

Para la realización de este procedimiento necesitaremos, además del material estándar de disección, el siguiente instrumental:

1. Bisturí de mango largo
2. Tijeras largas de punta roma
3. Pinzas largas sin dientes
4. Material de sutura (cinta de color o cuerda de cáñamo).
5. Esponjas
6. Manguitos para proteger los antebrazos
7. Mandril

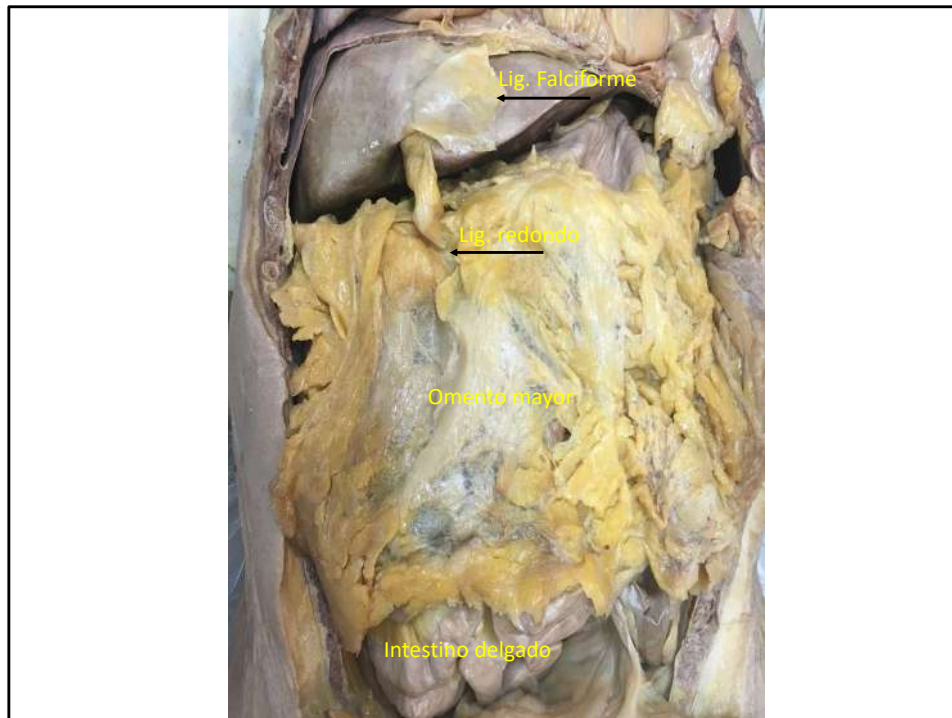


Para la realización de este procedimiento necesitaremos, además del material estándar de disección, el siguiente instrumental:

1. Bisturí de mango largo
2. Tijeras largas de punta roma
3. Pinzas largas sin dientes
4. Material de sutura (cinta de color o cuerda de cáñamo).
5. Esponjas
6. Manguitos para proteger los antebrazos
7. Mandril

