

ESTADISTICA DE LAS INCISIONES TRANSVERSALES

realizadas en el Departamento de Ginecología del Hospital de San Juan de Dios, Bogotá, D. E., durante el año de 1958.

Doctor CARLOS A. GOUBERT,
Residente del Departamento de Ginecología.

La incisión transversa se conoce por lo menos desde el año de 1823, y algunos autores consideran que es aún más antigua¹. Sin embargo, en los últimos años se ha revisado el tema de esta clase de incisiones en la cirugía ginecológica y obstétrica por distinguidos especialistas, muy voluminosas y bien estudiadas, para demostrar que esta es la incisión que debe ser preferida prácticamente en todos los casos.

En nuestro medio se han hecho algunos trabajos al respecto, pero basados en pequeño número de casos bien controlados, a pesar de que muchos de nuestros especialistas² la consideran una buena incisión y la practican casi de rutina. Para mostrar lo que se ha hecho en el Departamento de Ginecología del Hospital de San Juan de Dios voy a presentar las estadísticas de las intervenciones abdominales (operaciones practicadas por laparotomía) en el lapso de enero a diciembre de 1958.

De las 173 laparotomías realizadas solamente 37 fueron transversales y 126 verticales; por fallas del personal encargado de elaborar las hojas quirúrgicas, se dejó de indicar en 10 casos la clase de incisión. Por consiguiente, los porcentajes son los siguientes:

Incisión vertical	72,8 %
Incisión transversal	21,4 %
Sin clasificar	5,8 %
Total	100 %

No se realizó ninguna operación del tipo Wertheim o similar por incisión transversa, a pesar de haberse comprobado en las estadísticas extranjeras¹⁻³⁻⁶ que las incisiones tipo Maylard, Cherney y aun el Pfannenstiel modificado por Rodríguez, bien ejecutadas, dan luz suficiente para esta clase de intervenciones. Se emplearon incisiones transversas en histerectomías totales con salpingooforectomía, miomectomía, anexectomía, etc., que se suponían fueran de fácil técnica y en la que sólo se esperaban hallar pequeños tumores. Estos muestran el temor que se tiene de no obtener suficiente campo. Pocas veces se emplearon las incisiones transversas para casos de urgencia como embarazo ectópico roto, por creer que es más lento el llegar a la cavidad abdominal con este tipo de incisión que con una vertical. Sin embargo, Rodríguez, de México, hace la incisión de Pfannenstiel modificada por él mismo en menos de 2 minutos, según lo atestigua el famoso ginecólogo norteamericano Greenhill⁵.

Por una sola incisión, las más de las veces, se realizaron operaciones compuestas, por ejemplo histerectomía total abdominal, salpingooforectomía bilateral y apendicectomía profiláctica, razón por la cual figuran 237 intervenciones en el cuadro II.

El primer cuadro comparativo muestra incisiones los diversos tipos de laparotomía y el porcentaje entre las verticales, transversales y las no descritas.

C U A D R O I TIPOS DE LAPAROTOMIA

Vertical:

Mediana infraumbilical	115	65,5%
Paramediana	4	2,3%
Transrectal	7	4 %
Total	126	72,8%

Transversal:

Pfannenstiel típico	16	9,2%
Pfannenstiel modificado	19	11 %
Mac Burney	2	1,2%
Total	37	21,4%
Sin especificar	10	5,8% 5,8%
Totales	173	100 % 100 %

En el segundo cuadro veremos la clase de intervenciones realizadas y observaremos que se practican casi todas las intervenciones de cirugía ginecológica mayor y en gran volumen.

No se practicó ninguna histerectomía subtotal.

