

COMPLICACIONES DE LA APENDICECTOMIA

Discusión

Dr. JOSE PEDRO OTERO.—Nuestra experiencia en este tema proviene del hecho de que durante más de treinta años nos hemos dedicado, sin interrupción, a la práctica de la cirugía de urgencia, primero en los hospitales de Salud Pública y, actualmente, en el Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas.

Es evidente que si esas apendicitis agudas se operasen todas en el curso de las primeras veinticuatro horas no habría, prácticamente, ninguna complicación imputable a errores de técnica o al proceso en sí. Pero por una serie de circunstancias, muchas veces las apendicitis agudas se operan más tardíamente, a pesar de que en nuestro país existe una conciencia clara y alerta respecto a la toma en agudo.

Creo que una de las cuestiones fundamentales en materia de profilaxis de las complicaciones, reside en elementos de orden general, referentes a la organización del medio quirúrgico en que se actúe, referentes a la anestesia y referentes a las normas de cirugía general que se sigan.

Señalaré, en primer lugar, la gran importancia que tiene la anestesia, que debe ser manejada, si es posible, por un anestésista especializado, porque muchas veces se presentan problemas de anestesia en el curso de las apendicectomías y en apendicitis graves, así como en apendicectomías difíciles. Hay tipos de apendicitis graves que repercuten de modo muy particular sobre el centro respiratorio y circulatorio, determinando a veces situaciones difíciles si el anestésista no es competente y aun mismo para anestésistas de gran experiencia. Sabemos que no debemos recriminar al anestésista por dificultades que se presenten en el curso de la operación, dificultades circulatorias o respiratorias que se deben a la toxicidad del proceso en sí. Es necesario, por tanto, tranquilizar al anestésista admitiendo desde el principio que el cuadro tóxico dificulta por sí mismo la anestesia.

También interesa la anestesia en las apendicectomías difíciles, prolongadas, en la duración de la intervención, obligando a tracción sobre los meses, todo lo cual debe ser bien manejado desde el punto de vista de la anestesia y desde el punto de vista de la interrelación cirujanoanestésista.

La segunda cosa que señalaría, pensando en la profilaxis de las complicaciones, es la gran importancia que asignamos a la incisión, particularmente

la prolongación adecuada de una incisión de Mac Burney, para conseguir la exposición necesaria en un momento oportuno. Quiero decir que es necesario decidirse rápidamente a prolongar la incisión, que es necesario darse cuenta en seguida que en determinados casos el Mac Burney es insuficiente y que debe ser rápidamente ampliado sin vacilaciones.

La dirección hacia la cual se ampliará el Mac Burney depende de la localización del proceso: hacia arriba, hacia el reborde, siguiendo el oblicuo mayor en la dirección de sus fibras, y el pequeño oblicuo transverso perpendicularmente a ellas, en una extensión bien suficiente, en los casos de apendicitis ántero y retrocecales; hacia abajo y dentro seccionando dos hojas de la vaina del recto y reclinando el recto, en las apendicitis pelvianas y mesocelíacas. En el caso de las apendicitis retromesentéricas ninguna de estas ampliaciones hace posible un abordaje amplio, y a veces podrá recurrirse a una incisión paramediana, en vez de insistir dificultosamente a través del Mac Burney.

Muchas veces hemos resuelto rápidamente problemas aparentemente muy difíciles en el curso de apendicectomías realizadas por internos o cirujanos jóvenes, simplemente indicando la ampliación de la incisión.

El relator insiste mucho en los problemas de las hemorragias interoperatorias, o sea las hemorragias que pueden producirse en el transcurso de la misma operación, y que pueden crear problemas, a veces difíciles. Porque el meso apéndice puede ser muy friable, se desgarrá cada vez que se empieza nuevamente, y puede llegar a plantear problemas de verdadera ansiedad, como lo hemos visto en cirujanos de gran categoría.

Creemos nosotros que existe un medio simple de resolver este problema, por medio de hemostasis, que lo hemos utilizado muchas veces, y siempre con resultados seguros desde el primer momento. Consiste la maniobra de hemostasis, en estos casos difíciles, en tomar el mesoapéndice que sangra, por medio de una pinza de corazón, que no desgarrá nunca y que permite colocar una ligadura aun en situaciones difíciles, porque el lazo desnudo desliza automáticamente hacia la profundidad, debido a la forma misma de la pinza. No es una pinza de Ferter, cuyo anillo es ovalado, ni tampoco una pinza de Greward, sino, exactamente, una pinza de corazón tipo colendo.

