

Eventraciones: ¿Reconstrucción anatómica o cierre con malla? Presentación de un caso.

Dres. J.L. Cuervo, L. Herszage

Departamento de Cirugía. Hospital de Niños "Dr. R. Gutiérrez", Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Se presenta una niña de 7 años, con una eventración gigante mediana supra e infraumbilical, tratada exitosamente con reconstrucción anatómica de su pared abdominal. Los dos métodos básicos de tratamiento de las eventraciones (cierre anatómico versus cierre con malla) solucionan el defecto parietal; sin embargo el primero, si es posible su realización, tiene claras ventajas sobre el segundo, ya que restituye a la normalidad todas las alteraciones producidas por la eventración, sin dejar material protésico dentro del organismo. Las incisiones de descarga en la pared abdominal, utilizadas en los métodos de reconstrucción anatómica permiten su "refuncionalización". Existen y se adecuan a cada caso, numerosas técnicas exitosas basadas en incisiones de descarga. La técnica de Albanese para eventraciones medianas supraumbilicales, tiene un sólido fundamento anatómico y utiliza una inteligente combinación de descargas para cada plano muscular, que en conjunto cumplen con las premisas físicas y funcionales exigidas para solucionar grandes defectos parietales y la morbilidad concomitante a ellos. Queda a criterio de cada cirujano pediátrico el momento y el paciente adecuado para su uso.

Palabras clave: Eventracion de pared abdominal – Reconstrucción anatómica

Summary

We present a 7 years old girl, with a giant ventral hernia, successfully treated with an anatomical abdominal wall reconstruction. The two basics methods to treat a ventral hernia (anatomical closure versus prosthetic closure) resolve the parietal defect, but the first, whenever possible, advantage the second since it restores to the normality all the alterations associated with the ventral defect, without leaving inside any prosthetic material. The relaxing incisions in the abdominal wall allow its "refunctioning". There are several successful techniques based on relaxing incisions. The Albanese's technique for supraumbilical median incisional hernias has a solid anatomical basis and used an intelligent combination of relaxing incisions in each muscular level, that as a whole, fulfill the physic and functional premises required to solve the big parietal defects and its concomitant morbidity. It concern to each pediatric surgeon the indication for its use.

Index words: Ventral hernias – incisional hernias – anatomical reconstruction – onphalocele.

Resumo

Apresenta-se uma menina de 7 anos, com uma eventração gigante, mediana, supra e infraumbilical, tratada com sucesso com a reconstrução anatómica de sua parede abdominal. Os dois métodos básicos de tratamento das eventrações (fechamento anatómico ou com tela) solucionam o defeito parietal; porém o primeiro, se é possível sua realização, tem claras vantagens sobre o segundo, já que restitui à normalidade todas as alterações causadas pela eventração sem deixar material protético no organismo. As incisões de descarga na parede abdominal, utilizadas nos métodos de reconstrução anatómica permitem sua "refuncionalização". Existem, e são adequadas a cada caso, numerosas técnicas baseadas em incisões de descarga. A técnica de Albanese para eventrações medianas supraumbilicais, tem um sólido fundamento anatómico e utiliza uma combinação inteligente de incisões de descarga para cada plano muscular, que em conjunto cumprem com as premissas físicas e funcionais exigidas para solucionar grandes defeitos parietais e a morbilidade concomitante a eles. Fica a critério de cada cirurgião pediátrico o momento e o paciente adequado para seu uso.

Palavras chave: Eventração de parede abdominal - Reconstrução anatómica

Introducción

Las eventraciones, por su escasa frecuencia en niños, representan un capítulo poco desarrollado dentro de la cirugía pediátrica y cuando uno se enfrenta a un paciente con tal problema, surge la duda entre cerrar el defecto con algún tipo de material protésico o intentar una reconstrucción anatómica.

El objetivo del presente trabajo es mostrar un caso tratado exitosamente con este último método, resaltando sus beneficios.

Presentación del caso

Paciente de 7 años, sexo femenino, derivada a nuestro servicio por presentar una eventración mediana supra e infraumbilical, que comprometía 3/5 de la pared abdominal anterior (Figura 1).

