Rev. Chilena de Cirugía. Vol 56 - Nº 5, Octubre 2004; págs. 504-507

DOCUMENTOS

Contribución al estudio de la cirugía abdominal. Laparotomía exploradora

Dr. LUCAS SIERRA M

El texto que se reproduce a continuación corresponde a la Tesis presentada por el Dr. Lucas Sierra Mendoza, en Noviembre de 1887, para optar al título de licenciado en medicina. Se conservaba inédita en el Centro de Investigaciones de Historia de la Medicina de la Universidad de Chile, hasta que fue publicada por primera y al parecer por única vez, en los Anales Chilenos de la Historia de la Medicina, volumen único del año 1966, paginas: 199-204.

Nos ha parecido de interés el rescatarlo y ponerlo en las páginas de esta revista, no solo por ser un trozo de nuestra historia quirúrgica, sino porque de su lectura se desprende una suerte de extraña vigencia a pesar de ser un texto escrito hace más de cien años y de tratarse de un tema que hoy pudiera considerarse zanjado. Por último y por simple diversión, bastaría el ejercicio de cambiarle el título por el de "Laparoscopia exploradora" y el artículo adquiere otra resonancia y su actualidad no sería discutida.

Aparte del valor indudable que tiene el poder leer lo escrito por el propio Dr. Sierra, es útil para poder dimensionar su trascendencia, dar alguna referencia del contexto y el momento histórico de la cirugía, en el que este documento se elabora. Baste señalar algunos hitos quirúrgicos: en 1881, Theodor Billroth realiza la primera gastrectomía parcial, en 1882 Carl Langenbuch la primera colecistectomia, en 1889 John Benjamin Murphy la primera apendicectomía y en Chile faltaba una década para que Ventura Carvallo Elizalde en 1896 realizara la primera apendicectomía, y el propio Lucas Sierra en 1899, la primera colecistectomía.

Para terminar, una frase del mismo Dr. Sierra que puede servir para iluminar aun más la lectura del texto que nos convoca: "Raro privilegio el de los grandes progresos; al cabo de muy poco tiempo nos habituamos a ellos y hasta pensamos que siempre debieron ser así."

Dr. OWEN KORN B.

Las afecciones quirúrgicas de los órganos contenidos en la cavidad abdominal se presentan a la observación del práctico rodeadas de tal número de síntomas vagos y difíciles de apreciar, que el diagnostico ha llegado a hacerse imposible en algunos casos aun a cirujanos tan hábiles como Nélaton, Pean, Lawson Tait, Spencer Wells, etc. En presencia de tales dificultades, señores, fácilmente se concibe que la abertura de esta gran cavidad haya llegado a imponerse como un medio explorador hasta a los menos atrevidos en el arte de la cirugía. Por otra parte, los progresos recientes de la medicina, que han tenido a dar en estos últimos años a una precisión rigurosamente matemática a gran número de operaciones consideradas hasta hace poco *crímenes quirúrgicos* hacen hoy día de la laparotomía exploradora una operación justificada.

Analizar este nuevo medio de diagnóstico, demasiado abandonado entre nosotros, refiriéndome a algunos casos de neoplasmas abdominales que he tenido ocasión de observar, he aquí el tema de mi memoria.

Para mayor claridad en la exposición dividiré este estudio en los siguientes capítulos:

1. Definición y división. Historia.

2. Indicaciones y ventajas.
3. Técnica operatoria.
4. Accidentes:
   a) durante la operación
   b) consecutivos a ella.
5. Contraindicaciones
6. Resultados. Estadísticas.
7. ¿Es preferible como medio de diagnóstico la incisión exploradora a la punción?

I. **Definición.** Laparotomía es una palabra de origen griego; indica sección o incisión del flanco, vacío (Littré) o de las partes blandas colocadas por debajo de las costillas (Ashurts). Laparotomía exploradora es pues la incisión pura y simple de las paredes del abdomen con el objeto de llegar a formular un diagnóstico. He preferido la palabra laparotomía a las de incisión exploradora por tener la ventaja de recordar siquiera que la operación se practica en el abdomen; le hago seguir el calificativo exploradora y no el de diagnóstica, que prefieren los ingleses y americanos del norte, para no prejuzgar nada, pues como veremos en el curso de este análisis no siempre se llega al diagnóstico a pesar de la laparotomía.