Tampoco es necesario dejar la pinza permanente, porque siempre se puede ligar perfectamente. De esa manera no hay ningún riesgo de verse obligado a nuevos intentos frustrados de hemostasis, que destruyen progresivamente el meso de un modo alarmante hacia la profundidad. Siempre que nos vemos obligados a rehacer la hemostasis del mesoapéndice, sea porque se escape la ligadura, sea porque desgarré un meso friable, etc., siempre, en todos los casos, recurrimos a la pinza de corazón para tomar el meso difícil, friable, profundo o esquivo. Nunca hemos tenido hemorragias postoperatorias ni menos aún necrosis del delgado o del grueso por isquemia, debido a interferencias con la circulación, atribuibles a las maniobras de hemostasis.

Con referencia al problema de la oclusión intestinal en las apendicectomías, pensamos que en la gran mayoría de los casos la oclusión intestinal se debe a un proceso intestinal extendido, a un plastrón o a un absceso, y en un

porcentaje mínimo de casos se tratará de oclusiones mecánicas verdaderas que obligan a una intervención para liberar la causa. Por tanto, es fundamental hacer el diagnóstico positivo de oclusión mecánica, que es el único que justificará una reintervención, porque en los casos de peritonitis difusa o de plastrón apendicular, o de absceso, la conducta terapéutica ha de ser abstencionista, buscando el proceso original verdadero, y librándose muy bien de perjudicar la evolución debido a una intervención intempestiva.

Uno de los grandes progresos en el tratamiento de las llamadas parálisis intestinales ha sido la intubación con sonda de canto, pero esta sonda, para ser operante, debe dejar pasar más allá del píloro, única forma en que actúa evacuando el contenido del delgado. Por eso, el manejo correcto de la sonda es fundamental, y no se puede dejar librada a interpretación de los enfermeros o ayudantes, máxime actualmente, en que los antibióticos poderosos que manejamos no justifican ninguna intervención activa en las parálisis por peritonitis.

Dieta absoluta, aspiración por la sonda de Canter interintestinal, antibióticos adecuados, mantenimiento del balance hidrosalino, es todo lo que se necesita en el tratamiento de la mayoría de los hielos postapendicitis que, como dije antes, son casi siempre secundarios al proceso peritoneal.

No creo que se pueda sostener que una parálisis intestinal que no cede en un plazo de doce a veinticuatro horas, debe ser reintervenida. Creo que un hilio secundario a un proceso peritoneal agudo no debe ser intervenido como tal.

El problema reside en apreciar cuáles son los casos en que el hilio es francamente mecánico, porque allí sí, la intervención no puede ser diferida. Es muy difícil establecer con palabras cuáles son exactamente los elementos que determinarán a un cirujano de carrera y de experiencia a resolverse a intervenir con ese diagnóstico. El tipo del dolor intermitente, el peristaltismo activo audible por auscultación directa del vientre, el estudio radiológico meditado, etc., son algunos elementos que nos conducirán al diagnóstico de hilio mecánico, pero, repetimos, este hilio mecánico verdadero es excepcional en nuestra experiencia postoperatoria de apendicitis agudas y, en principio, frente a una distensión postoperatoria pensamos, ante todo, en el origen peritoneal y en el tratamiento médico.

Dr. LUIS A. GREGORIO.—Quiero felicitar a los relatores por el trabajo tan exhaustivo que han presentado, y referirme a algunos aspectos muy parciales del problema de la complicación de la apendicectomía. En nuestro concepto, las complicaciones de las apendicectomías hay que dividir las en dos grandes grupos: las complicaciones de la enfermedad y las complicaciones del cirujano.

Creemos que la mayor parte de las complicaciones de las apendicectomías son complicaciones culposas, son complicaciones donde el cirujano, por omitir aspectos fundamentales que tienen que ver con la asepsia, con la conducta que sigue en el propósito de resolver el problema del enfermo, es decir, con la oportunidad operatoria, con el material que utiliza, etc., contribuye a que acontezca una complicación que no debía haberse producido.

Dentro de esas complicaciones debemos referirnos —parcialmente, hemos dicho— en primer término, a la llamada falla del muñón. El muñón falla cuando se realiza en un enfermo que no está en condiciones de cumplir con esta técnica, porque la labilidad de los tejidos, porque la congestión, porque las falsas membranas que se han formado impiden realizar la técnica del muñón. Somos partidarios de realizarla toda vez que se pueda, pero creemos que no debe hacerse cuando las condiciones locales la contraindican. Por otra parte, si se utiliza material no reabsorbible, por ejemplo, lino fino, nylon, etc., se está a cubierto en una gran porcentaje de casos de esta probable complicación.