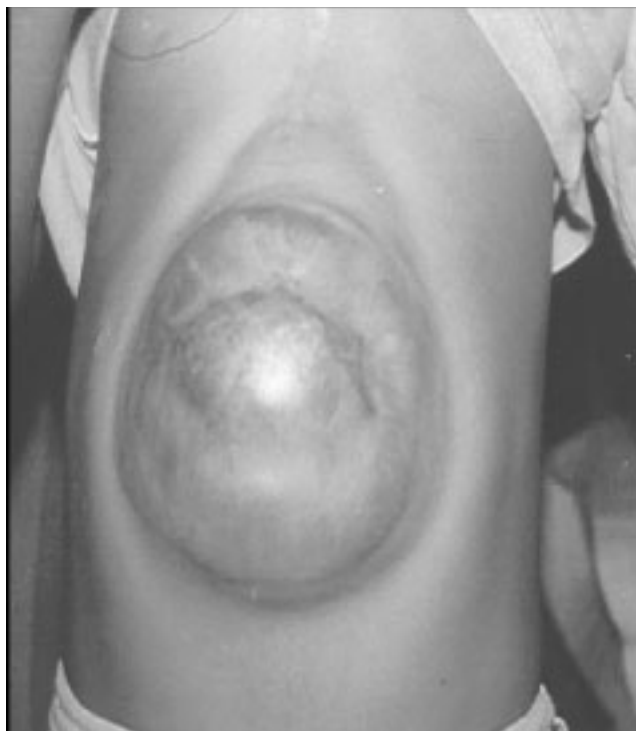


Fig. 1: Paciente con eventración mediana

La niña presentaba antecedentes de prematurez, tetralogía de Fallot y onfalocoe gigante con saco intacto, tratado durante el período neonatal con topiaciones diarias de iodopovidona¹⁻², quedando dicha eventración residual.

En marzo de 1999 fue corregida quirúrgicamente, realizándose una reconstrucción anatómica con téc-



Fig. 2: Paciente con eventración supra e infraumbilical corregida (Técnica de Albanese).

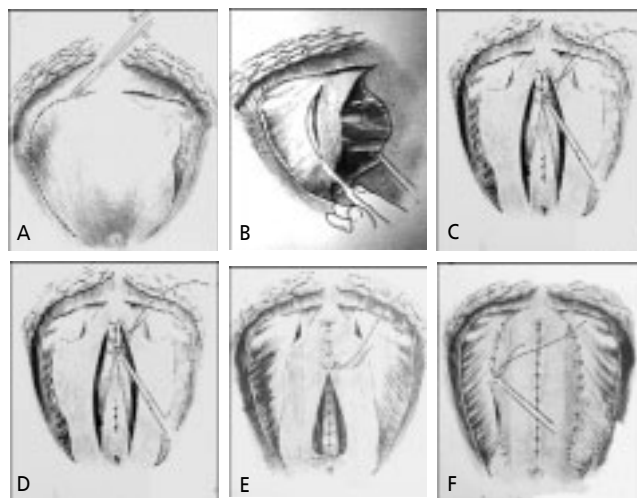


Fig. 3: Corrección de eventración mediana: Técnica de Albanese. A. Primera incisión de descarga sobre el oblicuo mayor, semicircular, cóncava hacia adentro, comenzando a nivel de inserciones costales 5ª, 6ª, 7ª, 8ª y 9ª y terminando a nivel de borde externo de vaina de recto. B. Segunda incisión de descarga sobre el oblicuo menor, vertical, a nivel del borde externo de su hoja de desdoblamiento anterior. C. Tercera incisión de descarga sobre la vaina del recto, vertical, a nivel de su borde interno, cara anterior. D. Sutura en la línea media de los bordes mediales de las incisiones practicadas en C (hojas posteriores de las vainas). (En el medio cierre de pequeña apertura del saco eventrógeno). E. Sutura en la línea media de los bordes laterales de las incisiones practicadas en C (hojas anteriores de las vainas). F. Sutura en cada lado del labio interno de descarga del oblicuo mayor al labio externo de descarga del oblicuo menor.

(Del libro Cirugía de las eventraciones – Dres. J. Barroetaveña, L. Herszage, H. Tibaudin, J.L. Barroetaveña, C. Ahualli – Editorial el Ateneo – BsAs – 1988). Con permiso del Dr. Herszage.

nica de Albanese³, la que básicamente consiste en exponer ampliamente la zona afectada, practicar 3 incisiones de descarga ubicadas adecuadamente para permitir la aproximación muscular y cerrar el defecto eventrógeno, reconstruyendo la pared abdominal, de tal modo que en todas las zonas queden 2 planos de soporte músculo-aponeurótico (Figuras 2- 3).

La paciente presentó un postoperatorio sin complicaciones, con deambulaci3n al segundo día y alta al quinto día.

Actualmente se encuentra en excelente estado, con su pared abdominal reconstruida y sin limitaciones físicas.