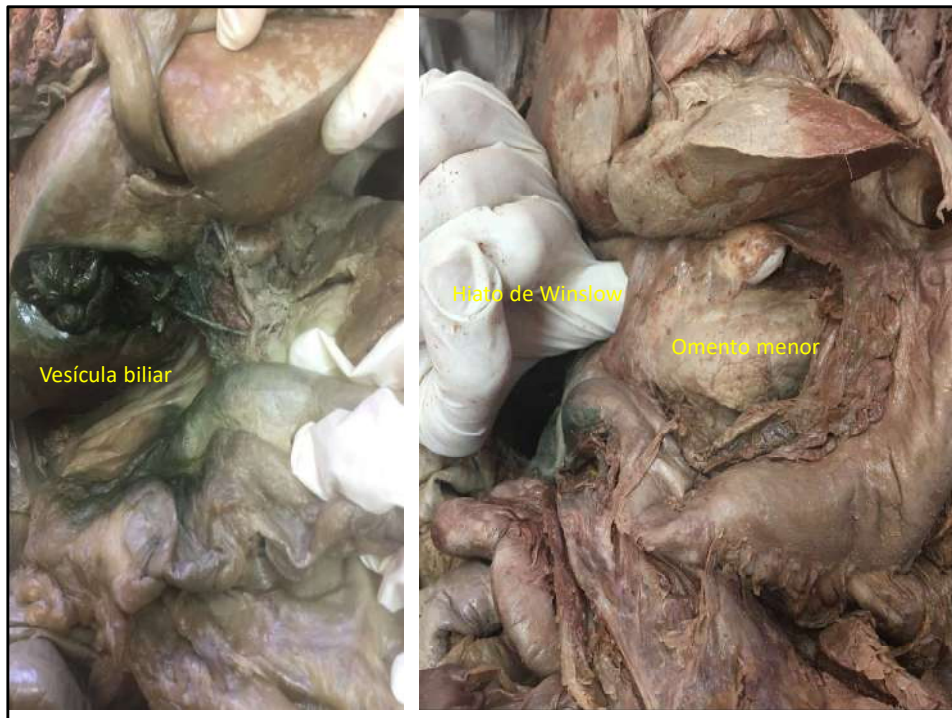


Para realizar la apertura de la cavidad abdominal es recomendable que los alumnos hayan completado previamente la disección de la musculatura abdominal. En caso de realizar la apertura sin disección previa, primero debemos perforar la pared abdominal, justo por debajo de la apófisis xifoides, y así entramos con un dedo en la cavidad peritoneal. Traccionamos fuertemente y entramos en la cavidad abdominal. Cortamos siguiendo los rebordes costales para luego seguir por los flancos hasta las crestas ilíacas. De esta forma podremos rebatir toda la pared abdominal hacia las extremidades inferiores



Para rebatir la pared abdominal necesitaremos cortar el ligamento falciforme y el ligamento redondo (unión entre el hígado y el ombligo).

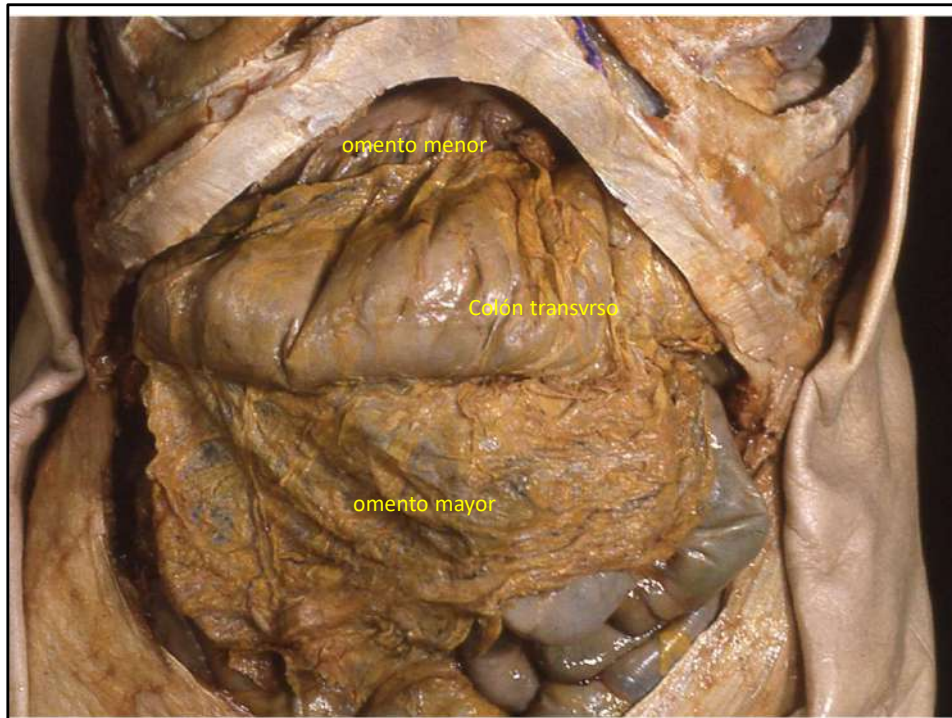
Con la pared abdominal reclinada sobre las extremidades inferiores tenemos la exposición de lo que se denomina cavidad abdominal "in situ", con la presencia del omento mayor (delantal de los epiplones) colgando del colon transverso.