En lo que se refiere a la falla de la ligadura, de la hemorragia postoperatoria, a que se refieren los relatores, creemos que ésta fundamentalmente es una falla técnica, una complicación culposa, como la denominamos, por cuanto si se utiliza el material debido, si se hace una doble ligadura de la apendicular, no puede de ninguna manera producirse la falla y, en consecuencia, la hemorragia, que tantas vidas cobra al cabo de cada año.

En lo que tiene que ver con el problema del íleo, existen el íleo paralítico, el íleo adinámico, muchas veces en los procesos peritoneales. Poco nos debe interesar ese íleo. Generalmente cede en pocas horas. Lo que interesa es el íleo mecánico, la verdadera solución intestinal. Para despistarla, como decía el Dr. Otero, tenemos procedimientos. La clínica es soberana en múltiples aspectos para resolver ese problema. Los dolores intermitentes —como expresa el Prof. Otero—, los ruidos íleo aéreos. Nosotros participamos de una escuela que ausculta todos los días el vientre de nuestros operados. La aparición de ruidos metálicos en el vientre nos conduce como de la mano al diagnóstico del íleo mecánico. Desde luego, la radiología, la curva de los cloruros, etc. No entraremos en detalles, porque es de todos conocido.

Hecho el diagnóstico de íleo mecánico creemos que hay una sola conducta: la reintervención inmediata.

Dejé para último término la complicación que creemos más frecuente: la infección de la herida operatoria. No es un capítulo sin importancia. En nuestro concepto la tiene y muy grande, y cobra también sus vidas. La supuración, el flemón de la pared, cobra sus vidas en este tipo de intervención como en cualquier otro tipo de intervención, fundamentalmente de la cirugía abdominal. Aquí sí, creemos, que en la inmensa mayoría de los casos es una complicación culposa.

Hace pocos días una persona que se encuentra en este ambiente, congresal en estos momentos, muy distinguido cirujano, nos refería que en el block quirúrgico del Hospital Pasteur se habían producido dos infecciones serias en enfermos apendicectomizados. Con la autorización del cirujano concurrimos a ver esos enfermos y, efectivamente, era así. Se trataba de dos enfermos con peritonitis apendiculares, seguramente operados por gente sin experiencia, por practicantes internos, que no habían sido drenados, ni el foco apendicular ni el tubular. Eran dos enfermos con dos flemones muy importantes, muy serios, que merecieron ser curados. Felizmente, evolucionaron bien. Ello era consecuencia de que se dejó la piel cerrada. Nosotros, en los enfermos porta-

dores de peritonitis apendiculares, somos partidarios no sólo del drenaje múltiple, del drenaje del foco, del drenaje del Douglas, sino también partidarios de dejar la piel abierta. En estas condiciones excepcionalmente hemos visto flemones de la pared. Creemos que debe ponerse énfasis en este aspecto. La evolución de un enfermo con peritonitis apendicular es totalmente distinta, si se deja la piel abierta o si se deja cerrada.

Queríamos hacer este pequeño aporte al relato tan interesante que han hecho los doctores Hojman y Mautone, creyendo que contribuimos en forma singular, teniendo en cuenta el hecho que nosotros siempre pregonamos referente a la conducta a seguir, fundamentalmente con la piel, en los casos de las peritonitis apendiculares.

Dr. RICARDO B. YANNICELLI.— En primer lugar, voy a felicitar a los relatores y correlatores, porque indudablemente, han presentado el tema con un punto de vista amplio, que nos permite concebir todas las complicaciones de la apendicectomía, y lo han hecho con mucha inteligencia, destacando lo que más nos interesa desde el punto de vista clínico, práctico y terapéutico.

Refiriéndonos a la responsabilidad del cirujano, y uniendo lo que se dice aquí con lo que decía el Dr. del Campo días pasados, convendría que en los Congresos no habláramos mucho, sino que fuéramos discretos, cada vez que hablamos de las complicaciones culposas del cirujano, porque estamos en un momento en que toda la legislación quiere hacer culpable al cirujano de más de lo que le corresponde, de manera que convendrá hablar de posibilidades en las que el cirujano puede ser culpable y puede no ser culpable. Mismo en la categoría de las complicaciones de orden hemorrágico, hay que suponer que el cirujano que tiene una complicación postoperatoria ha tenido la impresión —como la tiene cualquier cirujano— de que deja un campo exangüe. Y pregunto, si no les pasó a algunos de los cirujanos que aquí creen que es culposo el cirujano, cuando dejó sin operar, pensando que había hecho una hemostasis perfecta, un campo que después se hizo hemorragia. La hemorragia, por otra parte, no se produce siempre por falta de buenas ligaduras, sino por las complicaciones que se sabe que pueden aparecer, caída de una escara, y cantidad de cosas.

