

SESION PLENARIA

TEMA :

COMPLICACIONES DE LA APENDICECTOMIA

APENDICECTOMIA ASEPTICA

Prof. Dr. MANUEL B. RODRIGUEZ LOPEZ

Hemos querido contribuir al importante capítulo que mantiene aún en estos días una vivencia completa, el de *Las complicaciones de la apendicectomía*. Traemos con ese fin a la consideración de los miembros de este Congreso, una técnica y táctica operatoria, que creemos pueden reducir las complicaciones de las apendicectomías, que siempre se presentan como una posibilidad, ensombreciendo el pronóstico en la evolución ulterior de las operadas. Evitamos con esta técnica la infección, que puede ser el origen de algunas complicaciones sépticas de las apendicectomías, aún hoy que estamos en pleno apogeo de la era antibacteriostática y antibiótica.

Llamará la atención el título de esta contribución: *Apendicectomía aséptica*, con que la hemos querido calificar. Denominación que la creemos lógica, debido al "modus operandi" de esta intervención.

Estando en el III Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia realizado en Viena en los meses de agosto-setiembre de 1961, el Dr. Jack Godfrey Hallatt, de los Estados Unidos de Norte América, informó en una breve comunicación, sobre esta curiosa técnica de eliminación quirúrgica de los apéndices crónicos o subagudos. Esa información me hizo pensar en la aplicación práctica que ella podía tener, resolviendo experimentarla. Al mismo tiempo pensé complementar el tiempo quirúrgico con la investigación radiológica, seguida cada 24 horas, para ver qué tiempo tarda el apéndice desvitalizado e invertido en su luz, en eliminarse y, además, ver cómo se desarrollaban los postoperatorios de esta intervención.

Después de haber experimentado esta técnica, muy simple, y ver los resultados prácticos que de ella podían derivar, es que hoy la expongo ante ustedes, como una técnica para las apendicectomías que se efectúan en el curso de otras intervenciones. A este tipo de apendicectomía se le ha dado en llamar "*Apendi-*

cectomía profiláctica”, “Apendicectomía de oportunidad”, “Apendicectomía complementaria”, “Apendicectomía de regalo”.

Así procedemos, en general, los cirujanos cuando efectuamos la apendicectomía, como complemento a la intervención que fue el motivo de la operación, para evitar una segunda intervención por apendicectomía en enfermas que tienen un pasado de sufrimiento apendicular y aun mismo cuando no lo tengan.

Nosotros los ginecotocólogos, al intervenir operatoriamente en la pelvis, efectuamos como complemento a la intervención ginecológica, una apendicectomía de manera sistemática, exceptuando los procesos que originan hemoperitoneos como: embarazos ectópicos interrumpidos, estallido de cuerpos amarillos que quedan sangrantes, roturas de várices en los miomas subserosos, etc., etc.

Algunos cirujanos al abordar una hernia inguinal derecha con ciegos descendidos, acostumbran a apendicectomizar en los casos de apendicitis crónicas o sufrimientos apendiculares que tienen al mismo tiempo que la hernia, estas enfermas. Sin embargo, hay cirujanos que se oponen a esta operación complementaria, alegando con cierta razón, que la apendicectomía efectuada en una corrección o cura radical de la hernia, que debe realizarse asépticamente, la apendicectomía por cuidadosa que se haga infecta el ambiente y puede en algunas circunstancias hacer fracasar la operación correctora plástica herniaria.

Lo mismo pasa con algunas colecistectomías que se hacen en frío, en donde hay cirujanos que la complementan con una apendicectomía, mientras que otros la contraindican de manera absoluta, porque este tiempo séptico puede aumentar el riesgo quirúrgico.

Es evidente que la apendicectomía es un tiempo séptico. Cualquiera sean las técnicas que se empleen y que podemos resumir en tres grandes grupos:

- 1º) apendicectomías con hundimiento del muñón apendicular por encapuchonamiento;
- 2) apendicectomías en donde el muñón apendicular se oculta por el mesoapéndice que lo protege a la manera de Temoin;
- 3) apendicectomías dejando el muñón sin encapuchonar y sin proteger.

Todas estas técnicas tienen sus defensores y sus detractores, pero evidentemente ningún cirujano, cualquiera sea la técnica que emplee puede eludir la parte séptica al amputar la base del apéndice, lo encapuchone, lo proteja, o lo deje tal como queda después de ligado y extirpado.