Toda tentativa incompleta de estirpación (sic) hecha en el curso de la laparotomía exploradora sale del cuadro de esta operación. Esto es de una importancia capital, pues es demasiado sabido, e insistiremos todavía en el capítulo VI, cuan graves son las operaciones incompletas. Además, como dice Ferrier y Gaillard Thomas, la laparotomía exploradora es tanto o más peligrosa cuanto más lejos se lleva el traumatismo quirúrgico.

Historia. Empleada accidentalmente a principios del siglo por errores de diagnóstico, no fue seriamente recomendada sino en 1842 y 1844.

Walne fue el primero, según Peaslee, que la formuló netamente el año 42. Permitía la introducción sólo de uno o dos dedos; parece que se proponía únicamente reconocer si había adherencias, las cuales contraindicaban casi en absoluto la operación.

Philips y después W. Atlee en 1844 la recomendaron con entusiasmo.

Los cirujanos americanos la practicaron a juicio de Koeberlé con más frecuencia de lo que convenía. Hicieron notar sus ventajas al mismo tiempo que demostraron sus pocos peligros cuando se la practica con discernimiento.

Los ingleses han empleado con más frecuencia la laparotomía exploradora. Bird, Baker-Brown, Lawson Tait, Spencer Wells, etc.

Los alemanes han sido mucho más reservados; el profesor Olshausen en su estadística publicada en 1877 señala un número bien restringido de observaciones.

En Francia hay también un número relativamente escaso. Pean cuenta 4 casos, Ferrier 1 y Terrillon 3; pero en estos dos últimos años se han practicado en grande escala. Championnière, Terrillon, Nicaise, Monod.

Entre nosotros no sé que alguien la haya practicado antes que el profesor Barros B.; por lo menos a mi no me ha sido posible averiguarlo, por lo que me creo autorizado, salvo las reservas del caso, a sostener que ha sido el citado profesor su verdadero introductor.

II. **Indicaciones.** En un análisis como éste en que tratamos de la incisión pura y simple de la cavidad abdominal con el objeto de llegar a formular un diagnóstico, se hace sumamente difícil deslindar con precisión las circunstancias en que debe practicársela. Yo sostengo con Terrillon que no ha habido cirujano alguno que haya practicado jamás la laparotomía exploradora sin llevar previamente la resolución de operar radicalmente, si las conexiones del neoplasma lo permiten. Así se confunden pues las indicaciones de la laparotomía exploradora con las de la gastrostomía en general.

Hay un hecho sobre el que queremos llamar la atención y es que en la inmensa mayoría de los casos han sido afecciones del aparato genital de la mujer (quiste del ovario, cánceres, etc.) las que han requerido esta operación y todavía, que en todos aquellos casos en que la intervención quirúrgica estaba indicada ha sido solo la laparotomía exploradora la que ha permitido ampliar o restringir esa intervención.

Por lo que hace a nosotros, no vacilaríamos en abrir el abdomen siempre que el examen atento y concienzudo del enfermo nos hiciera concebir esperanzas de emprender una operación más radical.

Ventajas. Permite emprender operaciones que antes de la laparotomía exploradora parecían impracticables; restringe algunas que la audacia del cirujano o el atrevimiento del enfermo juzgaban posibles. Es innumerable, dice Terrillon, el número de pacientes que han beneficiado estas circunstancias.

Gaillard Thomas hablando de las afecciones de las trompas y ovarios dice (Medical News. Dic. 11/86) que no se sabe de que modo especial pueda contribuir la laparotomía exploradora a la mejoría local y general del enfermo.

Nuestra observación por lo demás, corrobora de una manera palpable la opinión casi unánime de los autores a este respecto.

III. **Técnica operatoria.** Nuestros antepasados consideraban mortales en la inmensa mayoría de los casos los traumatismos (quirúrgicos o no) que comprometía el peritoneo. Hoy día subsiste aún este gravísimo pronóstico, solo que la experiencia moderna ha llegado a demostrar en qué consiste y ha enseñado el modo de evitarlo cuando la lesión se halla desde el primer momento bajo nuestro dominio, como sucede en la abertura quirúrgica del abdomen (Cardenal). Tal es uno de los más grandes pasos realizados por la cirugía contemporánea.

Profundamente convencidos como estamos que merced sólo a la antisepsis ha llegado a hacerse aceptable esta operación, permítaseme insistir un momento en los rigurosos preceptos con que se la debe practicar, ya que el éxito depende mucho menos de la habilidad del operador que de la escrupulosidad, perfección y rigorismo asépticos hasta de las más insignificantes manipulaciones.