Hablamos, entonces, con el trabajo que presentó aquí el Dr. Vaccarezza: mil apendicectomías en los Servicios de Cirugía de Niños, con 0.1 % de mortalidad, un solo fallecido que no era de apendicectomía. Nos da, por tanto, derecho a hablar, como los que lo han hecho aquí, con una larga experiencia en cirugía de niños, donde se operan niños de 1 a 2 años, hasta 14 y 15 años.

Se ha sintetizado en ese trabajo lo principal de las complicaciones. Queda evidenciado —como lo han dicho los relatores y algunos de los expositores—, que la apendicectomía está resuelta desde el punto de vista técnico si los cirujanos encuentran al enfermo en condiciones oportunas de operabilidad, y si los que operan lo hacen con las garantías actualmente posibles de un buen anestesista, con el campo operatorio que permita actuar con una de las distintas técnicas —no hay una manera de abordar el apéndice, sino veinte maneras

de hacerlo— y, además, con el cuidado que debe tener el postoperatorio. En el niño eso es tan fundamental en algunos aspectos como lo es en el anciano y en el adulto afectado. La rapidez con que se deshidrata un niño es una de las condiciones que antes significaba un fallecimiento.

Otra cosa en que puso bastante énfasis uno de los relatores es la intubación en las anestесias en todo niño que va a ser operado. La retención, la celusión en el acto operatorio es un peligro extraordinario cuando no nos manejamos con anestесistas que sepan intubar. Más de uno de los fallecimientos de otra época eran vómitos en el acto anestésico, que pasaban a las vías respiratorias determinando complicaciones pulmonares incontrolables. Como se acaba de decir en el trabajo presentado por el Dr. Vacareza, nosotros, por gran mayoría, con excepción de algunos cirujanos, no dejamos la piel abierta. La mayoría de los cirujanos de niños cierran dejando el drenaje, desde luego, con lo que creemos que drenamos todos los planos, inclusive el douglas. En segundo lugar, no drenamos en la mayoría de los casos el douglas aparte, y está demostrado por esa estadística que en el niño, por lo general, no se precisan dos drenajes, uno del douglas y otro del foco; generalmente con drenar el foco, que llega al douglas, es suficiente. Lo digo para no complicar en algunas circunstancias una técnica operatoria que puede ser más sencilla.

Se han presentado aquí tres contribuciones con aspectos nuevos de la apendicectomía. Una muy interesante del Prof. Rodríguez López. Creo que debe ser manejada por personas...

Sr. PRESIDENTE.— Eso no está en discusión. Perdone, Dr. Yannicelli.

Dr. YANNICELLI.— Bien. Si a alguno de los relatores se le hubiera ocurrido opinar sobre la técnica propuesta por el Dr. Rodríguez López yo diría que es adecuada para los apéndices que encuentran los obstetras y los ginecólogos en el campo operatorio como un epifenómeno, apéndices sanos, pero que con todo deben ser manejados con prudencia. Porque a pesar de la habilidad quirúrgica que todos reconocemos en el Dr. Rodríguez López, algunas de esas maniobras pueden llegar a la perforación. Aunque sé que a él no le va a pasar.

En el cariño que ha tomado a esa técnica veo un poco el contraste del gran cirujano obstetra y ginecólogo, que se ha pasado la vida con el obstáculo del feto que tenía que arrancar, y que ahora se ve liberado al poder introducir algo.

(Murmillos.)

Descaba referirme a los estudios radiológicos, para decir que no me convencen.

Sr. PRESIDENTE.— Es otro asunto que no está en discusión.

Dr. LAZARO POLLACK (Buenos Aires).— En el excelente relato del Dr. Hojman, a quien reitero mis felicitaciones, he observado que cuando habla

de las complicaciones a distancia, en especial de los abscesos, habla de los abscesos subhepáticos y subdiafragmáticos. Yo agregaría, si me permite, una clasificación más: los intrahepáticos.

Si se me permite voy a proyectar un caso que hemos tenido después de una apendicectomía en frío, de un doble absceso intrahepático que se ha producido, seguramente, por el fenómeno de vasos apendiculares, hilo secas, mesentéricos, porta y centro lobulillar.

(Se proyecta.)

Podemos observar dos imágenes laculares, una subdiafragmática y otra un poco más abajo. Se trataba de dos abscesos. Fue drenado el enfermo con pus francamente acoli. Después del drenaje de ambos abscesos el enfermo curó.

Nada más.