Discusi3n

Los grandes defectos cr3nicos de la pared abdominal (m3s de 6 meses de evoluci3n), cualquiera fuese su etiolog3a, condicionan en el paciente que los padece lo que la escuela francesa denomina "Enfermedad eventraci3n"⁴, queriendo significar que distintos 3rganos o sistemas se ven alterados.

As3 estos defectos cr3nicos producen:

-Alteraciones musculares: los m3sculos abdominales desinsertados o dislocados por la eventraci3n, conservan su irrigaci3n e inervaci3n, pero al no poder funcionar se transforman en hipotr3ficos (no hipopl3sicos).

-Alteraciones vasculares: dado que el abdomen es una cavidad el3stica con contenido s3lido, l3quido y gaseoso, el equilibrio de presiones condiciona el buen funcionamiento de los distintos 3rganos que contiene, entre ellos los peque os y grandes vasos.

-Alteraciones de los 3rganos huecos: el desplazamiento y la elongaci3n de los mesos determinan 3stasis y edema tisular, entre otros sitios en la submucosa de las v3sceras abdominales, con el consiguiente aumento del espesor de su pared, lo que altera su funcionamiento.

-Alteraciones del aparato locomotor: es bien conocido que tanto los esfuerzos realizados con los brazos (levantamiento de pesas, tenis, volley, etc.) como con las piernas (correr, saltar, patear), se ejecutan contracturando los m3sculos de la pared abdominal, con lo que se potencia el efecto.

El abdomen es la bisagra del cuerpo, ya que condiciona que t3rax y brazos por un lado y pelvis y piernas por el otro, se acerquen o separen de acuerdo a

la necesidad y este hecho est3 regido por la contractilidad y extensibilidad de los m3sculos de la pared abdominal.

Si este muro abdominal se encuentra alterado dichos movimientos se ejecutar3n en forma ineficiente, elemento a tener muy en cuenta en un paciente pedi3trico potencialmente deportista.

-Alteraciones respiratorias: es funci3n del transverso (cincha abdominal) acompa ar al diafragma en su funci3n espiratoria. Su desinserci3n o rotura condiciona la respiraci3n "en Volet" o paradójal, pues al contraerse extruye las v3sceras por el orificio eventrógeno, produciendo ca3da del diafragma y aumento del aire residual pulmonar, llevando progresivamente a la insuficiencia respiratoria.

Esto 3ltimo es una funci3n vital y cr3tica y para mejorarla basta ocluir el orificio eventrógeno.

La oclusi3n puede lograrse con distintos tipos de parches perennes sint3ticos (de polipropileno como el Marlex, Trelex, Atrium y Prolene; de dacr3n o poli3ster como el Mersilene; o de politetrafluor etileno expandido como el Goretex) y diversas formas de implantaci3n, con buenos resultados y algunas pocas complicaciones (f3stulas, adherencias, etc.)⁵.

Sin embargo, aunque estos parches son 3tiles para cerrar el defecto y mejorar la mec3nica respiratoria, no restituyen ni la est3tica ni la fisiolog3a de la pared abdominal; hechos que si se logran restablecer con las distintas t3cnicas exitosas basadas en incisiones de descarga⁶.

La t3cnica aqu3 descripta, usada por primera vez por el autor en un ni o de 6 a os en 1946, persiste hasta nuestros d3as por su utilidad y eficiencia, ya que tiene un s3lido fundamento anat3mico, utiliza una inteligente combinaci3n de descargas para cada plano muscular y restituye a la normalidad todas las deficiencias enumeradas como enfermedad eventraci3n, cumpliendo con las premisas f3sicas y funcionales exigidas para la reparaci3n de grandes defectos parietales.

Queda a criterio de cada cirujano pedi3trico el momento y el paciente adecuado para su uso.

Bibliograf3a

1. Grob M: Conservative treatment of exomphalos. Arch Dis Child 38:148, 1963.
2. Dorogi J: Improved conservative treatment of exomphalos.

Lancet 2:888, 1964.

3. Albanese A R: Eventración mediana xifoumbilical gigante: método para su tratamiento. Rev Asoc Med Arg 65:376, 1951.
4. Rives J, Lardennois B, Pire J: Physiopathologie des éventrations. 75 Congres Francais de Chir. Paris 1976.
5. Schumpelick V, Kingsnorth A: Incisional hernias. Ed Springer – Verlag. Berlin, 1999.

6. Barroetaveña J, Herszage L, Tibaudin H, Barroetaveña JL, Ahualli C: Cirugía de las eventraciones. Ed El Ateneo, Bs As, 1988.

Trabajo aceptado para su publicación en Setiembre 2002

Dr. José Luis Cuervo
Gallo 1330 (1425)
Buenos Aires – Argentina