciéndolos contactar perfectamen-

te, con lo cual la cicatrización de ellos se realiza en óptimas condiciones. Como tercer plano, suturamos el celular sub-cutáneo con catgut y la piel con puntos separados de hilo, puntos que se retiraron en nuestros enfermos entre el 9º y 24º día.

En general, las suturas son más demorosas, pero presentan la gran ventaja de no necesitar ninguna curación especial, como la que usábamos antes en las laparatomías verticales mayores, con telas adhesivas delgadas unas al lado de las otras, formando una verdadera parrilla, directamente encima de la herida operatoria (Fig. N° 5), para tratar de evitar así las eventraciones que a menudo seguían a esta clase de laparatomías.

En la Cirugía Infantil no debemos contar con la cooperación del niño, teniendo la laparatomía transversal la ventaja que los gritos, el llanto y el meteorismo abdominal no pueden causar la eventración, puesto que las fuerzas musculares, estando el enfermo en posición de Fowler, actúan únicamente en sentido horizontal, es decir, en sentido lateral, no influyendo esta tracción en la sutura aponeurótica, único plano resistente a las eventraciones.

No hemos tenido hasta ahora en nuestra casuística ningún accidente (eventraciones, etc.), palpándose siempre la herida operatoria firme y resistente.

Conclusiones.

Nuestra experiencia nos ha demostrado la utilidad de la laparatomía transversal en Cirugía Infantil, por lo cual la podemos recomendar como la laparatomía de elección en todos aquellos casos que necesitan una exploración amplia y completa del contenido abdominal.

El campo operatorio que proporciona esta laparatomía es más grande y útil que el de la laparatomía vertical.

No presenta dificultades técnicas en su realización y son más funcionales, pues respetan la inervación muscular.

La reconstitución de la pared es fácil y anatómica, siendo extremadamente rara la posibilidad de eventración post-operatoria, simplificándose con esto grandemente los cuidados post-operatorios.

Summary.

Our experience has demonstrated the usefulness of transversal laparotomy in childhood surgery on the basis of which we can recommend it as the logical laparotomy in all those cases that need an ample and complete exploration of the abdominal content.

The operating range which this laparotomy offers is bigger and more useful than the vertical laparotomy.

No technical difficulties are present during its development, and they are also more functional because the muscular innervation is respected.

The reconstitution of the wall is easy and anatomical, as the possibility of post-operational eventration is extremely rare, simplifying in this manner the post-operational care.

Bibliografía.

- KIRSCHNER. — Tratado de técnica operatoria. Labor. 1949. Barcelona.
 CHRISTMANN-OTTOLENGHI. — Técnica quirúrgica. El Ateneo. Buenos Aires. 1942.
 TESTUT-LATARGET. — Tratado de Anatomía Descriptiva. Librairie Octave Doin. París. 1932.