Dr. ABEL CHIFFLET.—La apendicectomía es una operación frecuente. La realizan todos los cirujanos, especialmente los que se inician en la especialidad. Parecería que no es un tema para un Congreso Nacional, pero en cuanto comenzamos a leer el relato del Dr. Hojman nos encontramos con su informe de que en el Uruguay se producen por apendicitis 50 muertes por año, una por semana. Este número puede no interesar a los absorbidos por los problemas de avanzada, que ya arrinconaron, como faltos de interés, a temas que se discuten hace más de medio siglo. Pero los que sentimos las angustias del enfermo desearíamos pasar muchas horas oyendo opiniones y consejos que nos permitiesen bajar esa mortalidad.

El relato del Dr. Hojman está hecho con adecuación al tema y a las circunstancias. No es ni podría ser un documento científico con profusa documentación, volumen casuístico o extensa bibliografía, sino la simple expresión de hechos que ha visto, que lo han preocupado, tratando de evitarlos. No lo escribió en un escritorio, junto a una biblioteca, sino que lo sintió junto a cada enfermo y lo expresó en el lenguaje de quien medita sobre sus actos. No es relato intelectual, sino afectivo, en el que la cantidad en experiencia está superada por la intensidad con que ha vivido los problemas en cada caso. Decimos que es un relato adecuado al tema porque tiene el calor y la sinceridad que impone la circunstancia dolorosa, de los fracasos de la medicina frente a situaciones consideradas de escaso interés científico.

En el deseo de colaborar y como adhesión al relato, haremos algunas consideraciones sobre ciertas complicaciones de la incisión de Mac Burney.

La hemorragia externa es excepcional.

La infiltración hemática difusa de toda la pared debe hacer pensar en los procesos patológicos de la coagulación. Sus hematomas tienen origen en una lesión vascular. Nada agregaremos sobre los hematomas subcutáneos.

Los musculares, situados por detrás del oblicuo externo pueden tener su origen en los vasos del territorio de la epigástrica que siguen del borde externo del músculo recto, pero con frecuencia se producen en el espesor del oblicuo interno, hacia la parte más externa de la disociación carnosa. Son vasos habitualmente venosos, del territorio de la circunfleja ilíaca, que se desgarran cuando se lleva la disociación muscular muy hacia afuera. Creemos que esta diso-

ciación hacia afuera no debe hacerse, no solamente para evitar estas venas y el nervio abdóminogenital, sino porque no amplía la entrada al vientre, lo que sólo se consigue yendo hacia la línea media.

En caso de producir el desgarro vascular, debemos hacer su hemostasis. En caso de hematoma postoperatorio la expectativa conduce a la supuración o a la fibrosis, que bloqueando la acción muscular puede ser causante de ciertas complicaciones de jecarquía. La abertura del foco, dejando salir coágulos, puede llevar a la curación, pero la mejor conducta es la reintervención con cuidadosa limpieza y normalización regional.

El hematoma profundo o subperitoneal tiene, generalmente, el mismo origen que el intermuscular. Su interés está en su amplia difusión en el subperitoneo, invadiéndolo hacia abajo y hacia atrás, y en la sintomatología ruidosa en la etapa de constitución. En 1932 colaboramos con Stajano en este tema, anotando en esa publicación el cuadro clínico grave, distensión abdominal y colapso, que impresiona como una hemorragia importante y que, a veces, es provocado por un hematoma subperitoneal de pequeño volumen. Es útil el conocimiento de este cuadro anatomoclínico, porque se le puede reconocer y tratar de inmediato con la reintervención y porque puede ser lo único que se encuentra al reoperar un enfermo con diagnóstico de hemorragia interna grave.

La eventración de la incisión de Mac Burney es poco frecuente. Sus causas pueden reunirse en dos grupos: agresión del cirujano en su entrada al vientre y procesos del postoperatorio.

La agresión del cirujano puede ser por mala ubicación de la incisión. Situada "un grueso pulgar por dentro de la espina iliaca ánterosuperior" permite atravesar los planos musculares por zonas en que los músculos son funcionalmente solicitados al cierre, en el esfuerzo. Si se realiza una incisión muy interna, tal tendencia al cierre no se produce y cualquier trastorno de cicatrización puede ser causa de eventración.

Los muchos recursos de ampliación de la incisión son causas más frecuentes de eventración. Anotemos, en primer lugar, la maniobra de abrir a fuerza de dedos o separadores el plano de oblicuo interno y transverso. Se produce con frecuencia un desgarro longitudinal en la línea de unión músculoaponeurótica, que es difícil de reparar. Otras veces no se produce nada aparente, pero el desgarro de infinidad de fibrillas musculares conduce a una fibrosis postoperatoria o a otras complicaciones si hay hematoma o supuración de la herida. Todo esto altera seriamente la pared abdominal, cuyos músculos deben ser tratados, como todos los de nuestro organismo, con suavidad y respeto.