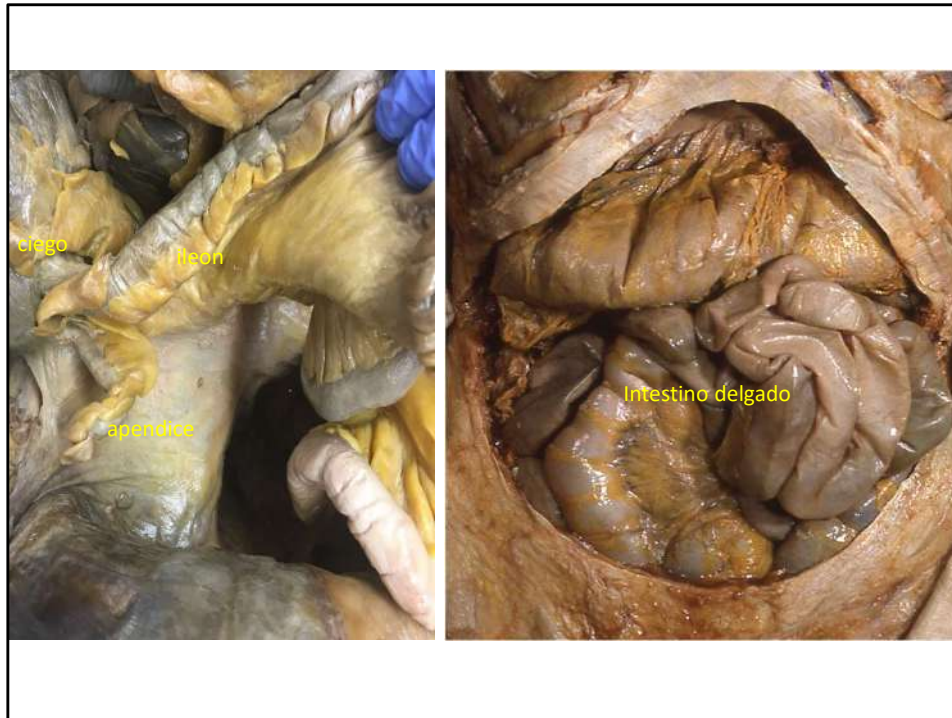
A continuación pasamos a identificar y palpar el contenido "in situ" de la cavidad abdominal, siguiendo un sentido horario desde el ángulo superior derecho (hepático):

En primer lugar identificaremos la vesícula biliar, de color verde, y el hígado. Uniendo el hígado con la curvatura menor del estómago encontramos el omento menor (epiplón menor). El esófago abdominal y el fondo del estómago en relación con el diafragma.

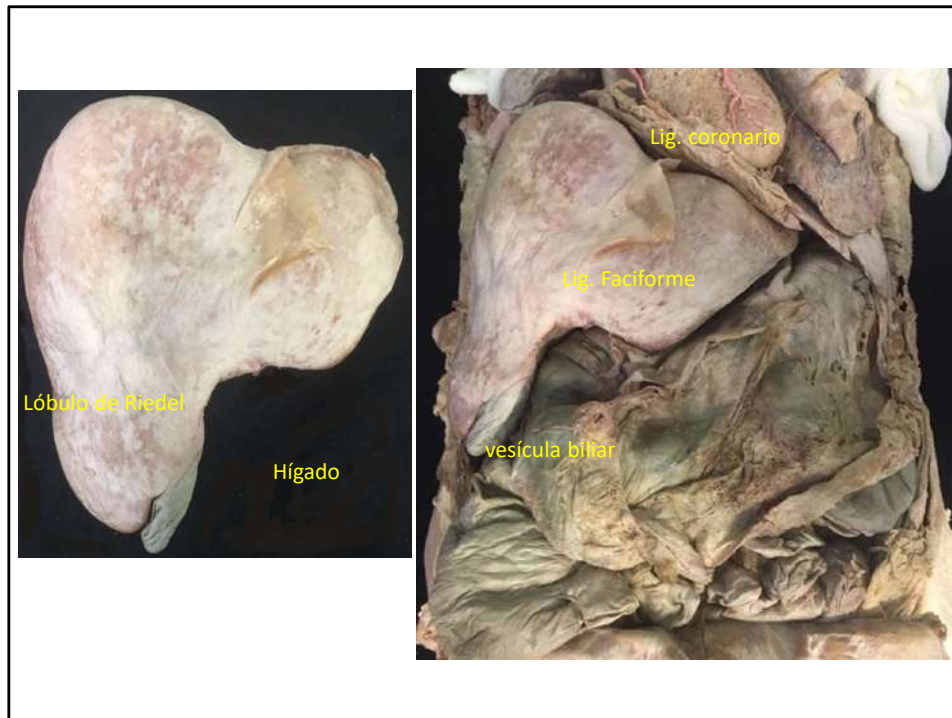
Si introducimos la mano por detrás del estómago, pegado a la pared abdominal posterior, localizaremos el bazo.