Preparación del enfermo. Debe desinfectarse escrupulosamente todo el abdomen y partes adyacentes. Hay quienes recomiendan los baños generales aconsejando todavía un purgante uno o dos días antes de la operación, una lavativa el mismo día y abundantes inyecciones vaginales en la mujer. En ayunas naturalmente para la cloroformización, no deberá tomar alimentos 48 horas después de practicada.

Mesa y local de operación. Puede practicarse en cualquier mesa sólida, estrecha y perfectamente limpia; es muy cómoda la de Pean. La pieza destinada a la operación deberá ser bien ventilada y absolutamente desinfectada con lociones de sublimado o pulverizaciones fenicadas. La temperatura no debe ser inferior a 22º ó 25º C.

Materiales e instrumentos. Varían según el operador, pudiendo reducirse por lo general a seda y catgut antisépticos para ligaduras y suturas, esponjas grandes y finas, franela o algodón, gasa antiséptica y vendas. La seda y catgut deberán ser objeto de la más escrupulosa atención. El cirujano personalmente o un ayudante de su entera confianza les hervirán durante media o una hora en una cápsula de porcelana con solución fenicada al 5/100.

Como instrumentos un bisturí, sonda acanalada, separadores, pinzas de Pean o Spencer Wells, un par de tijeras rectas o curvas, agujas para suturar, pinzas de Duplay para llevar esponjas hasta las partes apartadas de la cavidad peritoneal; tales son las más útiles.

La nube fenicada o el spray tienden a ser abandonado hoy día; podría facilitar todavía el enfriamiento del enfermo.

Manual operatorio. El cirujano se colocará donde quede con mayores ventajas para obrar con entera libertad. Se utilizará para hacer la incisión (siempre que sea posible) la línea blanca tratando de conservar intactas las vainas de los músculos rectos del abdomen, lo que no es difícil, sobre todo en la multíparas.

Por lo demás he aquí cómo se procedió en el caso que es objeto de mi tesis.

Laparotomía exploradora. Cáncer inoperable. Curación por primera intención. Alivio notable en la marcha y síntomas del neoplasma

Felipe Guerra es un individuo de 32 años de edad, soltero, trabajador al día, natural de Choapa, que entra el 23 de Septiembre de 1886 al servicio del profesor Barros B., a ocupar la cama Nº 3 de San José.

Tiene antecedentes sifilíticos manifiestos; en la campaña al Norte padeció de fiebre intermitente durante dos años; fue atacado de escorbuto en esa misma época junto con varios de sus camaradas y ha padecido de disentería crónica que solo ha curado radicalmente hace poco. Se presenta con el conjunto de síntomas propios de los abscesos hepáticos (escalofríos, fiebre, vómitos, tumefacción, dolor, etc.) y refiere que un médico del hospital le ha extraído pus (?). Diversas funciones exploradoras, hechas primero con jeringa de Pravaz y luego con el aparato de Potain dieron un resultado absolutamente negativo.

Síntomas objetivos. Presenta una tumefacción que, ocupando la mayor parte del hipocondrio derecho, se avanza un poco a la izquierda de la línea media, llega por abajo hasta unos 3 centímetros por encima del ombligo, por arriba forma cuerpo con el hígado; es irregularmente triangular, de vértice vuelto a la izquierda y un poco abajo; su consistencia es dura sin presentar abolladuras manifiestas. El dolor que es espontáneo y se exagera por la presión existe solo en algunos puntos que no son fijos, varían de un día a otro. El estado es relativamente satisfactorio. En vista de lo ya expuesto e instado por el mismo enfermo, nuestro profesor procedió a practicar la laparotomía exploradora el día 9 de Octubre de 1886. En medio de la antisepsis más rigurosa mantenida por un poderoso pulverizador Championnière, en una sala a temperatura no inferior de 23º C y colocado a la derecha del enfermo procedió a hacer una incisión de 12 a 15 centímetros en el borde derecho del tumor, seccionó cuidadosamente capa por capa hasta llegar al peritoneo y una vez cerciorado de que no había la menor hemorragia, abrió la serosa. Se levantaron sus bordes de tal manera que impidieron la caída de sangre a su cavidad. El doctor Barros B.,

introdujo enseguida los dedos índice y medio de la mano derecha, reconoció y vimos nosotros el borde anterior inferior del hígado y comprobó un tumor duro, de consistencia igual, que formaba cuerpo con el hígado, adhería fuertemente a la pared anterior del abdomen, al mesocolon transverso y tal vez al píloro: en consecuencia "absolutamente inoperable".