Las secciones quirúrgicas perpendiculares a las fibras del oblicuo interno y transverso con el fin de ampliar la incisión hacia arriba o hacia abajo, conducen con frecuencia a eventración, por lo que, excepcionalmente, están justificadas. Saliendo por un anillo en oblicuo interno y transverso, estas eventraciones se desarrollan cubiertas por el oblicuo mayor y llegan a tener un gran volumen hacia el flanco.

La incisión de Mac Burney tiene una ampliación universal, que es la abertura de la vaina del recto, seccionando en parte sus hojas anterior y pos-

terior y separando el recto hacia la línea media. Esta ampliación la llamamos universal, porque permite maniobrar mejor, no solamente hacia la parte media del vientre, sino también hacia arriba. Cuando se prevé que la ampliación universal no va a ser suficiente o ya hecha no alcanza, hay que dejar la incisión de Mae Burney y realizar otra.

La nueva incisión sólo puede estar requerida por un proceso muy interno o un proceso muy alto. Para el proceso muy interno preferimos hacer una incisión mediana. Para el proceso muy alto puede hacerse una incisión transversa. Hemos utilizado habitualmente una incisión cutánea y de oblicuo externo que continúen la línea de la incisión de Mae Burney y luego disociar arriba a los otros músculos siguiendo la dirección de sus fibras. La abertura del peritoneo se unifica o no con la incisión baja. Al terminar la operación cerramos cuidadosamente todos los planos intervenidos.

La eventración se produce, a veces, por procesos del postoperatorio (hematomas, supuración, tubos o mechas). El mecanismo de esta eventración es en todos los casos el mismo: cicatriz fibrosa. La cicatriz cede porque no adquiere una diferenciación adaptada a las exigencias de la región y porque los músculos no pueden aproximarse en el esfuerzo como correspondería a una incisión por disociación, debido al bloque fibroso que frena los desplazamientos. La prevención y el tratamiento deben buscar la libertad de la dinámica de cada músculo de la región.

Los operados con incisión de Mae Burney hacen con cierta frecuencia **hernia inguinal derecha**. Este hecho ha sido atribuido a varios mecanismos. Consideramos que el factor principal es el broche fibroso, que fija los planos que deben desplazarse normalmente en direcciones diversas. Este broche puede corresponder a una eventración o existir sin defecto de la contención abdominal. Resulta de la supuración, el hematoma, el drenaje o la simple disección exagerada en el curso de la operación.

El oblicuo externo tiene la parte contráctil por arriba de la zona de incisión, por lo que al contraerse, si su aponeurosis de inserción está fija al oblicuo menor por un nudo fibroso, no tendrá ninguna acción sobre la zona del trayecto inguinal. Un efecto similar de bloqueo dinámico se produce en los otros músculos, conduciendo así a crear una zona de debilidad en el momento del esfuerzo que facilita la claudicación de la región inguinal.

Este concepto dinámico nos explica la mayor frecuencia de la hernia inguinal en la incisión de Jallaguier y en la mediana suprapúbica con drenaje, incisiones que no son agresivas para los nervios, sino que bloquean la dinámica regional. Consideramos que la operación de hernia inguinal debe completarse con la intervención sobre los broches fibrosos que bloquean la dinámica regional, haciendo la liberación de los planos musculares comprometidos. La recidiva de la hernia es muy probable si no se hace este complemento operatorio.

Dr. JOSE Ma. MAINETTI.—Como acaba de decir el Prof. Chifflet, el ocuparse en un Congreso de Cirugía de temas pequeños es un signo de gran-

deza, y por ese motivo, como cirujano del exterior, no extranjero, felicito a la mesa directiva del Congreso por la elección del tema y a los comunicantes por su brillante exposición.

Después de efectuar cirugía durante 30 años uno ha visto todas las complicaciones de las apendicitis; al principio las ha tenido uno, y después sigue viendo las complicaciones de los más jóvenes, sobre todo en las apendicitis agudas, porque la cirugía de urgencia, como la guerra y el amor, le corresponde a los jóvenes. Y nosotros, en los Servicios de Clínica Quirúrgica vemos con mucha frecuencia apendiculares agudos complicados por defectos en la técnica operatoria. En este sentido estoy muy de acuerdo con lo que dijo el Dr. Gregorio. Si hay que drenar o no drenar, si hay que drenar o no, mucho depende de la manera como se ha hecho la limpieza del peritoneo, y hay que tener en cuenta que en los Servicios de Guardia muchas veces falta un aspirador o no funciona, y eso es muy importante, porque en toda apendicitis aguda no hay que dejar de explorar el douglas para aspirar las secreciones del douglas. A veces no es necesario dejar un drenaje pero sí es fundamental haber limpiado el douglas.