De la curvatura mayor del estómago veremos como cuelga el delantal de tejido fibroadiposo (importancia en el sistema linfático), denominado omento mayor

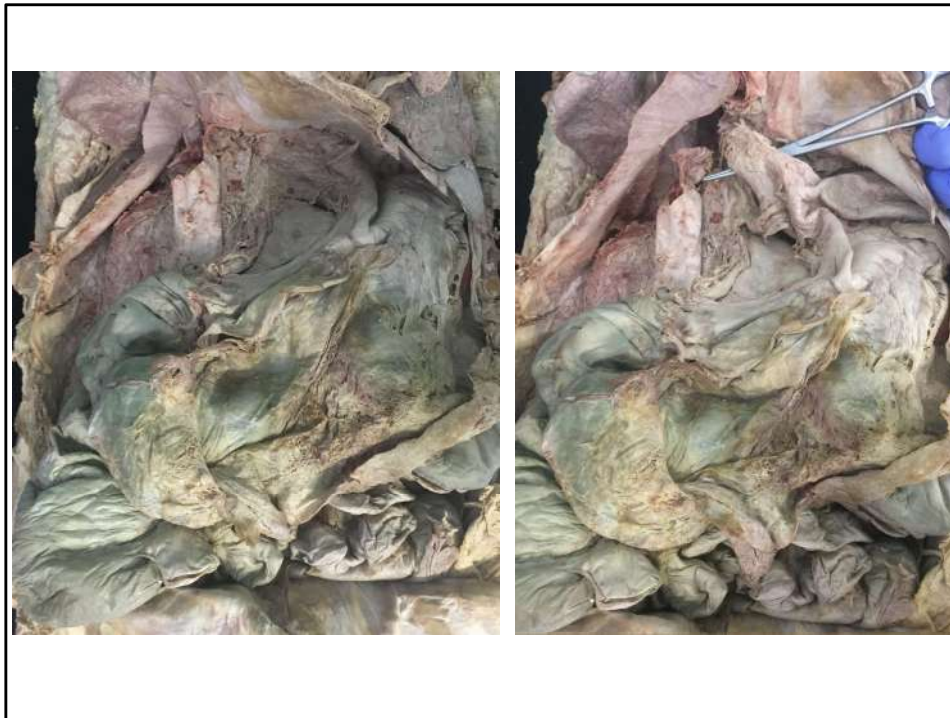


A continuación, si reclinamos sobre el tórax el omento mayor, observamos lo que se denomina el marco cólico, formado por el colon transverso, colon descendente, colon sigmoides y, ya en la pelvis, el recto. El colon ascendente, en su inicio, presenta el ciego y el apéndice vermiforme. Dentro del marco cólico se sitúa el intestino delgado con la unión íleocecal.



