

REINTERVENCIONES EN CIRUGIA DEL APENDICE ILEOCECAL *

Dr. ROMEU MACHADO DA LUZ

Para este trabajo, hemos examinado 18.000 ingresos en la primera Clínica Quirúrgica.

Se comprobaron 1.318 pacientes intervenidos por problemas vinculados al apéndice, lo que constituye un 7,37 de los ingresos; 1.076 de ellos fueron operados con el diagnóstico de apendicitis aguda, por los técnicos del Servicio o por el personal técnico de guardia del Hospital Pasteur.

La evolución en general de dichos enfermos ha sido satisfactoria, salvo algunas complicaciones relacionadas con el problema de la infección parietal, que no vamos a analizar aquí. Este grupo constituyó el 81,6% de los apendicectomizados.

Destacamos desde ya que solamente 4 de estos enfermos necesitaron una reintervención de urgencia; el gran grupo de reintervenidos se encontraron entre los 112 pacientes operados en etapa de peritonitis, constituyendo un 8,4% del total.

Hubo 100 apendicectomías en frío, constituyendo un 7,7% del total y cuya exéresis apendicular se llevó a cabo asociada a una intervención ginecológica; muchas, sin embargo, fueron intervenciones realizadas en pacientes que consultan reiteradamente por sufrimiento de F. I. D. y que culminan en la exéresis de un apéndice sano.

Destacamos en este grupo, la historia N° 6.064, apendicectomizada a raíz de la corrección de un prolapso genital y que falleció al 10º día, por embolia de la pulmonar al levantarse del lecho.

Treinta pacientes llegaron en la etapa de absceso apendicular, habiéndoseles efectuado un drenaje simple del mismo; destacamos la buena evolución general de estos casos, que constituyen el 2,3% del total, muchos de los cuales reingresaron por ser apendicectomizados en frío.

Los 20 fallecidos del total, o sea el 1,5%, constituyen un saldo que pone a prueba la conciencia del técnico actuante, ya que

Trabajo efectuado en la Clínica del Prof. Walter Suiffet.

en todos estos casos hay un responsable, que si bien en muchas oportunidades la culpa es del enfermo que consulta tardiamente, en la mayoría de los casos se trata de una muerte culposa por parte del cirujano actuante o del primer médico que orientó mal al paciente. Esta cifra de 1,5% debe ser recalcada, para que los médicos en general se formen una conciencia de que a pesar de todos los adelantos científicos, en el arte de curar, se sigue y seguramente se seguirá muriendo de "apendicitis".

Los reintervenidos fueron 13 casos, que constituyen el 1% del total operado.

Como datos generales, diremos que la edad promedio de los mismos fue de 32 años; en cuanto a la enfermedad causal, ya destacamos que 4 casos ocurrieron en apendicitis agudas simples, 8 casos en peritonitis apendicular y un caso de gran enseñanza (historia N° 12.589), que luego de la apendicectomía el paciente siguió evolucionando desfavorablemente, febril y con cuadro oclusivo, cuya reintervención al 6º día reveló un absceso del Douglas que fue drenado.

La evolución ulterior puso en evidencia una fistula digestiva, que obligó a una nueva reintervención al 5º mes, que fue curativa. El estudio radiológico, ya había mostrado que se trataba de un divertículo del sigmoides perforado y fistulizado, que había determinado un proceso inflamatorio apendicular de afuera adentro, revelado por el estudio anatomopatológico de la pieza. Este caso fue tratado por uno de los cirujanos de más experiencia de la Clínica.

La causa de la reintervención en sí, está determinada por una serie de matices clínicos y patológicos, que en sus etapas iniciales ponen a prueba la experiencia del cirujano y que no analizamos aquí por el factor tiempo. En nuestra serie la gran causa ha sido el elemento infección. También tuvimos hemorragia y oclusión. Un caso de absceso fétido de F. I. D. drenado al 3º día y que evolucionó bien (N° 19.218).

El N° 19.522, mujer de 40 años con un embarazo de 2½ meses y con una peritonitis de 10 días de evolución que fue operada fuera del Servicio, efectuándose una apendicectomía, drenaje del Douglas y mecha en el foco; a las 9 horas, aborto incompleto que obligó a un legrado uterino evacuador; el 10º día se constituye una fistula digestiva con agravación progresiva del estado general, ingresando al Servicio, donde es reintervenida al 26º día, comprobándose un absceso subhepático y fistulas yeyunoileales, que obligó a la resección de un asa ileal, y 1,80 m. de yeyuno con drenaje subhepático y del Douglas; la evolución fue desfavorable, falleciendo el 5º día con un cuadro clínico de insuficiencia suprarrenal aguda; colapso irreversible con hipertermia, la autopsia sin embargo reveló una peritonitis difusa por falla de un punto de la sutura intestinal.

