

Gaceta Médica de México

PERIODICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Tomo LIX

MEXICO, AGOSTO DE 1928

Núm. 8

TRABAJOS REGLAMENTARIOS

LA INCISION ARCIFORME SUPRAPUBIANA EN LAS INTERVENCIONES GINECOLOGICAS

POR EL DR. JESUS ADALID

CON temor paso a dar lectura a mi primer trabajo reglamentario, y digo con temor, por ser ésta la primera vez que me someto al juicio respetable de esta Corporación que merece fijar su atención en trabajos de verdadera importancia y no en los de escaso valor. Sin embargo, debo cumplir con un deber, ya que se me ha honrado, entre ustedes, con un lugar que no merezco. Unicamente deseo que se me escuche con indulgencia, tanto más cuanto que el tiempo disponible para presentar algo digno ha sido brevísimo.

No desco en el presente trabajo, considerar las indicaciones y contraindicaciones de las intervenciones por la vía abdominal sobre los órganos genitales internos de la mujer, ni tampoco tener en cuenta las ventajas y desventajas de las que se hacen por vía vaginal, ya que éstas son, más bien, consideraciones de orden clínico en relación con la mayor o menor práctica y experiencia del cirujano. Indudablemente que la diferente facilidad para un caso determinado dependerá de la costumbre mayor o menor para abordar tal o cual vía; pero, trátese de un cirujano

consumado o de un principiante, el objetivo que se persigue es una operación para llenar bien las necesidades que se presenten, es decir, su fin último, requiere condiciones generales y particulares al vientre que faciliten el acceso a la cavidad pélvica, muestren extensamente los órganos genitales a la vista del cirujano y eviten, que, por motivos opuestos, se exponga a la operada a complicaciones que de otro modo pueden evitarse. Así, pues, una amplia brecha en el vientre es indispensable como factor principal para el caso; pero secundariamente, si la operación perturba en algo la fisiología del continente pélvico, es decir, de la pared del vientre, las consecuencias lejanas serán más o menos funestas para su contenido, y de ahí, eventraciones, adherencias, etc. con toda la secuela de molestias consiguientes y la necesidad de intervenciones secundarias a fin de corregir tales defectos.

Por tanto, el primer problema que se presenta al cirujano que va a tratar un padecimiento ginecológico por la vía abdominal, y desea, para ello, una brecha amplia que facilite la exposición de los órganos pélvicos, su exploración completa, así como la reconstrucción perfecta de la pared, es, digo, la manera de abrir el vientre. ¿Cómo pues, debe abrirse?

De todos los procedimientos conocidos de incisión de la pared abdominal, como primer tiempo de una laparotomía, la incisión media longitudinal supra o infra-umbilical, ha prevalecido por las ventajas y facilidades que presenta para su ejecución y para la reconstrucción fácil de la pared abdominal; sin embargo, con el fin de llenar mejor las necesidades a que me referí anteriormente, se han ideado otras variantes en la manera de trazar la incisión de las paredes del vientre siendo las principales supra-pubianas: la arciforme de **BARDENHEUER**, la de **PFANNSTIEL**, y la crucial de **KUSTNER** o de **RAPIN**. De éstas, la última ha caído en desuso, por las desventajas que tiene, por que no mejora en nada la incisión media longitudinal, porque es de difícil ejecución y, además, porque da poca luz. La de Bardenheuer perturba el funcionamiento de la pared del vientre, pues secciona transversalmente los músculos rectos anteriores del abdomen y ya he dicho las consecuencias que esto trae consigo, no obstante la amplísima abertura del vientre que ocasiona. La incisión de Pfannstiel transversal, sobre el pubis, con sección de la piel y de la aponeurosis en esta dirección da una amplitud poco aparente de la cavidad y, por lo mismo, dificulta las maniobras de exploración del cirujano y, por ende, hace difícil el tratamiento sobre los órganos pélvicos, no obstante sus grandes ventajas.

Un procedimiento que he puesto en práctica de tiempo atrás y que uso casi sistemáticamente en las intervenciones sobre el vientre por la vía abdominal, reúne grandísimas ventajas sobre todos los métodos de incisión transversal y sobre la usada incisión media longitudinal: da amplio acceso a la cavidad pélvica, permite todas las maniobras necesarias sobre los órganos genitales y aun sobre regiones vecinas; se evitan, seguramente las eventraciones que suelen presentarse con otros métodos aun en los casos en que haya sido necesario canalizar ampliamente, permitiendo, por lo mismo, el drenaje más completo y efectivo; por último, la cicatriz resultante de la operación es invisible pues queda cubierta por los pelos del pubis, lo cual la hace inmejorable estéticamente, a más de que permite levantar prontamente a las enfermas.

No me referiré a la preparación de la enferma, ni a la anestesia que deba darse, porque son las mismas que para todas las intervenciones del vientre.

El procedimiento consiste en lo siguiente:

PRIMER TIEMPO.—**Incisión de la piel.**—Hecha la preparación aséptica y antiséptica de la región, úsese una sábana con hendedura transversal la que colocada sobre el vientre deja a descubierto, ampliamente, la parte inferior de la pared.

