

LA APENDICECTOMÍA SIN ENCAPUCHONAMIENTO DEL MUÑÓN

Carlos STAJANO

Desde que Temoin en el año 1909 sostiene que puede omitirse el encapuchonamiento del muñón apendicular en el curso de la apendicectomía, muchas fueron las discusiones y controversias que hasta hoy han entablado los cirujanos por este pequeño grande asunto.

Este como tantos otros temas de la medicina, ha reflejado el pensar del momento y ha experimentado todo el peso de los dogmas, que tanta fuerza tienen en el pensar de los médicos.

La peritonización correcta y prolija en la cirugía abdominal, constituyó uno de los progresos más grandes de la técnica de este siglo, y el cirujano tendió a la normalización anatómica de toda herida peritoneal, obteniendo revestimientos lisos y de continuidad perfecta en las superficies serosas.

Si bien es cierto que este objetivo quirúrgico inmediato, una vez terminada la operación, facilita los procesos de reintegración, mejora el post operatorio y permite la cicatrización en horas, de las suturas serosas, aparte de innumerables ventajas de otro orden, que no es del caso insistir, cierto es también que ese concepto dirigente ha inducido a interpretar erróneamente, numerosos fracasos, accidentes o muertes post - operatorias, haciéndose falsas rutas en el juicio y sacándose por consiguiente conclusiones falsas respecto a la causa real de los fenómenos anormales. Cualquiera accidente fué interpretado o atribuido a defectos de técnica, desconociendo muchas veces el cirujano numerosas otras causas de errores o fracasos.

Las grandes verdades en Medicina, caen en falta muchas veces, cuando se aplican sin discernimiento y sin excepción. Es así que la peritonización perfecta como desideratum general,

puede omitirse en la superficie del muñón apendicular, por numerosas razones, que podríamos agrupar en dos categorías:

- a) de casuística,
- b) de lógica.

a) Las de la casuística del autor (Temoin) que propone su técnica en 1909 al Congreso de Buenos Aires con 9.000 apendicectomías en su apoyo, provocando como es natural un revuelo, en el espíritu de estricto respeto al dogma imperante en el momento.

El Profesor Pouey desde el año 1918 y sucesivos nos convencen por otra parte con la evolución clínica de sus innumerables casos, (varias apendicectomías diarias), de que es un fenómeno intrascendente y sin consecuencias el dejar el muñón libre a lo Temoin, dentro de la cavidad abdominal. Sin embargo cuando en esa época nos tocaba actuar como cirujanos, únicos responsables, no nos atrevíamos todavía a obrar contra el dogma de la peritonización perfecta del muñón mediante la jareta, enseñando en cambio las fallas posibles de técnica de ese tiempo operatorio, los detalles anatómicos que podían al desconocerse, complicar el funcionamiento de la válvula íleo-cecal; la disposición de la bandeleta ileal, etc., etc. y la posibilidad y frecuencia con que muchos cirujanos desprevenidos la incluían en la sutura en bolsa.

Sin embargo desde el año 1923 hasta la fecha, vale decir durante diez y siete años, practicamos sin excepción la apendicectomía a lo Temoin en todos los casos, tanto en la Sala N° 4 del Hospital Pereira Rossell que estuvo a nuestro cargo, así como en el Servicio del H. Italiano hasta el día de hoy y en nuestro Servicio de la Clínica desde mayo de 1936, dándonos no sólo la seguridad de su total inocuidad, sino que llegamos a afirmar algo más y es la improcedencia del encapuchonamiento, en casos de real contraindicación, como veremos más adelante.

La ausencia total de inconvenientes y la inocuidad absoluta, la falta de complicaciones post-operatorias, tales como las fístulas, las oclusiones, las adherencias al muñón, etc., sin contar la brevedad del acto operatorio, nos han inducido a imponer en el Servicio de Clínica a nuestro cargo, la técnica que nos ocupa.

Omitimos cifras abultadas de las apendicectomías realizadas, porque parecería una ostentación en nuestro medio. Es que sistemáticamente realizamos en cirugía pelviana, la apendicectomía.

profiláctica, y por eso llegamos a fundamentar nuestros resultados en una experiencia más que abundante.

En nuestro Servicio de la Clínica, no se realiza un solo encapuchonamiento del muñón apendicular desde el año 1936.

Por otra parte el Profesor Lamas fué desde largos años atrás un ferviente defensor del método, abandonando la técnica del encapuchonamiento desde hace muchos años.

El Profesor Albo realizaba casi sistemáticamente en los últimos tiempos en todos los casos de apendicectomía, la técnica de Temoin.

El Dr. Nin y Silva con su abundante experiencia comparte la misma opinión y no realiza desde el año 1923 un solo encapuchonamiento.

La primera razón de peso, que es la de la casuística, y la de la observación clínica, nos autorizan a abandonar el encapuchonamiento en el curso de la apendicectomía tanto en frío, o profiláctica, como en la apendicitis aguda.

Un hecho corriente, a nuestro juicio impresionante, nos permite comparar por contraste la evolución del muñón sin encapuchonamiento en el curso de las apendicectomías en agudo con las realizadas en frío o en apéndice normal.

Me refiero a la apendicitis aguda, con espesamiento parenquimatoso de la base de implantación y por consiguiente con un grueso muñón residual post - apendicectomía.

En estos casos cuando teníamos la obsesión de una peritonización perfecta, nos veíamos imposibilitados de realizarla, por cuanto era un grueso muñón que debía ser sepultado en una pequeña tienda de serosa inflamada circundante, y lo abandonábamos no sin cierto temor en un principio. Hoy comprendemos todo el mal que significa la jareta peritonizante en estos casos que muchos se esfuerzan aún por realizar; nos da en cambio una completa tranquilidad, el dejar a ese muñón bajo la acción depuradora y rápidamente esterilizante de toda la gran serosa peritoneal, y de su poderosa defensa epiploica.