Por eso después de haber conocido la técnica del doctor Hallatt que él denomina "Incidental Appendectomy", me puse a practicar este procedimiento operatorio, a estudiarlo clínicamente en los postoperatorios y además lo complementé con el estudio radiológico efectuado cada 24 horas, del apéndice invertido que dejamos lleno de lipiodol, para ver cuando éste se desintegra, por necrosis y se elimina. Pensamos todavía recoger en las materias fecales de las primeras deposiciones de la operada, los apéndices eliminados, para estudiarlos como complemento a la técnica que exponemos.

Los tiempos de la operación que proponemos a la consideración de ustedes son sencillos y fácilmente realizables. Se busca primero liberar el apéndice en forma subserosa, ya sea ligando el meso libre cuando así lo presenta el apéndice, o efectuando una subserosa retrógrada, cuando el apéndice es ascendente retrocecal, en donde el cirujano para abordarlo no tiene más que la zona de implantación y desde allí lo ha de ir liberando subserosamente.

Desprendido en forma subserosa el apéndice y habiéndose ligado el meso o algún vaso que sangra en la zona de inserción yuxtacecal, se ejecuta una jareta seromuscular bien ajustada sobre el ciego alrededor de la base del apéndice que se deja momentáneamente floja. Entonces se pueden hacer dos cosas: o se atripsia o no se atripsia la base apendicular. Cuando se atripsia la base, la eliminación ulterior del apéndice que hemos estudiado radiológicamente se hace más rápida, por eso lo hacemos sistemáticamente en el momento actual. Una vez efectuada la atripsión de la base apendicular, se toma con una gasa el apéndice por su punta y con un estilote se trata de hundir su punta en la luz del apéndice, como quien quisiera hundir un dedo de guante para invertirlo. Fácilmente la punta se hunde en la luz apendicular y sosteniendo el apéndice luego más abajo se hunde totalmente el apéndice en su luz, con lo que queda invertido totalmente. En ese momento, aún con el estilote colocado —instru-

mento que nos ha servido para el hundimiento—, se cierra fuertemente la jareta y se va sacando el estilete con la jareta apretada, hasta retirarlo totalmente; entonces se fija este primer nudo de la jareta con un segundo nudo complementario. Sobre esta jareta con los mismos hilos que efectuamos la misma, se rebate y se aplica sobre la zona donde fue hundido el apéndice, el meso apendicular. Esto le hace de tapa de protección y ayuda a una mejor oclusión de esta región.

A veces hay dificultad en hacer el hundimiento inicial porque el apéndice está obliterado en la mitad externa por ataques anteriores que lo han atrofiado y ocluido. Entonces se empieza a hundir en la zona apendicular donde la luz está libre, de tal manera, que al ir hundiendo esta zona cada vez más, la zona obliterada se arrastra, hasta quedar totalmente dentro de la luz invertida del apéndice. No hay ninguna dificultad en hacer esta maniobra, que es sencilla y fácil.

Hay que tener cuidado de dirigir el estilete que va hundiendo el apéndice hacia la luz cecal en un principio y luego hacia la luz del colon ascendente cuando el apéndice es muy largo, porque si no el estilete choca con las paredes cecales y si no se está alertado, puede ser traumático. Otras veces el apéndice es muy largo, mucho más largo que el estilete, y éste no lo podría invertir totalmente; entonces nosotros practicamos la inversión total, retirando el estilete, sosteniendo la inversión hasta allí realizada con una gasa, e introducimos una fina sonda Nélaton que lo acaba de invertir y hundir totalmente luego de lo cual cerramos la jareta en la base apendicular invertida de la zona cecal correspondiente.

Con el fin de estudiar radiológicamente el comportamiento ulterior del apéndice, hemos introducido a través de la sonda Nélaton fina que utilizamos para la inversión, lipiodol, con lo cual llenamos la cavidad apendicular invertida y radiografiamos con fines de estudio y experimentales a la enferma cada 24 horas. Esta maniobra de llenar el apéndice con lipiodol, es fácil, es inocua y nos muestra en las placas radiográficas, cuándo el apéndice se desintegra, dejando escapar el lipiodol en la cavidad cecal, y la eliminación ulterior. En general, esta eliminación se hace entre el 3º y el 5º día; es mucho más rápida cuando se atripsia la base apendicular, que cuando no se atripsia.

Con este procedimiento de apendicectomía el apéndice no se saca ni se extirpa en el acto operatorio, sino que queda invertido en la luz cecal y allí este apéndice desvitalizado, apretado fuertemente por la atripsión de su base, se necrosa, cae en la luz apendicular y se elimina ulteriormente, en los días siguientes al acto quirúrgico. Es decir, que la apendicectomía se hace en un segundo tiempo y espontáneamente de acuerdo a lo que hemos dicho anteriormente.

