TECNICA OPERATORIA USADA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL ROBERTO DEL RIO

CO-RELATOR Dr. SERGIO HERRERA H.

Hemos creído de interés no hacer una descripción completa de una o más técnicas operatorias de apendicitis, sino más bien puntualizar algunos detalles que, a nuestro juicio, constituyen un motivo de interés especial dentro de las técnicas generales.

La incisión que usamos es la de Mc. Burney, de dimensiones pequeñas, y que es agrandada a la menor dificultad, en cualquier sentido y tanto como sea necesario.

Como primer punto de interés especial nos referiremos a la apertura del peritoneo. Para esto procedemos a tomarlo con dos pinzas Pean, con las cuales lo traccionamos hacia arriba, y colocando por detrás el dedo índice, podemos ver, por transparencia, que el pliegue formado está libre, y cómo el dedo índice, apoyado en esta parte, rechaza las vísceras. Esto quedará claramente demostrado en el film que se proyectará a continuación.

Una vez abierto el peritoneo, si aparece el epipión, como es frecuente, lo rechazamos por medio de una compresa, pero si éste aparece alterado o adherido al apéndice, lo resecamos, y cuanto más ampliamente, mejor.

En la búsqueda del apéndice se exterioriza el mínimo posible de intestino, introduciendo inmediatamente cada parte de éste que se haya sacado, para dejar solamente la región del ciego, que corresponde a la base del apéndice, exteriorizando éste ampliamente para proceder a su extirpación, que debe hacerse de la punta a la base; nunca en forma retrógrada.

La experiencia del Servicio nos ha llevado a la conclusión de que en toda apendicectomía, por difícil que ésta sea, con apéndice posterior, ascendente, subserosos, adheridos, ectópicos, etc., debe exteriorizarse ampliamente, agrandando la incisión todo lo que sea necesario, para exponer totalmente el apéndice y proceder a su resección desde la punta hacia la base.

Una vez exteriorizado el apéndice, procedemos a la ligadura de su base y del meso en la forma siguiente: Pasamos una pinza Kocher a través del meso y en la base misma

del apéndice, conduciendo un catgut delgado; después, con la misma pinza atricionamos la base del apéndice. En seguida, por el mismo orificio pasamos otra Kocher, conduciendo un hilo fino y firme. Retiramos la pinza que atricionaba la base del apéndice, ligándolo en este mismo punto con el catgut, que para este objeto habíamos colocado; y con el hilo ligamos el mesoapendicular, seccionándolo después.

La ligadura del meso la hacemos con hilo, por ser material no reabsorbible, que no se altera con la humedad, y porque nos da mayor seguridad de que no corren los nudos. Hay ocasiones en que esta ligadura habitual no puede hacerse, por presentar el meso adherencias, o bien, estar cubierto, en parte, por membranas congénitas; en estos casos liberamos el meso, ligando y seccionando las adherencias y membranas, y después ligamos el meso en block o en partes separadas.

Esta parte de la intervención ha sido objeto de especial preocupación en el Servicio, porque, con gran frecuencia observamos la presencia de una arteriola que, corriendo por la base del meso, va del ciego al apéndice, y que por su ubicación no puede quedar incluida en la ligadura del meso; por lo tanto, queda incluida en la ligadura de la base del apéndice.

Cuando esta arteriola es de alguna consideración, recomendamos ligarla aparte, a fin de evitar que por su retracción elástica pueda escapar de la ligadura de la base, hecha con un material blando y reabsorbible, como es el catgut.

A continuación procedemos a hacer la garetá, para lo cual usamos siempre hilo montado en aguja atraumática. En la garetá hemos sustituido, en forma definitiva, el catgut por hilo, por considerar que esta garetá es la que tiene a su cargo la responsabilidad del cierre seguro y permanente de este punto del ciego, después de haber seccionado el apéndice.

A este mismo objeto contribuye el uso de la aguja atraumática, que evita posibles desgarros de la serosa.

Por encima de la ligadura del apéndice, más o menos a medio centímetro, colocamos una pinza Kocher, que ocluirá el lumen apendicular. Inmediatamente por debajo de ella se toma la base del apéndice con el extremo de una pinza Pean, que el ayudante sostiene firmemente, seccionándose el apéndice con bisturí entre estas dos pinzas. Ahora, el Cirujano exprime el muñón apendicular con una compresa doblada, para colocar inmediatamente una pínelada de yodo en este extremo del muñón, que se invagina, cerrándose a continuación la garetá.

Se reduce el ciego exteriorizado y se cierra el peritoneo con catgut, montado en aguja atraumática, para evitar posibles desgarros de éste.

Se suturan los planos musculares, aponeuróticos y celular subcutáneo con catgut.

Para el cierre de la piel, desde hace muchos años se han suprimido las suturas, reemplazándolas por el sistema de afrontar los bordes de la piel, mediante la colocación de 3-4 pinzas Kocher, que se retira inmediatamente, dejando adosados entre sí estos bordes, los que se cubren mediante una delgada capa de colodión.

Este sistema ha demostrado ser lo suficientemente efectivo para reemplazar las suturas, con lo que evitamos el tener que sacar los puntos, que en los niños constituyen un problema bastante desagradable.