

La incisión de Maylard en Cirugía Ginecológica (1994-1997)

Drs. Juan Rivero Carrano*, Juan Rivero Stoessel**, Kahiry C Ledezma***

RESUMEN

Objetivo: promover las ventajas de la incisión de Maylard sobre otras incisiones ginecológicas.

Método: estudio retrospectivo, analítico y porcentual de 25 historias de pacientes ginecológicas en las que fue utilizada la incisión de Maylard.

Ambiente: Instituto Médico La Floresta y Policlínica La Arboleda, Caracas.

Resultados: de las 25 pacientes en las que se usó la incisión de Maylard, 20 (80%) fueron intervenidas por miomas, 4 (16%) por tumores benignos de ovarios y 1 (4%) por hidrosalpinx. Se observaron complicaciones en 2 (8%) pacientes, 1 (50%) debido a seroma y 1 (50%) por dolor posoperatorio en la incisión. El seguimiento promedio fue de 12 meses.

Conclusión: la incisión de Maylard es estética, resistente, fácil de aprender, tiene una tasa de complicaciones muy baja y ofrece muy buena exposición. Es una incisión muy poco utilizada por cirujanos ginecólogos y debe ser conocida por todo cirujano pélvico. Aunque aumenta el tiempo operativo en 5 minutos, estos son recuperados gracias a la buena exposición que se obtiene.

Palabras clave: Incisión de Maylard. Complicaciones. Cirugía pélvica.

SUMMARY

Objective: To promote the advantages of Maylard's incision over other gynecological incisions.

Method: Retrospective, analytical and percentual study of 25 gynecological patient case histories who were intervened using Maylard's incision.

Sitting: La Floresta Medical Institute and La Arboleda Polyclinic, Caracas, Venezuela.

Results: Of the 25 patients who were operated using Maylard's incision, 20 (80%) of them were intervened for myomas, 4 (16%) were intervened due to benign ovarian tumors and 1 (4%) for hydrosalpinx. Complications appeared in 2 (8%) of the patients, 1 (50%) was a seroma and 1 (50%) had post operative pain at the incision. The patients were followed-up for an average of 12 months.

Conclusion: Maylard's incision is esthetic, resistant, easy to learn, has an acceptable complication rate and offers a very good exposition. It is an infrequently used incision by gynecological surgeons and which should be known by all pelvic surgeons. Even though it increases operation time by approximately 5 minutes, these minutes are recovered due to the good exposition which it provides to the good exposition which it provides.

Key words: Maylard's incision. Complications. Pelvic Surgery.

INTRODUCCIÓN

Uno de los factores más importantes en cirugía ginecológica es la adecuada exposición. En 1907, Ernest Maylard (1) (cirujano británico) propone una incisión transversal abdominal, cortando los músculos rectos abdominales. Esta técnica ofrece una mejor exposición del abdomen y pelvis,

especialmente cuando se compara con la incisión más utilizada, la de Pfannenstiel, descrita en 1900. La incisión de Maylard ofrece 2 ventajas de su variante con respecto a la incisión vertical: disminución en la aparición de eventración a nivel de la incisión y un mejor resultado estético con menor tasa de infección y mejor cicatrización (2,3).

En 1954 Tollefson y Russell (4), publicaron datos de la incisión de Maylard usada en más de 600 procedimientos ginecológicos y obstétricos. Las complicaciones de la incisión fueron mínimas, 5%, y solamente una de las 2 pacientes necesitó cirugía correctiva por la aparición de eventración.

*Gineco-obstetra, Instituto Médico La Floresta y Centro Médico Docente La Trinidad.

**Gineco-Obstetra, Instituto Médico La Floresta.

***Médico Rural, Ambulatorio de Turgua, Pasante del Centro Médico Docente La Trinidad del Servicio de Ginecología y Obstetricia.

En 1981 Mann y col. (5) reportan su experiencia con la incisión de Maylard en hysterectomía radical en 168 pacientes.

En ese mismo año Mouchel (6) publicó un informe acerca de 482 observaciones de operaciones ginecológicas que utilizaron la incisión de Maylard por: 1) ser más estética; 2) ofrecer una gran tracción lateral; 3) disminuir el riesgo de adherencias; 4) permitir las reintervenciones.

En 1990 Helmkamp y col. (7) reportan un estudio prospectivo de la incisión de Maylard en una larga serie de pacientes ginecológicas y en 1997 presentan una guía para hysterectomías radicales en la que la incisión de Maylard es la preferida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Características del grupo en estudio

Veinticinco pacientes que ameritaron cirugía ginecológica fueron operadas desde 1994 hasta 1997 utilizando la incisión de Maylard. El rango de edad de las pacientes oscila entre los 22 y 56 años, siendo la media de 40 años. El rango de peso fue de 50 a 86 kg, con una media de 65,45 kg. El seguimiento posoperatorio promedió 12 meses. Las indicaciones de estas cirugías están descritas en el Cuadro 1.