Practíquese la incisión con ligera concavidad superior a dos centímetros arriba del borde superior del pubis, y, en una extensión como de veinte centímetros; seccionando la piel y el tejido celular subcutáneo. Líguense cuatro pequeños vasos venosos que aparecen en ésta superficie cruenta (dos a cada lado) y, en los extremos de la incisión, pequeñas venas subcutáneas abdominales.

SEGUNDO TIEMPO.—**Incisión aponeurótica.**—Secciónese la aponeurosis a la altura del labio inferior de la piel retraída en toda la extensión de la incisión cutánea, de cuya manera se facilita grandemente la aplicación de la valva de Doyen, lo cual se dificultaría si el corte de la aponeurosis se hiciese más alto sobre el borde superior del pubis. Para hacer más fácil la sección de esta aponeurosis conviene hacer dos pequeños ojales en ella, sobre cada uno de los rectos, a uno y otro lado de la línea media. Termínese la sección con las tijeras. En los límites de la incisión se descubren los canales inguinales cuya pared anterior se divide.

TERCER TIEMPO.—**Liberación de la aponeurosis de los rectos.**—Colocada la enferma en posición inclinada, se introducen los dedos índice

y medio de la mano izquierda a manera de ganchos en la línea media, bajo la aponeurosis, por su labio superior y haciendo tracciones hacia arriba, a golpes de tijera se liberan las adherencias con la cara anterior de los grandes rectos hasta llegar al ombligo. Líguese los pequeños vasos arteriales nacidos de la epigástrica que no se hayan podido respetar.

CUARTO TIEMPO.—Separación de los músculos rectos del abdomen.—Un ayudante toma con una pinza el labio aponeurótico superior por su parte media y lo levanta hacia arriba enérgicamente lo que permite al cirujano separar cómodamente los músculos rectos del abdomen y aplicar la valva que sea necesario emplear (valva supra-púbica de Doyen, grande o mediana) y siempre que se haya abierto el peritoneo y seguido fielmente lo antes dicho.

QUINTO TIEMPO.—Abertura del peritoneo.—Como en el procedimiento de laparotomía con incisión media longitudinal. El aislamiento del campo operatorio, colocación de compresas, valva, separador, etc., como es costumbre.

SEXTO TIEMPO.—Reconstrucción de la pared del vientre.—Reúnanse con puntos separados al catgut los músculos piramidales y rectos en la línea media, de manera perfecta. Unanse con uno o dos puntos de sutura los bordes externos de los rectos a los ángulos de la incisión cuando se desee reforzar estos puntos débiles correspondientes a los orificios inguinales.

Sutúrense los músculos grande y pequeño oblicuo así como el transversario que fueron seccionados en un principio. Sutúrense los labios aponeuróticos con catgut de absorción lenta por puntos separados o en surgete y, por último, sutúrense la piel y tepido celular con puntos separados profundos aplicando grapas para el afrontamiento superficial, si así se desea.

Nada de particular con respecto a los cuidados post-operatorios que son los mismos que para esta clase de intervenciones, la enferma podrá levantarse desde el decisegundo día, o un poco más tarde, a juicio del cirujano, si fué necesario practicar alguna o algunas canalizaciones.

Este procedimiento, por demás útil y ventajoso, reúne las ventajas que puedan tener todos los métodos de abertura del vientre y hace a un lado la objeción atribuible a todos ellos: la poca amplitud del campo operatorio. Con este método se expone ampliamente, como ya llevo dicho la cavidad pélvica y permite todas las maniobras posibles en ella y aun fuera de ella.

Me permito presentar a la consideración de esta docta Corporación, el caso concreto de esta enferma que tengo el honor de presentar para ser examinada.

Esta enferma es un caso demostrativo de las ventajas del método que acabo de escribir. Padecía dos tumores fibromatosos de gran tamaño, ovaritis quística doble, un voluminoso foco de piosalpinx y adherencias fuertes; todo lo cual era la causa de un agotamiento extremo del que aún quedan huellas, viéndose su vida en grave peligro.

En el curso de la intervención por los padecimientos a que acabo de referirme, accidentalmente fué abierto el voluminoso foco piosalpingítico y fué necesario aplicar una amplia canalización al Mikulix. La pared del vientre no ha quedado debilitada y la enferma está en las condiciones que pueden verse.

Hasta este momento, y para terminar, hago resaltar más la importancia y valor de la técnica descrita, cuyo autor es el notable cirujano ginecólogo bonaerense Dr. Rafael Araya, quien tituló ese método de modificación a la técnica de Pfannstiel: **“La incisión arciforme suprapubiana en las intervenciones ginecológicas”**.

Este método como ya he dicho, hecha por tierra la única objeción posible al de Pfannstiel: la poca amplitud del campo operatorio al seccionar transversalmente la aponeurosis de los rectos. Son tantas sus ventajas y presta tal utilidad al cirujano que he visto, con extrañeza, no es usado entre nosotros, a pesar de lo cual yo lo practico casi sistemáticamente, cuando por el vientre, se necesita abordar la cavidad pélvica.

Un método de tal importancia, con las ventajas que presenta para las operadas y la facilidad que proporciona al cirujano para llevar a cabo felizmente todos los tiempos de la intervención debe emplearse frecuentemente.

México, enero 4 de 1928.