Procediendo así, en ningún momento se abre la luz apendicular y por consecuencia el líquido séptico que contiene todo apéndice en su interior, no toma contacto con el campo operatorio, evitando la infección que, por mínima que sea, es una realidad con cualquier tipo de apendicectomía clásica.

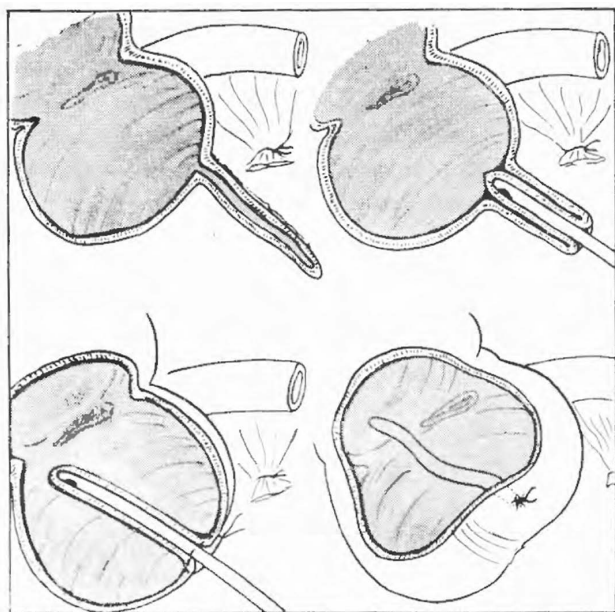
En resumen, la técnica de esta apendicectomía, que hemos querido nosotros calificar de "*Apendicectomía aséptica*", es la siguiente en sus distintos tiempos operatorios:

- 1) Presentación de la región cecoapendicular.
- 2) Ligadura del meso apendicular, cuando existe.
- 3) Decolamiento subseroso del apéndice.
- 4) Colocación de una jareta seromuscular cecal alrededor de la base del apéndice y bien ajustada a la misma.
- 5) Hundimiento e inversión del apéndice en su luz.
- 6) Cierre del orificio cecal que queda en la base del apéndice, al ser hundido éste totalmente.
- 7) Colocación del mesoapéndice por encima de esta zona de hundimiento.

Hemos querido traer a la consideración de ustedes una táctica operatoria de eliminación del apéndice, completamente aséptica. Ella es interesante para efectuarla en los apéndices crónicamente enfermos, subagudos o aún los apéndices sanos, cuando quiere complementarse con una extirpación del apéndice, la operación básica que fue motivo de la intervención quirúrgica. Lógicamente, ella es irrealizable en las apendicitis agudas, porque en ellas el apéndice no se puede invertir.

Creemos que esta técnica de "*Apendicectomía aséptica*" es la más aconsejable de las técnicas para emplear en las apendicectomías llamadas Profilácticas, Complementarias o de Oportunidad, fundamentalmente cuando la posibilidad de la infección

séptica que dan las apendicitis extirpadas por las técnicas clásicas, pueden comprometer la operación fundamental que como indicación obligó a operar a la enferma. Nosotros que hemos estudiado y perfeccionado esta técnica operatoria, que hemos seguido la eliminación ulterior del apéndice radiográficamente, estamos en condiciones de aconsejarla y asegurar que el postope-



ratorio de las mismas se hace sin ninguna incidencia, y además evitamos con seguridad un gran número de complicaciones ulteriores que puedan presentar las apendicectomías que complementariamente se hacen en los actos quirúrgicos, aún en las mejores condiciones, con las mejores técnicas y por los mejores cirujanos.

Complementando esta descripción que hemos hecho de la técnica y táctica quirúrgica de la “*Apendicectomía Aséptica*”, presentamos un film en colores en donde se muestra de manera objetiva, la sencillez de su realización y la facilidad con que se invierte el apéndice, ya sea con el estilete o con la sonda Nélaton fina.

Y para terminar esta comunicación, diremos que nos pareció que era necesario divulgar esta interesante táctica de eliminación apendicular, porque nos pone en las manos una técnica quirúrgica que elimina muchos riesgos y muchas complicaciones que se pueden presentar en las apendicectomías clásicas.

El estudio radiográfico que se efectuó en las enfermas operadas por este procedimiento, fue realizado por el Dr. Ricardo Parada, Radiólogo del Instituto de Radiología y Centro de Lucha Contra el Cáncer, que dirige el Dr. Leborgne y funciona en el Hospital Pereira Rossell.