La historia N^o 11.137: paciente de 45 años con una peritonitis apendicular de 4 días de evolución que fue apendicectomizada con drenaje del foco y del Douglas, que evolucionó con cligoanuria y un cuadro de íleo que fue catalogado como de paralítico luego de una reintervención al 4^o día a través del mismo Mc Burney, dejándose un drenaje de Mickulicz; persiste el cuadro incambiado y la paciente fallece a las 24 horas de una reintervención completamente insuficiente e inoperante.

La historia N^o 19.916, es un ejemplo de operaciones iterativas; hombre de 60 años con peritonitis apendicular por apendicitis gangrenosa perforada; en la guardia se efectúa apendicectomía típica sin encapuchonamiento, no se dejan drenajes, piel abierta. Al 8^o día se evidencia un flemón piogaseoso parietal, drenándose 2½ lts. de pus; sigue evolucionando en forma desfavorable y al 17^o es redrenado, instalándose al día siguiente una fístula estercorácea, para fallecer al 3^{er} día de esta intervención con un cuadro de coma tóxico. La necropsia reveló: perforaciones cecales, flemón pioestercoráceo de F. I. D. y la base apendicular suelta.

Hay 2 casos de fístula cecal cuyo análisis y comparación ofrecen una enseñanza: el N^o 19.898, hombre de 42 años con apendicitis gangrenosa con 6 días de evolución y peritonitis local; se le efectuó una apendicectomía difícil con drenaje del foco. La evolución inmediata fue buena, siendo dado de alta al 5^o día; al 10^o se instala una fístula cecal secundaria a un cuerpo extraño (hilo de lino de 10 cm. de largo del encapuchamiento). Fue reintervenido al mes, mediante resección del trayecto, cierre del ciego y drenaje de Mickulicz del foco; es dado de alta y al mes concurre a policlínica con una recidiva, verdadera cecostomía que fue cerrada quirúrgicamente a los cuatro meses con buena evolución ulterior.

El otro caso, N^o 13.119, mujer de 26 años, apendicectomizada en campaña (Artigas), por una peritonitis apendicular y que al 8^o día se instala una fístula cecal, siendo enviada al Servicio. Fue reoperada al 26^o día, poniéndose a plano la herida y exteriorizándose el ciego; la evolución fue mala con fiebre a ganchos, leucocitosis de 16.400, falleciendo al 8^o día. No se hizo necro; seguramente la causa estuvo en un absceso intraperitoneal, entre las asas, o subfrénico que no fue buscado.

Hay un caso interesante, el N^o 5.894, hombre de 20 años que luego de una apendicectomía simple por apendicitis aguda, reingresa al 9^o día con un cuadro típico de absceso del Douglas con leucocitosis elevada, pero sin fiebre y cuyo drenaje puso en evidencia un enorme hematoma constituido por sangre lacada, sin infección y cuya evolución fue excelente.

Dos casos de peritonitis apendicular, los N^{os}. 6.420 y 6.512, hombre de 18 años y mujer de 16 años respectivamente, a los

cuales se les efectuó apendicectomía con drenaje del Douglas y del foco apendicular, dejándose la piel abierta; fueron reoperados al 26º día con cierre secundario de la herida y buena evolución ulterior.

La historia N^o 18.223 es un ejemplo típico de sobredistensión intestinal postoperatoria como los cataloga Hoyer: hombre de 20 años que luego de una apendicectomía simple, hace un cuadro de tipo oclusivo con gran distensión abdominal, cuya reintervención, a las 48 horas, sólo revela la sobredistensión del delgado y colon, que desapareció con una dilatación anal simple.

Un caso de oclusión mecánica pura postapendicectomía es el de la paciente M. M. N., de 19 años, que fue apendicectomizada el 8 de febrero de 1963 en el Servicio del Prof. Blanco Acevedo y que nos tocó verla a las 36 horas, como cirujano de Guardia, presentando la paciente un cuadro clinicorradiológico típico de oclusión del delgado. La reintervenimos con el Dr. Lorenzo y Losada, mediante una incisión mediana infraumbilical, comprobándose que la causa de la oclusión estaba en la jareta del encapuchonamiento del muñón apendicular que acodaba la última asa ileal. Levantado este obstáculo, el contenido ileal pasó libremente hacia el ciego, a pesar de lo cual se consideró necesario efectuar una enterotomía lateral descompresiva, aspirándose con el tubo de Pool-Larghero, 1 litro de contenido intestinal. La evolución ulterior fue excelente.

Como conclusión de este análisis, diremos que la gran causa de complicación en las apendicitis agudas y que ha motivado la casi totalidad de las reintervenciones, es el factor infección vinculado con la propia etiología del proceso y que está directamente proporcionada al grado evolutivo de la misma.

Cero por ciento de reintervención en apendicectomías en frío.

Cuatro reoperados de los 1.076 casos por apendicitis aguda simple, o sea el 0,37%.

Nueve reoperados entre los 112 en etapa de peritonitis, representando el 80% y, esta mortalidad el 30,7% de los reoperados, nos debe hacer meditar.