En el mismo sentido me refiero a aquellos casos en que encontramos las paredes del ciego acartonadas, edematosas, o recubiertas de falsas membranas, o friables y congestivas y donde la jareta es impracticable o sumamente laboriosa. Pues bien, fieles al concepto clásico, serían estos casos, los que deberían nece-

sariamente encapuchonarse, por cuanto las condiciones de septicidad del muñón están magnificadas, y donde la peritonización debería ser en estos casos más que obligatoria.

La práctica, en cambio demuestra no sólo que no lo es, sino que la lógica nos dice que está particularmente contraindicada. La pequeña cavidad cerrada de neoformación debe defenderse a expensas de una mínima superficie serosa, la única que ha quedado en contacto con el muñón embolsado, y el pequeño abceso secundario, o la inflamación adhesiva, o la fístula, con secuelas posibles, es una de las tantas consecuencias de las cuales no están libres los que sepultan sistemáticamente este tipo de muñón apendicular.

Podemos asegurar que nuestra casuística nos ha mostrado la ausencia total de tales complicaciones, convenciéndonos de que el muñón séptico es depurado con eficiencia por la acción de la gran serosa libre, que lucha eficazmente en campo abierto con medios de defensa de sobra, para esterilizar rápidamente al muñón residual. Nos hemos preocupado por otra parte de controlar de visu, en reoperaciones eventuales ulteriores, el estado de la región íleo - cecal, asombrándonos el hecho de no encontrar adherencias post - operatorias, ni aglutinación de ansas, ni adherencias a la pared, tal cual es frecuente observarlo en las apendicectomías con encapuchonamiento y en las cuales los pequeños procesos inflamatorios de la subtienda de peritonización, ha evolucionado en forma latente, cosa frecuente en el curso de la post operación, bajo la máscara de pequeños dolores vagos o febrículas imprecisas y frecuentemente mal catalogadas.

La septicidad mínima del muñón de la apendicectomía en frío, o profiláctica, permite por comparación con los casos anteriores, tener una amplia seguridad al realizar el "Temoin", en lugar del encapuchonamiento.

Para terminar diremos que este pequeño gran detalle de la cirugía abdominal, mueve en su discusión una serie de conceptos de orden general de patología de vientre y que sería interesante el tratarlos en particular, por cuanto esto modificaría la interpretación de muchos hechos clínicos, que siguen aferrados a la rutina y anclados a ciertos dogmas, que aun perduran nocivamente.

Me refiero: a) al mecanismo de ciertas oclusiones intestinales del postoperatorio, atribuibles a nuestro entender, al tratamiento médico inclemente post-operatorio del operado, e imputadas equivocadamente a errores de técnica, y en especial a la falta de peritonización correcta.

b) Los conceptos erróneos que guían al práctico en la administración de los purgantes en el post-operatorio constituyen la causa de los accidentes y de la muerte por tal medicación. Es al purgante en el post-operatorio sobre el cual debe recaer la mayor parte de responsabilidad de las incidencias y de los desastres en su administración intempestiva o inadecuada.

c) Referente a la técnica de la apendicectomía decimos, que no aplicamos una sola pinza ni en el meso ni en el ciego. Maniobras suaves de exteriorización y normalización anatómica cuando hay acolamientos. Cuando es retrocecal o paramesentérico adherente, intentamos la apendicectomía subserosa retrógrada. La sección del apéndice la hacemos hoy con bisturí yodado, habiéndola hecho con termo-cauterio, galvano cauterio, etc. No destruimos la mucosa, ni con bisturí, ni con galvano, la creemos innecesaria. Hacemos la ligadura simple del muñón previa estricción con pinza. Consideramos inútil la doble o triple ligadura. - o tenemos que lamentar por la técnica que hemos usado una ola incidencia.

La prolijidad y la limpieza del campo; la prolijidad en la desinfección con yodo de la mucosa, cuidando de que no se extienda en el peritoneo una sola gota, como lo hemos visto más de a vez a algún cirujano. Es más grave el contacto del yodo con el peritoneo, que la infección del muñón en lo que a adherencias teriores se refiere.

Proscribimos la anestesia local en la apendicectomía aunque sea o parezca paradójal. No siempre el apéndice es libre, perdiéndose en suavidad y por maniobras excesivas la sencillez del acto operatorio hecho con anestesia general, que permite hacer apendicectomías difícilísimas, sin el "shock" a que conducen las apendicectomías difíciles, hechos con la pretendida e inócua anestesia local.

Conclusión. — 1º Nuestra experiencia personal, la de los señores Pouey, Lamas, Albo, Dr. Nin y Silva con la técnica de

Temoin, nos autorizan a preconizar las excelencias de este método, que realizamos sin excepción y sin lamentar una incidencia, desde el año 1923.

2º Los cargos que se han hecho teóricamente contra el método son infundados.

3º Las oclusiones intestinales, las fístulas, las adherencias, son señaladas con la técnica clásica y son favorecidas sin duda alguna, por prácticas intempestivas realizadas en el post - operatorio por el mismo cirujano (purgante precoz, enemas, etc.).

4º No sólo nos es permitido con absoluta tranquilidad el realizar el método, sino que consideramos un contrasentido irreflexivo el encapuchonamiento, y tenemos argumentos de tanta fuerza como sus sostenedores para proscribirlo.

5º Razones de experiencia, ajena y personal así como de interpretación lógica de la patología del peritoneo nos permiten hacer tales afirmaciones, imponiendo en nuestro servicio el procedimiento que se realiza sin excepción en todos los casos.