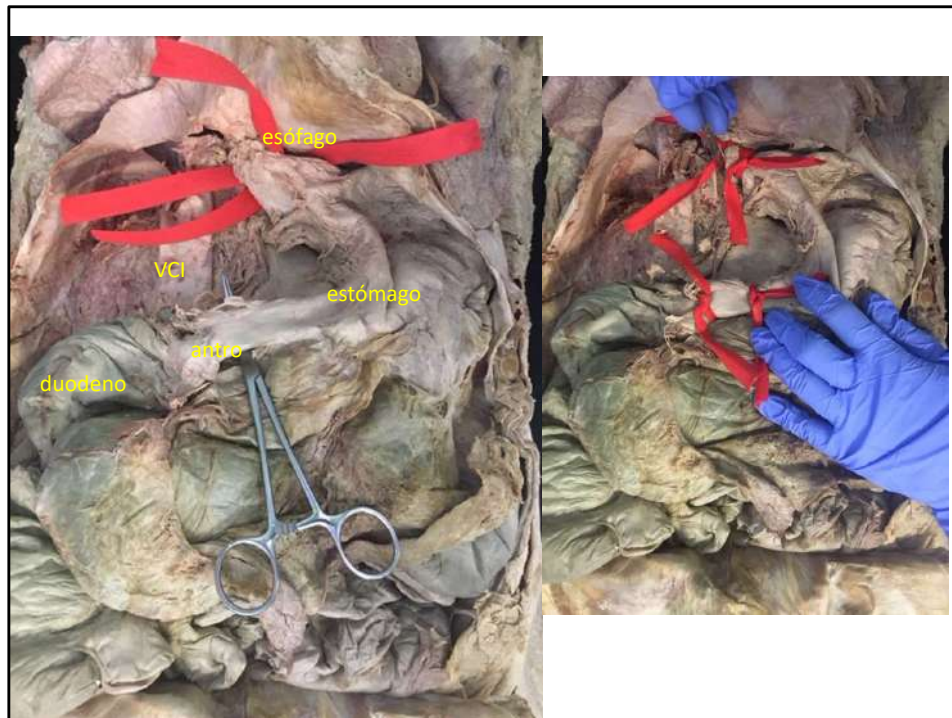
Realizada la visualización de la cavidad abdominal "in situ", procedemos a ejecutar el protocolo de evisceración.

En primer lugar, eliminaremos el hígado con la vesícula biliar y las vías biliares.



A continuación, con mucho cuidado, debemos despegar la vena cava inferior de la pared posterior del hígado. Cortaremos las tres venas hepáticas que desembocan en ella.

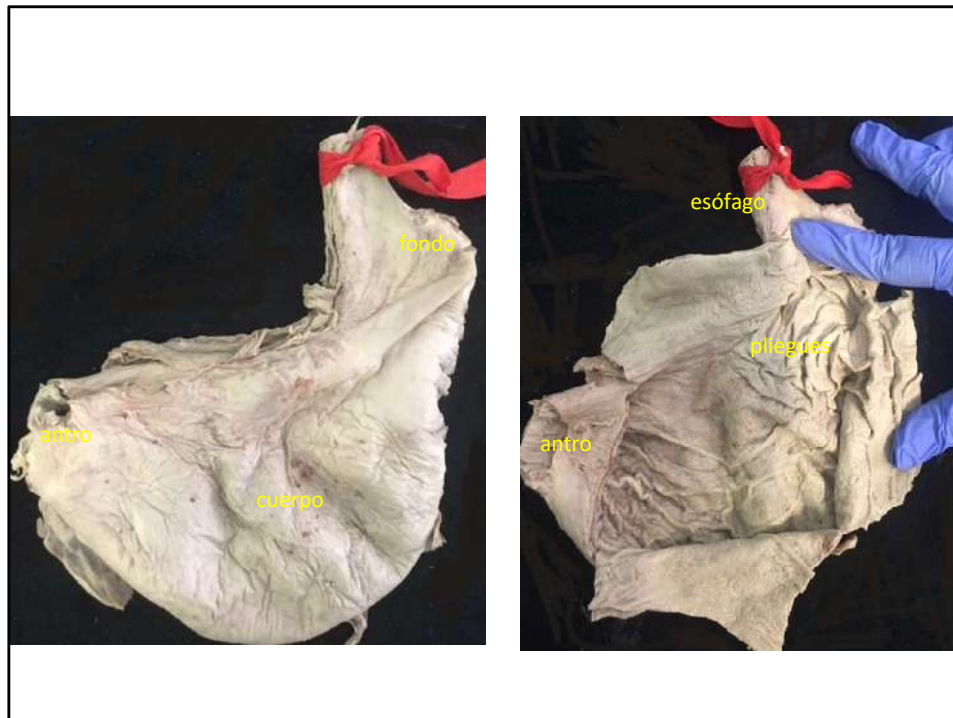
Finalmente, para poder retirar el hígado, debemos cortar el ligamento coronario y los ligamentos triangulares. También seccionaremos el omento menor, generalmente ya está desgarrado por las tracciones a que sometemos al hígado