El enfermo tuvo vómitos biliosos durante la operación que al fin se hicieron ligeramente sanguinolentos; su examen microscópico nada reveló. La herida fue suturada y curada antisépticamente; se le cubrió con bastante algodón.

A las 7 p.m. de ese día se le hizo una inyección de morfina. Vómitos e hipo tuvo el enfermo durante 4 días; cedieron al fin al éter y morfina.

El día 18 se quitaron los puntos de sutura; la herida había cicatrizado perfectamente. La mejoría inmediata no fue manifiesta; no obstante pudo salir de alta el día 22 del mismo mes. En Febrero y Marzo del 87 lo observaron dos colegas y me aseguraron que su estado local y general ha mejorado notablemente.

IV. **Accidentes:**

a) *Durante la operación.* No son de grande importancia y nos limitaremos simplemente a enumerarlos. Abertura de gruesas venas (S. Wells); ruptura de la vejiga (Neasle); vómitos (Barros B.); adopción del bicloruro de metilena por S. Wells; cuerpos extraños olvidados en la cavidad abdominal. Existen en la literatura quirúrgica no menos de 30 observaciones de esta especie. No es difícil evitar este olvido si se presta la debida atención.

b) *Consecutivos a ella.* Son de muchísimo más interés. Mencionaremos las hemorragias capilares; los cuerpos extraños y todas las complicaciones a que puedan dar lugar; la peritonitis, el peritonismo (Gubler), el agotamiento nervioso y el shock operatorio; no hablaré de las complicaciones comunes a todas las heridas.

V. **Contraindicaciones.** Difíciles de exponer en términos generales. Cada cirujano puede tener sus ideas propias a este respecto. Entre la temeraria audacia del viejo Alexander que lamentaba no hubiera más órganos en la cavidad abdominal para dominarlos al filo de su bisturí y la opinión de los más reservados, existe un prudente termino medio que me parece ha sido muy bien observado por los cirujanos franceses. Con todo, debilitamiento extremado del enfermo y ascitis enorme con tendencia a reproducirse frecuentemente, contraindican en absoluto la laparotomía exploradora.

VI. **Resultados.** La estadística de Terrillon da 39 muertos en 179 casos o sea un 79/100 de éxitos. Lawson Tait cuenta 2 muertos en 94 operaciones y Olshausen de aun resultados más satisfactorios.

La laparotomía exploradora es tanto más grave cuanto más maligno es el tumor que la ha reclamado; esto se colige de las estadísticas y aserciones de casi todos los autores. Sin embargo no hay un solo caso bien probado en que la laparotomía exploradora practicada según los rigurosos principios de la cirugía moderna, haya apresurado el desenlace fatal de algún enfermo.

Es muy digno de considerar para atenuar los peligros que se atribuyen a la laparotomía exploradora, que esta operación es practicada por lo regular solo en casos graves por sí mismos y en último recurso, como si dijéramos a la desesperada, aumentando de este modo voluntariamente las probabilidades de muerte. Sabido es con qué horror es mirada la cirugía del abdomen apostrofada por algunos de "cirugía abominable". Repetimos que la laparotomía exploradora debe practicarse tan pronto como el cirujano, vacilando acerca de la naturaleza y relaciones de la afección abdominal, juzgue necesario ilustrarse más ampliamente antes de emprender una operación radical.

VII. **La laparotomía exploradora no es menos peligrosa que la punción pero da más luces para el diagnóstico (Terrillon).** Tal es la opinión más acertada a este respecto. Sin embargo, para que se vea hasta que punto ha llegado ha hacerse inofensiva, citaremos algunos autores que sostienen que la laparotomía exploradora es menos peligrosa que la punción. Desde luego L. Tait, que ha practicado cientos de laparotomías, dice que la punción es harto más perjudicial que útil. Palmer, Engelman, Stilling, etc., opinan de un modo idéntico.

CONCLUSIONES

1. La laparotomía exploradora es una operación que se practica mucho más frecuentemente (casi diría exclusivamente) en la mujer que en el hombre.

2. Como medio de diagnóstico es preferible a la punción (sobre todo en quistes multiloculares del ovario. L. Tait) aunque es un poco más peligrosa que ésta.

3. Practicada en las condiciones ordinarias que hemos indicado hay un 80/100 de probabilidades de éxito.

4. Cuando se la practica a tiempo y con el menor traumatismo quirúrgico posible se cuenta con más de un 95/100 de probabilidades en nuestro favor.

5ª. Está llamada a prestar los más señalados servicios en el tratamiento operatorio de los neoplasmas abdominales.