C U A D R O I I INTERVENCIONES REALIZADAS

	%
Histerectomía total	61 25,8
Histerectomía subtotal	0 —
Wertheim y similares	6 2,5
Resecciones ganglionares	1 0,4
Miomectomías	11 4,6
Pexias uterinas	1 0,4
Embarazos no diagnosticados, sólo se practicó la laparotomía	2 0,8
Ureterosigmoidostomía	1 0,4
Ureteroneocistostomía	1 0,4
Cistectomía parcial	1 0,4
Fistulorrafia vesical (vía abdominal)	1 0,4

	%
Anexitomías	82 34,7
Salpingolisis	1 0,4
Salpingectomía	11 4,6
Plastia tubaria	5 2,1
Resección ovárica	9 3,9
Ooforectomía	6 2,5
Drenaje abscesos apendiculares	1 0,4
Apéndicectomías	27 11,5
Suturas intestinales	1 0,4
Resecciones intestinales	1 0,4
Herniorrafias	7 3
Total	237 100%

En el tercer cuadro se analizan las complicaciones ocurridas en las diversas celiotomías, en forma comparativa entre las transversales y las verticales y se anota que las cifras encontradas en este Hospital de San Juan de Dios corresponden en líneas generales a las de otros hospitales, pero destacándose el alto número de infecciones si se hace la comparación, por ejemplo, el informe de Alvarez¹.

C U A D R O I I I COMPLICACIONES Y MORTALIDAD

en una serie de 163 laparotomías (126 verticales y 37 transversales)

	En una serie de 126 incisiones verticales	En una serie de 37 incisiones transversales
Neumonía	2 1,6	0 —
Bronquitis leve	3 2,4	1 2,7
Tromboflebitis	0 —	1 2,7
Distensión abdominal	21 16,8	0 —
Fistulas intestinales	1 0,8	0 —
Peritonitis	1 0,8	0 —
Retención uterina	5 4	0 —
Hematomas	9 7,2	2 5,4
Infección incisión	25 20	3 8,1
Evisceración	3 2,4	0 —
Oclusión intestinal por adherencias	1 0,8	0 —
Abscesos cárula vaginal	11 8,8	2 5,4
Vómito	14 11,2	1 2,7
Incontinencia de orina	1 0,8	0 —
Fistula urinaria	3 2,4	0 —
Muertos	1 0,8	0 —

La causa de la muerte de la enferma anotada en el último renglón, según autopsia número 0,362-58, de noviembre 20 de 1958, fueron profundos trastornos neurovegetativos. No se halló ni infarto del miocardio, ni trombosis pulmonar, que fueron los diagnósticos hechos en el servicio.

¹ Equivalencias en porcentaje.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

a) Aún predomina el número de laparotomías verticales sobre las transversales, a pesar de la opinión de numerosos ginecólogos⁴, que señalan la incisión transversal como la ideal hasta donde esto es posible en ginecología.

b) Existe temor de practicar incisiones transversales en grandes operaciones y de técnica laboriosa, pues necesitan buen campo operatorio.

c) Se utiliza poco la incisión transversal en la cirugía ginecológica de urgencia a pesar de que puede ser ejecutada rápidamente⁵.

Goubert.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

a) Vertical laparotomies are numerically still more predominant than are transverse laparotomies, even though in the opinion of many gynecologists⁴ the transverse incision approach is an ideal one insofar as that is possible in gynecology.

b) There is some hesitancy in using this technique since adequate visualization is necessary for major operations requiring laborious procedures.

c) Transverse incisions are rarely performed in emergency gynecological surgery although they can be executed rapidly⁵.

BIBLIOGRAFIA

1. ALVAREZ, B. — "Incisión Transversa". *Gin. & Obst.*, México, 6:297, 1951.
2. AMOROCHO CARREÑO, J. — "Comunicaciones Personales y Estadísticas sobre Clientela Privada".
3. GÓMEZ, D. — "Incisiones Transversas". *Prensa Méd. Arg.*, 44:3532-3535, 1957.
4. TOLLEFSON, D. G., and RUSSELL, K. P. "Transverse Incision in Pelvic Surgery". (Citado en *The Year Book of Obstetrics and Gynecology*, 1955-1956), edited by J. P. Greenhill, Chicago, Year Book Publishers, 1955, pp. 309-310).
5. RODRÍGUEZ LÓPEZ, MANUEL B. — "Rapid Pfannenstiel Incision". (Citado en *The 1949 Year Book of Obstetrics and Gynecology*, edited by J. P. Greenhill, Chicago, Year Book Publishers, 1950, pp. 443-444).
6. WILLIAMS, G. S. — "The Low Transverse Muscle-Cutting Incision in Gynecological Surgery". *Am. J. Obst.*, 67:398-406, 1954.