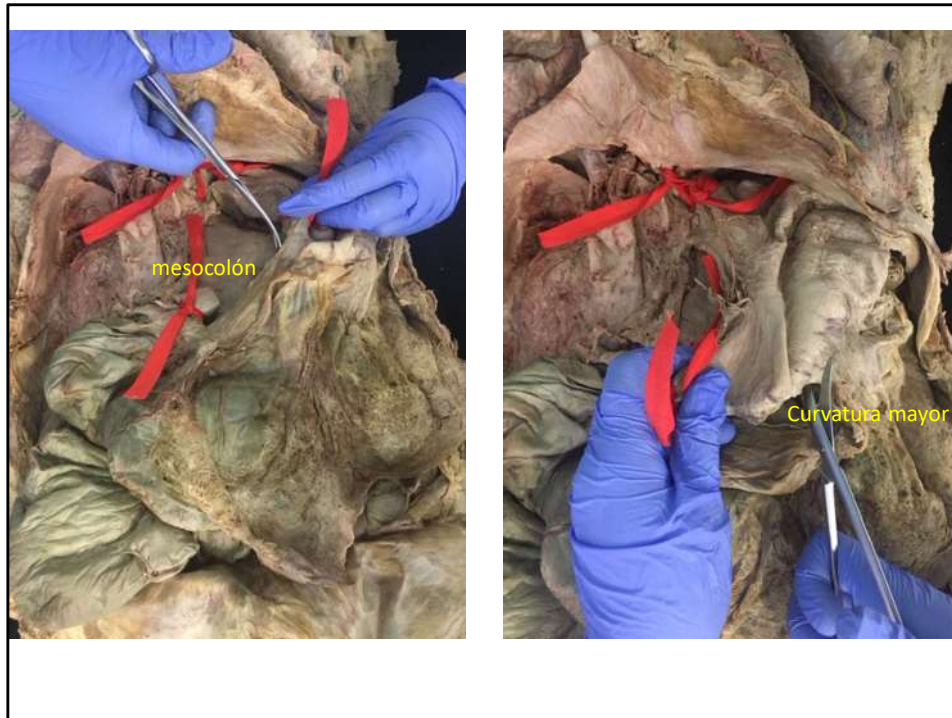
Eliminado el hígado, en primer lugar aislaremos el esófago abdominal, al que rodearemos con dos ligaduras. Posteriormente, haremos lo propio con la región pilórica, lo rodearemos con dos ligaduras, para cortar entre ambas y así evitar la salida del contenido.



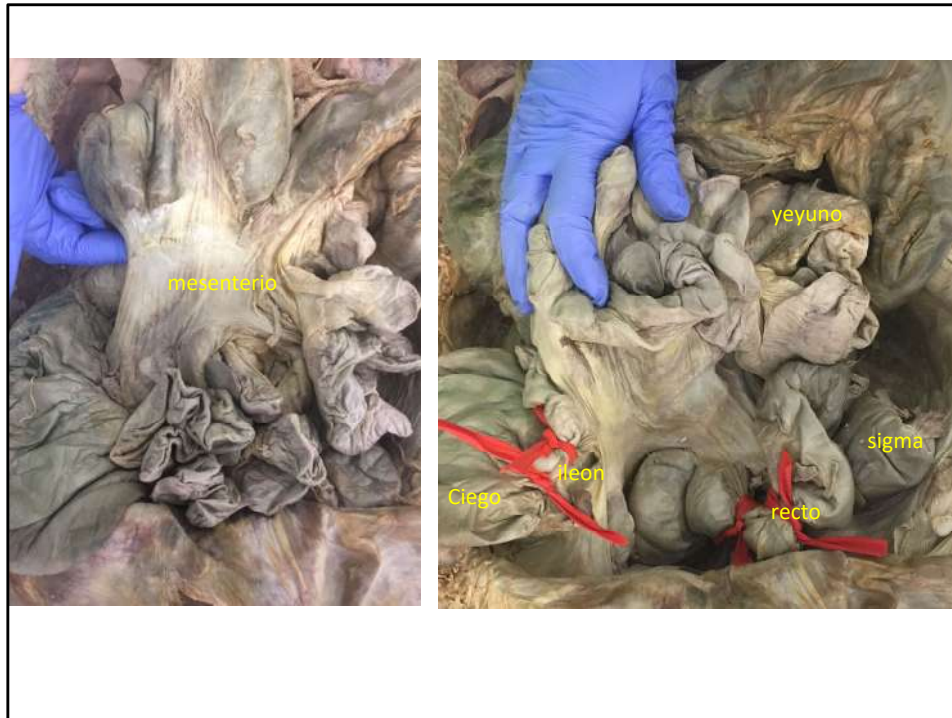
A continuación cortaremos el esófago y el antropilórico.