De las distintas complicaciones a que se ha referido el comunicante, las complicaciones infecciosas, mecánicas y hemorrágicas, después de la introducción de los antibióticos y de ese gran método que es la intubación gastrointestinal, hemos visto cada vez menos. De las complicaciones infecciosas, antes de 1940, hemos visto unos cuantos casos de pyleflebitis porta. Todos los casos que vimos murieron. Recuerdo sólo un caso, antes de 1942 ó 1943, en el que, desesperado, le hice la ligadura de la vena mesentérica superior debajo del mesocolon transversal y el enfermo curó. Ahora, no sé si curó por la ligadura o por otras circunstancias, pero hasta esa época no había penicilina. Lo mismo han desaparecido los abscesos sufrénicos. Antes los abscesos sufrénicos en primera línea era la apendicitis aguda. Ahora es la cirugía del abdomen superior. Sin embargo, este mes he tenido oportunidad de ver un caso muy interesante de una complicación de apendicitis aguda diagnosticada a los 24 días del comienzo. Se diagnosticó primero, por error, en la campaña, neumonía. A los 24 días, al hacer una punción pleural, con sorpresa retiraron gases y materia fecal de la pleura. Le hicieron una toraxsentesis para drenarle, y le drenaron un absceso apendicular de la región costoilíaca. Tres meses después me lo mandan al Servicio con un emfiema crónico y dos fistulas abdominales consecutivas al drenaje de la apendicetomía. Ese enfermo, que lo operamos el mes pasado en un solo acto operatorio el cirujano torácico hizo la decorticación pulmonar y yo hice la parte abdominal, reseando las dos fistulas pleurales, y entre las dos fistulas pioestereocraecias abdominales había un muñón apendicular retrocecal, y el ciego perforado en su cara posterior. Por la región lumboilíaca y rectorrenal, es decir, por el espacio sufrénico rectorperitoneal había la comunicación hacia el tórax.

De las complicaciones mecánicas voy a decir una palabra con respecto al Noble. Noble, que trabajó durante la primera Guerra Mundial en el frente belga, aprendió a tratar las peritonitis y las complicaciones de las peritonitis postoperatorias que eran, sobre todo, obstructivas, e introdujo una cirugía

audaz que consistía en hacer una cirugía amplia, lavar, destruir los focos, sacar la fibrina y hacer la aplicatura. En general eso lo hacía en el período subagudo. Nosotros hemos hecho la operación de Noble pero siempre en el período crónico. No tenemos experiencia en el período agudo.

En cuanto a las complicaciones hemorrágicas hemos visto todas, tal como ha citado el relator. Yo mismo he venido este año, a principios de año, en un médico de 74 años, una complicación hemorrágica de las que nunca había visto. Periódicamente veo alguna complicación hemorrágica en consulta, por alguna apendicitis que se ha operado y que anda mal, pero ésta la tuve yo con un médico de 74 años. Tuvo una apendicitis aguda, era un apéndice retrocecal; la extirpación del apéndice fue un poco dificultosa, sobre todo la hemorragia del meso; se dejó un avasamiento retrocecal que se sacó a las 48 horas; al quinto día se fue de alta --como buen médico estaba apurado por irse--; estaba bien. Al séptimo día me viene a ver con un bulto, un plastrón en la fosa ilíaca derecha. Yo lo interpreté como un plastrón. Era una cosa tensa y dolorosa pero no tenía verdaderamente las características del plastrón. Era un tumor intenso. Al día siguiente --octavo día-- tiene un dolor abdominal intenso, signos de shock, palidez, máxima 9, lo intervengo de urgencia y era una hemorragia aguda retrocecal; se había roto la cavidad peritoneal dando la hemorragia interna. Operado inmediatamente, se curó. Esto nos enseña, también, que cuando uno tiene una complicación en el postoperatorio no hay que tener amor propio. Es mejor reoperar antes que cruzarse de brazos y esperar la evolución.

Nada más.

Dr. MAUTONE.—Debo agradecer los conceptos emitidos ante nuestro modesto correlato y empiezo por responder por orden.

Al Prof. Otero debo decirle que en nuestro trabajo --no en el resumen que leímos-- se da jerarquía a los recursos radiológicos; se insiste, además, en el tratamiento médico de la oclusión intestinal postapendicetomía. No podemos hablar de mayor experiencia en operación directa ni tampoco de experiencia en plicaturas durante las reintervenciones por oclusión intestinal postapendicetomía. Simplemente quisiéramos dejar establecido frente a la asamblea que muchas veces es mucho más difícil abstenerse que reoperar a un enfermo, aunque el plano operatorio sea extenso o mínimo. Generalmente creo que en estos casos el plano operatorio puede ser una improvisación durante el acto operatorio.

