

- g.- Cierre de cavidad abdominal, mediante 3 planos de sutura:
- 1.- Peritoneo y muscular (línea alba) con sutura a punto simple separado, mediante aguja atraumática y material de sutura apropiado (catgut cromado 3/0, o lino N° 30 ó 40).
  - 2.- Sutura de aproximación en tejido subcutáneo, a puntos simples separados.
  - 3.- Sutura de piel con aguja traumática y material no absorbible (lino N°30 - 40), punto simple separado, en U horizontal y en U vertical.

### **CUESTIONARIO**

- 1.- ¿Qué factores determinan la zona de abordaje y el largo de la incisión?
- 2.- ¿Qué efecto produce la manipulación visceral y como se puede observar en forma práctica?
- 3.- ¿Cómo identifica la porción proximal y distal de un asa intestinal?
- 4.- ¿Qué características debe tener la preparación del campo operatorio y por qué?
- 5.- ¿Qué importancia tiene la exposición visceral?
- 6.- ¿Por qué se recomienda suma delicadeza en las maniobras sobre las vísceras?

**NOTA:** Cada alumno realizará sus esquemas y ubicación topográfica.

- **INCISIÓN POR EL FLANCO Y PARA-COSTAL:** Se les atribuye la ventaja de evitar herniación y evisceración post-operatoria, concepto falso, ya que su posibilidad es similar a las medianas. La diferencia es que a través del flanco la herniación no es tan catastrófica como en la mediana.
- **INCISIONES MIXTAS:** Mediana Paracostal, Paralumbar-Paracostal.

## **B. SEGÚN FORMA DE SECCIONAR LOS PLANOS ANATÓMICOS:**

- **INCISIÓN SIMPLE:** Aquella que secciona la piel y los planos subyacentes en el mismo sentido y dirección. Son las que se realizan en línea alba.
- **INCISIÓN COMPLEJA:** Después de la incisión en piel, los planos subyacentes se separan siguiendo la dirección de las fibras musculares sin seccionarlos. Es la que se realiza a nivel del flanco y si bien el procedimiento causa mínima hemorragia y perturbación de la función muscular, proporciona un campo muy reducido.

## **C. SEGÚN ORIENTACIÓN.** Incisión curva, recta y mixta.

### **EJERCICIO.**

El paciente depilado, desinfectado y bajo anestesia general se colocará en posición decúbito dorsal. **El cirujano se ubicará en el lado derecho del paciente** (si es diestro) y el ayudante en su lado izquierdo.

El cirujano realizará una laparatomía mediana pre y post umbilical. Identificará el contenido visceral, lo relacionará y proyectará topográficamente, realizando esquemas en base a cuadrantes y planos transversos y sagitales.

### **TIEMPOS QUIRÚRGICOS**

- a.- Incisión simple desde xifoides a cicatriz umbilical, seccionando piel y tejido subcutáneo hasta exponer la línea alba. Se controlarán las hemorragias mediante pinzado y ligadura según el caso. Se debe separar tejido subcutáneo sólo hasta 5mm a cada lado de la línea alba (disección medida).
- b.- Se continuará la incisión post-umbilical en piel. Se elevará con pinza quirúrgica la línea alba realizando un ojal con el bisturí y continuando con tijeras o bisturí hasta seccionarla completamente sin desplazar las vísceras.
- c.- Se retraerán lateralmente los bordes de la herida, para exponer mejor la gran curvatura del estómago desde donde se extiende el gran epiplón que cubre la mayoría de las vísceras. Identificación y Esquema.
- d.- Se reflejará cranealmente el gran epiplón y el bazo exponiendo los intestinos y la vejiga.
- e.- El cirujano usará el colón descendente para contener mediante su meso las vísceras abdominales hacia el lado derecho, se expondrá y aislará el riñón izquierdo, vasos espermáticos, uréter y deferentes, útero y ovarios según sea el caso. La vejiga se retraerá caudalmente.
- f.- El ayudante usará el duodeno descendente para contener mediante su meso las vísceras abdominales hacia el lado izquierdo, para exponer el riñón derecho cuidando de no traumatizar el páncreas. Se observará el uréter, vasos espermáticos y deferentes derechos y un segmento de hígado en la zona anterior al riñón.  
En la hembra el útero y ovarios serán observados en relación a los riñones, en forma similar.

**CURSO: ANESTESIA Y CIRUGIA BASICA**  
MU40- Sección 1

**PRACTICO**

**ABORDAJE QUIRÚRGICO A LA CAVIDAD ABDOMINAL**  
**ACTO QUIRÚRGICO: LAPAROTOMIA EXPLORATORIA**  
(Técnica operatoria y Exploración de Abdomen)

Dr F.Gino Cattaneo Univaso

Dra. Estefanía Flores Pavez.

**OBJETIVOS:** Aplicación practica de los procedimientos que comprenden la Técnica Operatoria, en el Acto Quirúrgico de Laparotomía Exploratoria. Practicar diéresis, manipulación y síntesis de tejidos blandos. Manipular y ubicar topográficamente en la cavidad abdominal los diferentes órganos y estructuras que la componen.

**INTRODUCCIÓN**

La CAVIDAD ABDOMINAL es la mayor del organismo. Su límite craneal es el diafragma; sus paredes laterales y ventral son los músculos abdominales y últimas costillas; su pared dorsal la columna con sus músculos asociados y su límite posterior es la parte craneal de la cavidad pélvica. Ambas cavidades están revestidas por el peritoneo parietal adherido a un estrato subseroso de tejido.

Los órganos abdominales están cubiertos por el peritoneo visceral que los envuelve, continuándose hacia el peritoneo parietal mediante pliegues en cuyo espesor hay elementos vasculares y nerviosos (mesenterio, epiplones, ligamentos). Los riñones están cubiertos por el peritoneo visceral en su superficie expuesta al interior de la cavidad, pero mantienen contacto estrecho con la pared abdominal por lo que son considerados de posición retroperitoneal.

El peritoneo parietal es liso nacarado; la cavidad por él recubierta contiene una pequeña cantidad de fluido seroso producido por las células del estrato seroso, que es más abundante en los cachorros y escaso en el adulto y que contienen gran cantidad de fagocitos. La irritación peritoneal genera un aumento de fluido rico en células y fibrina; que atrapan y fagocitan las partículas extrañas.

Los estomas linfáticos peritoneales recolectan los coloides y proteínas, los capilares recogen los cristaloides. La inervación del peritoneo visceral es escasa, en cambio la del parietal es abundante y genera importante sensibilidad.

**I. INCISIONES ABDOMINALES**

**A. SEGÚN LOCALIZACIÓN:**

- **INCISIONES MEDIANAS:** Son longitudinales y tienen como punto de referencia la línea alba y la cicatriz umbilical y generan mínima hemorragia y tejido cicatricial.
- **MEDIANA PRE-UMBILICAL:** Desde xifoides a cicatriz umbilical.
- **MEDIANA POST-UMBILICAL (Retro):** Desde cicatriz umbilical a borde anterior del pubis.
  
- **INCISIONES PARAMEDIANAS:** A través de las fibras del M. Recto Abdominal. No presenta ventajas particulares en relación a los anteriores, generalmente se realiza por error y sólo favorece la hemorragia y complica la sutura.