A continuación podremos eliminar el estómago y, abrirlo si ese es nuestro deseo, para observar sus pliegues y la diferente orientación de los mismos.

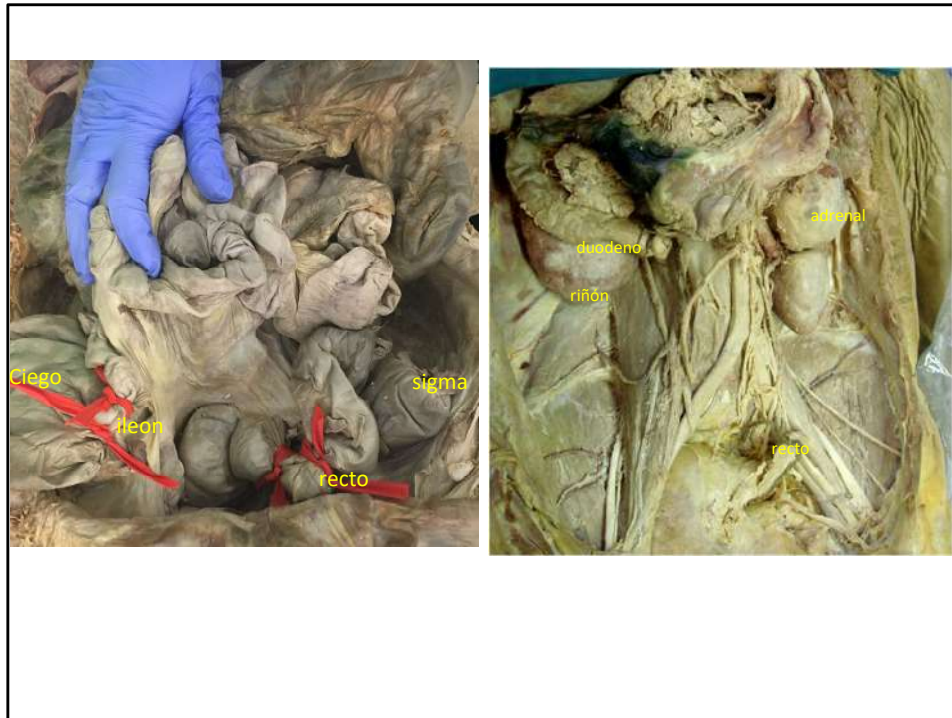


Antes de eliminar el estómago es recomendable despegar el mesocolon transverso y cortarlo. También es obligado cortar el omento mayor desde la curvatura mayor del estómago.



A continuación podremos visualizar el mesenterio y, el ángulo duodenoyeyunal, que atamos con dos ligaduras para cortar entre ellas posteriormente. A su vez, al haber ligado el ilion terminal lo cortamos y nos quedamos solamente con el marco cólico desde el ciego al recto al que atamos.

Para liberar el intestino grueso cortamos el meso del apéndice, y proseguimos despegando el colon ascendente, desplazamos todo hacia la izquierda y cortamos el ligamento frenocólico (une el ángulo esplénico del colon con el diafragma). Continuamos despegando el colon descendente, elevamos el colon sigmoides y cortamos su meso. Con esta maniobra ya tenemos aislado todo el bloque formado por el intestino grueso y, el intestino delgado, que extraemos.



Iniciamos el despegue de todo el bloque, levantando el bloque duodenopancreático con páncreas y bazo, o lo dejamos en su posición conjuntamente con el retroperitoneo, lo que nos sea más conveniente