

Profilaxis de la Apendicitis Residual

Detalles técnicos del Profesor ALFREDO GIULIANO, Jefe de Cirugía del Instituto Modelo del Hospital Rawson; con algunas modificaciones por el Dr. JUAN MONTOYA ALVAREZ, Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital General San Felipe.

Numerosos son los casos que la literatura médica nos describe de personas operadas de apendicitis que han presentado episodios agudos apendiculares como una consecuencia de exéresis incompleta del órgano —apendicitis residuales del muñón.— Es muy frecuente en las intervenciones por apendicitis aguda, que el edema y la infiltración del apéndice y del ciego, oculten la base de la implantación apendicular, de manera que el cirujano inadvertido, deja un segmento basal, cuando cree haber eliminado todo el órgano. Esta circunstancia se presenta, aunque con menos frecuencia, en las apendicitis crónicas, en las cuales, las membranas pericolónicas de Jackson y las pericecales anteriores y posteriores de Dupuy de Frenelle, forman velos ser o vasculares que favorecen el ocultamiento del órgano, y por ende, dan una falsa noción de su implantación cecal.

En otros casos la persistencia del muñón es una consecuencia del procedimiento empleado en la apendectomía; así por ejemplo, en la ligadura simple del apéndice sin infundibulización proclamada por Baldwin, siempre queda un muñón del apéndice, que puede ser el asiento de una apendicitis residual.

Se comprende la importancia de determinar con certeza la real implantación. De ello solo podremos estar seguros cuando la base se ensancha en tal forma que la tracción sobre el apéndice lleva tras sí la pared cecal bajo la forma de un segmento cónico.

TECNICA.— La técnica del Profesor Alfredo Giuliano es la siguiente: prescindiendo de la descripción de los tiempos previos a la preparación y exéresis del apéndice. Se coloca una pinza en la presunta base apendicular. Se liga el mesenterio. Otra pinza en el extremo del órgano, sobre su meso, lo mantiene tenso.

Hacia el lado cecal y a unos dos milímetros de la pinza colocada en la base, se incide circulante la serosa del apéndice y con espátula se disecciona la subserosa hasta que aparezca el cono cecal de implantación apendicular, (lámina, Fig. A). Siempre es posible comprobar el límite entre la mucosa cecal y apendicular. La disección debe avanzar sobre la pared cecal, despojándola de serosa hasta formar un cono, (lámina, Fig. B) que por su amplitud permita colocar cómodamente la ligadura de la base real del apéndice, teniendo la seguridad de que no incluye tejido linfóideo apendicular. Ella se practica previa forcipresión con simple pinza de Kocher o pinza de Kelly. Luego se procede a la sección del apéndice en