Al Dr. Gregorio le agradezco los conceptos vertidos y estoy completamente de acuerdo en que hay íleos paralíticos, de fácil solución con tratamiento médico, y que interesa fundamentalmente descartar el íleo mecánico o los factores mecánicos de una oclusión mixta. En nuestro trabajo escrito --no en el resumen leído-- se menciona --y creo haberle dado jerarquía-- la importancia de la radiología y de la auscultación del vientre, sobre cuyo valor creo que estamos completamente de acuerdo con el Dr. Gregorio.

Al Dr. Yamicelli le agradezco los conceptos vertidos.

Finalmente, al Dr. Mainetti debo decirle que también parece estar de acuerdo en lo que hemos dicho en cuanto a que hay poca experiencia en operaciones de Noble en período agudo de la apendicitis. Creo que en nuestro medio hay poca experiencia. No he podido conseguir más que bibliografía extranjera sobre el tema. También estoy de acuerdo con él en que es mucho mejor reoperar que cruzarse de brazos.

Nada más.

Dr. ISAAC HOJMAN.—Quiero agradecer a todos los congresales, en primer lugar, el que gente de tanta jerarquía se haya molestado en escuchar un modesto relato de un médico del interior, y, en segundo lugar, los conceptos vertidos, por demás generosos, sobre nuestra colaboración.

En cuanto a los comentarios hay poco que agregar porque, prácticamente, está todo dicho en el relato. Desde luego que hemos leído un resumen y no todo lo que figura en el relato. En cuanto a lo dicho por el Dr. Otero quiero decir que en lo que se refiere a las incisiones y a la ampliación de las incisiones, somos francos partidarios —y lo decimos en el relato— de la ampliación hacia abajo, yendo casi hasta la línea media, o, con otra pequeña variante, abrir la vaina del recto en incisión vertical, es decir, alcanzar la vaina del recto e incidirla verticalmente cuando el problema fundamentalmente es pelviano. La incisión y ampliación de Mac Burney hacia arriba debe llevar obligatoriamente a la sección del oblicuo menor y del transverso, puesto que cuando seguimos disociando estos músculos no nos lleva hacia arriba sino hacia afuera, hacia la espina iliaca ánterosuperior y perdemos lo que queremos obtener: luz hacia arriba. De todas maneras preferimos, si el apéndice es muy alto, si es retrosubhepático, hacer una segunda incisión, una incisión subhepática, una incisión horizontal. Ya tenemos una idea clara de adónde debemos dirigirnos a esa altura, y localizamos la incisión a esa altura en vez de ampliar el Mac Burney hacia arriba.

El amigo Dr. Gregorio ha hecho notar que no quería entrar en la discriminación de lo que es responsabilidad del cirujano y responsabilidad de la enfermedad. Deseamos que siempre sea responsabilidad de la enfermedad y del enfermo las incidencias que se producen. Sabemos que no siempre es así.

En cuanto a lo que dice de las hemorragias postoperatorias, que son culposas, yo comprendo que sí. Estoy completamente de acuerdo con el Dr. Yannicelli, y no estoy defendiendo una posición porque prácticamente nunca tuve hemorragias graves postoperatorias. Pero he visto en algunas circunstancias que gente sumamente capaz, que sabe lo que es un campo operatorio, y que tiene hemorragias postoperatorias. Hemos insistido en el relato en la espera prudente de varios minutos después de poner las cosas en su lugar, aislado lo que es cavidad peritoneal de lo que pueda ser sangramiento parietal, levantando la brecha de la transperitoneal con una corona de pinzas y secar repetidamente la fosa iliaca antes de irnos tranquilos.

En cuanto a las infecciones de las teorías operatorias también el Dr. Gregorio ha insistido. La culpa, desde luego, es del ambiente quirúrgico. Lo que no parece ser fácil es extirparlas. En todas partes siguen sucediendo. En

San Carlos nunca hemos tenido infecciones graves, ni las deseamos tampoco para tener experiencia en ello. Pero infecciones parietales, el abscesito que aparece a los cinco, seis o siete días, se ven con una frecuencia mucho mayor de lo que uno desearía. En general frente al ambiente queda peor esa supuración de pared que algunas complicación profunda. Esas complicaciones desprestigian enormemente al cirujano porque están a la vista.

En cuanto al Prof. Chifflet, siempre nos ha animado en este relato, inclusive nos ha dado un poco de ánimo y de espíritu antes de que nos enfrentáramos a esta reunión, por lo que le quedamos sumamente agradecidos. No ha hecho más que recitar su bonhomía de siempre.

Nuevamente expreso mi agradecimiento a toda la reunión.

Jueves 6 de diciembre

ASAMBLEA GENERAL