Cuatro (16%) pacientes tenían incisión abdominal previa, 2 por Pfannenstiel y 2 por McBurney. Se presentaron 7 (28%) pacientes con problemas médicos previos (hipertiroidismo, obesidad, prolactinoma, bocio multinodular, infección urinaria).

Técnica quirúrgica

Una incisión transversa se realiza por encima de la sínfisis pubiana y se profundiza hasta la vaina del recto anterior. La localización exacta y la longitud dependen de la edad, peso, la indicación de la cirugía (Figura 1) y las operaciones pélvicas y abdominales previas de la paciente. La fascia es cortada transversalmente hasta los bordes laterales de los músculos rectos. Se coloca una pinza de Kelly por debajo del músculo y con el electrocauterio en coagulación se secciona el mismo con un suave movimiento de zigzag (Figura 2 y 3). Los vasos epigástricos inferiores se identifican debajo del tercio lateral de músculo. La pinza de Kelly es utilizada para diseccionar el grupo epigástrico inferior y estos vasos son ligados con sutura sintética absorbible 0. Si los vasos epigástricos inferiores están visibles y laterales en su ubicación, pueden ser ligados antes que el músculo sea dividido. El segundo músculo recto se divide de una forma similar. Comenzando

lateralmente la fascia transversalis y el peritoneo se dividen con electrocauterio o con una tijera de Mayo curva.

Cuadro 1
Diagnóstico preoperatorio

Diagnósticos	Nº de pacientes	Porcentaje
Miomatosis uterina	20	80
Tumor de ovario	4	16
Hidrosalpinx	1	4
Total	25	

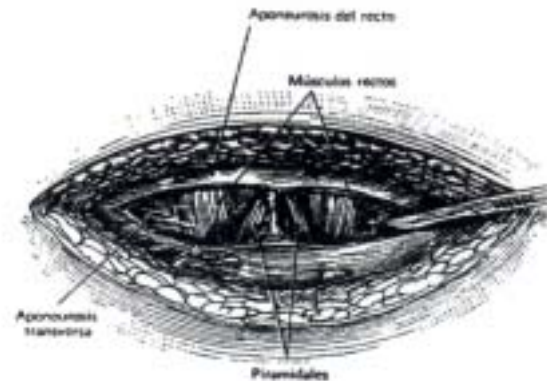


Figura 1. Disección de la fascia descubriendo los músculos rectos y piramidales.

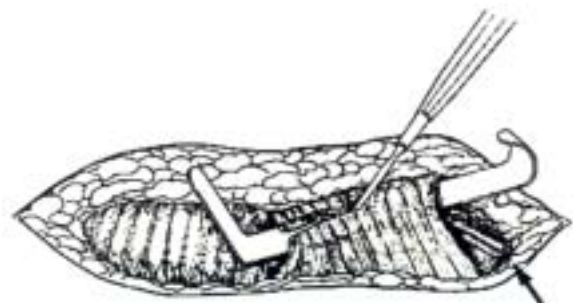


Figura 2. Disección con electrocauterio del músculo recto.

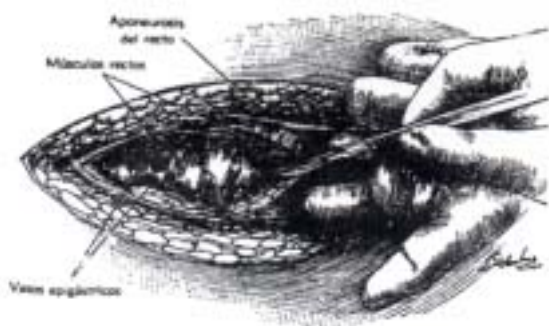


Figura 3. Disección de músculo recto y vasos epigástricos con bisturí.

En el momento de cerrar, esto se realiza por planos fácilmente. La fascia transversalis y el peritoneo se cierran con una sutura continua sintética absorbible 2-0 (ácido poliglicólico 910). La vaina anterior es cerrada con sutura continua de material sintético absorbible 0. No se suturan los músculos rectos separados, ni se incluyen en la sutura de la fascia. El tejido subcutáneo es irrigado con solución salina y los bordes de la piel se aproximan con sutura intradérmica.

RESULTADOS

Los procedimientos quirúrgicos realizados en esta serie de 25 pacientes se describen en el Cuadro 2.

De los 25 pacientes, 2 casos (8%) presentaron complicaciones, menores (Cuadro 3). No hubo eventraciones, en ninguno de los pacientes ni mortalidad.

Cuadro 2
Procedimiento quirúrgico

Operación efectuada	Nº de pacientes	%
Histerectomía total abdominal (HTA) + ooforosalingectomía bilateral (OB)	9	36
Miomectomía	10	40
HTA+Ooforosalingectomía + Apendicectomía	4	16
HTA + OB + Bursch	2	8
Total	25	

Cuadro 3

Complicaciones posoperatorias

Complicación	Nº de pacientes	Porcentaje
Seroma de la pared	1	50
Dolor en la incisión (durante 4 meses)	1	50
Total	2	

DISCUSIÓN

“La incisión transversal abdominal ha sido usada por más de 150 años y está basada en principios anatómicos, fisiológicos y clínicos sólidos” (2). Cuando se compara con la incisión vertical, las siguientes ventajas se hacen evidentes:

1. La virtual dehiscencia de la cicatriz y la menor frecuencia de eventración (1,2,4,8,9).
2. Un descenso significativo de complicaciones pulmonares y de incomodidad posoperatoria (2,4,10,11).
3. Excelentes resultados estéticos.

