

CONTRIBUCION.

COMPLICACIONES DE LA APENDICECTOMIA

Dres. JORGE A. FERREIRA, GUILLERMO GALVAGNO PEREYRA,
CAMILO A. GIANI y JUAN E. VADRA

La apendicectomía es una operación sencilla y por ello generalmente es la primera intervención de la cavidad abdominal con que un cirujano se inicia; no obstante, se presentan numerosas complicaciones, con una variadísima gama de formas.

Con el fin de facilitar su estudio es que daremos una clasificación en la cual configuramos dos formas de encarar dichas alteraciones.

Diremos que podemos considerar a las complicaciones con un criterio *topográfico* y otro *etiopatogénico*.

El estudio de las alteraciones, vistas bajo el aspecto topográfico, lo dividiremos a su vez en: *parietales* y *cavitarios*.

Las complicaciones parietales, comprende generalmente los flemones o sea los procesos inflamatorios; que pueden ser originados por la contaminación de los planos superficiales, con dos alternativas; una en la apendicectomía en frío, debida generalmente a infección a partir del muñón por manoseo del mismo; y la otra es en aquellos casos que existe pus en cavidad, la cual al drenarla desencadena el mismo fenómeno de contaminación parietal, aunque en este último caso es más rápido.

La evisceración es otra de las alteraciones parietales; poco frecuente en este tipo de intervención, mas no imposible de aparecer. Recordemos el clásico líquido que fluye por la herida (jugo de grosella) y la aparición del epiplón ocupando la brecha laparotómica.

Los hematomas, sean del celular, subaponeuróticos, pre o retroperitoneales, son de relativa frecuencia, y son debidos a una hemostasis poco cuidadosa, en el primer caso. Las lesiones vasculares son las responsables de los otros hematomas, heridas

éstas que en primera instancia pasan inadvertidas, pero horas más tarde hacen su obra.

Las complicaciones *cavitarias* son más variadas; bastará con mencionar: los abscesos, las fístulas estercoráceas, las hemorragias, etc.

Todas estas complicaciones ubicadas en el orden topográfico, tienen su fiel manifestación clínica y radiológica. No las estudiaremos detalladamente dado que las volveremos a mencionar en la otra clasificación.

Si orientamos los estudios en esfera *etiopatogénica*, debemos comentar los procesos *inflamatorios*, los *vasculares*, los *hemorrágicos* y los *mecánicos*.

Al referirnos a los procesos inflamatorios, no mencionaremos aquellos que ya comentáramos antes, o sea los parietales en general.

Sólo mencionaremos las complicaciones peritoneales debidas a: esfacelo de la jareta, muñón filtrante, lesión parietal visceral, sea ésta instrumental o manual.

Las lesiones de origen vascular tienen en la torsión del epiploon con trombosis, su más claro exponente.

Cuadro éste que es más factible de presentarse de lo que todos pensamos.

De las alteraciones hemorrágicas, sólo comentaremos las intraabdominales, por estar otro colega de nuestro equipo a cargo de las alteraciones extracavitarias.

La causa más común de hemorragia es o por ligaduras incorrectas o por lesión de algún vaso cercano, que es herido al pasar la ligadura del meso y en ese instante pasa inadvertido.

La complicación mecánica tiene en las obstrucciones por acodadura del íleon su fiel y claro exponente.

A continuación comentaremos algunos casos personales.

a) Se trata de un paciente que se le efectuó una apendicectomía en frío, típica, cuyo postoperatorio inmediato pasa sin mayores alternativas; al tercer día es enviado a su domicilio.

Al octavo día de la operación comienza con dolores en F. I. D., moderada tensión en la pared, ligera febrícula.

Lo reinternamos y le efectuamos un colon por enema; en donde objetivamos en el fondo cecal una falta de relleno con franco desflecamiento, con aspecto edematoso, que hasta podría

hacer pensar en una neoplasia de no mediar el hecho que cuando lo intervinimos, el ciego e íleon eran perfectamente normales.

Le indicamos antibióticos y corticoides, reposo y el cuadro cedió con la restitución total del enfermo.

En este caso nuestra conducta fue exclusivamente médica, por haber interpretado el cuadro como un fenómeno reaccional ante un cuerpo extraño.

b) Enfermo apendicectomizado, concurre a nuestra consulta poco tiempo después de su operación, por presentar los signos y síntomas típicos de una apendicitis aguda. No obstante, el paciente presentaba cicatriz laparotómica típica para las apendicectomías.

Le efectuamos un colon por enema y con gran sorpresa objetivamos en el borde cecal, en el lugar que ocupa el apéndice, un resto del mismo que se llenó de mezcla opaca. Le efectuamos la ectomía del resto apendicular que se hallaba intensamente congestivo, con lo que el cuadro inicial desapareció por total.

En esta circunstancia fuimos eminentemente intervencionistas.

c) Se trata de un paciente al cual le efectuamos una apendicectomía típica, con un solo inconveniente, el epiplón lo debimos reintegrar a la cavidad abdominal en varias ocasiones por tener una franca tendencia a aflorar por la herida operatoria.

En el postoperatorio inmediato el enfermo presenta dolor persistente y cuadro de shock, por lo que decidimos reintervenirlo.

Al explorarlo hallamos un vólvulo del epiplón con fenómenos de trombosis en el pie de la torsión.

Efectuamos la resección del tejido mortificado y el enfermo evoluciona favorablemente.

d) Apendicectomía en frío; al tercer día de operado, el enfermo es enviado a su domicilio; al sexto día, cuadro peritoneal.

Lo reinternamos y le efectuamos examen radiográfico, simple de abdomen, en donde pudimos ver francos niveles líquidos.

Lo drenamos y el enfermo mejora totalmente; en esta circunstancia, la conducta era lógicamente quirúrgica y la interpretación que le dimos fue o un esfacelo de la jareta precoz o alguna pequeña dislaceración de alguna asa durante el acto operatorio.