Inversamente, el acceso limitado a la pelvis y el abdomen superior ha sido la principal desventaja de la incisión de Pfannenstiel, que es la más utilizada por los cirujanos ginecológicos. Afortunadamente Ernest Maylard y sus promulgadores han resuelto este dilema con la incisión transversa que secciona los músculos.

Aunque hubo una preocupación inicial por la cicatrización de la pared abdominal con la incisión de Maylard, numerosos estudios clínicos y con animales han demostrado que la proliferación fibroblástica crea una nueva banda de tejido fibroso transversal donde se cortó el músculo.

Nuestra serie de 25 casos ilustra la adaptabilidad de la incisión de Maylard a la indicación quirúrgica, edad, peso, historia clínica previa y los problemas médicos de cada paciente. Frecuentemente utilizamos la incisión de Maylard en adolescentes y mujeres jóvenes con neoplasias ováricas, cuando el índice de malignidad es bajo. Nosotros, en concordancia con Mann y col. (5) la consideramos como preferida en las histerectomías radicales. Se sugiere una modificación al procedimiento original de Maylard, la cual fue popularizada por Tollefson y Russell (4). La amplia irrigación del músculo recto permite que los vasos epigástricos inferiores

sean siempre ligados, esto minimiza la ruptura de estos vasos durante la retracción lateral y maximiza la incisión a través de la fascia transversalis y el peritoneo. El ligar estos vasos no fue descrito por Maylard (1) y se realizó sólo en un tercio de los pacientes de Tollefson y Russel (4).

Hay pocas desventajas con la incisión de Maylard, aunque se requieren unos pocos minutos adicionales para la sección de los músculos y la ligadura de los vasos epigástricos inferiores (12), coincidimos con Helmkamp y col. (7), y Christopherson (9) en cuanto a que la incisión de Maylard es la indicada si la visualización rápida del abdomen y de la pelvis no es un factor crítico.

Lo contrario, no estamos de acuerdo con Mann y col. (5) en cuanto a que no debe ser utilizada en una pelvis que ha sido tratada con radiación.

Como se demuestra en esta serie, la incisión transversa es adaptable a muchas situaciones clínicas diferentes (2,13,14) es fácilmente aprendida, bien aceptada por los pacientes y tiene una baja tasa de complicaciones. Cuando es necesaria una exposición pélvica óptima y la velocidad de entrada y acceso al abdomen superior no son factores críticos, la incisión de Maylard es la incisión quirúrgica de preferencia.

REFERENCIAS

1. Maylard AE. Direction of abdominal incisions. *Br Med J* 1907;2:895-901.
2. Rees VL, Collier FA. Anatomic and clinical study of the transverse abdominal incision. *Arch Surg* 1943;47:136-146.
3. Gurd FN. Fundamentals of technique in the transverse abdominal incision. *Surgery* 1946;20:217-223.
4. Tollefson DG, Russell KP. The transverse incision in pelvic surgery. *Am J Obstet Gynecol* 1954;68:410-422.
5. Mann WJ Jr, Orr JW Jr, Shingleton HM, Austin M, Hatch RD, Taylor PT, et al. Perioperative influences on infectious morbidity in radical hysterectomy. *Gynecol Oncol* 1981;11:207-212.
6. Mouchel J. Transverse trans-rectus abdominis incision in gynaecological and obstetrical surgery. 673 cases. *Nouv Presse Med* 1981;10(6):413-415.
7. Helmkamp BF, Krebs H-B, Corbett SL, Trodden RM, Black PW. Radical hysterectomy: current management guidelines. *Am J Obstet Gynecol*, 1997;177(2):372-374.
8. Helmkamp BF. Abdominal wound dehiscence. *Am J Obstet Gynecol* 1977;128:803-807.
9. Christopherson WA. Abdominal incisions and their anatomic bases. *Contemp Ob/Gyn* 1988;32:38-56.
10. Pernworth P. The transverse incision in abdominal surgery. *Am J Surg* 1946;72:573-575.
11. Daversa B, Landers D. Physiologic advantages of the transverse incision in gynecology. *Obstet Gynecol* 1961;17:305-310.
12. Ayers JWT, Morley GW. Surgical incision for cesarean section. *Obstet Gynecol* 1987;70:706-708.
13. Orr JW Jr, Orr PJ, Bolen DD, Holimon JL. Radical hysterectomy: Does the type of incision matter? *Am J Obstet Gynecol* 1995;173(2):399-405; discussion 405-6.
14. Rosenblatt MS, Colver D. Transverse upper abdominal incisions. *Surg Gynecol Obstet* 1945;80:641-642.