

Repertorio de antaño

PRESERVACIÓN DEL APÉNDICE VERMIFORME

Por el Doctor Adriano Perdomo De Frías

Tomado de la revista Repertorio de Medicina y Cirugía, volumen 1 No. 5 de febrero 15 de 1910.

Ya que se está tratando en la actualidad sobre La Oportunidad operatoria en la apendicitis, aprovecho la oportunidad para referirme á un estudio muy importante de C.B. Keetley, F.R.C.S., sobre "Por qué y cómo debe el cirujano tratar de preservar el apéndice vermiforme." (1)

El autor se refiere á su práctica en apendicostomía, apendicotomía y transplatación del apéndice, y demuestra con hechos la utilidad que ofrece la conservación del apéndice, principalmente para el tratamiento de la constipación. Además, recuerda la hipótesis del eminente profesor Metchnikoff, de que las degeneraciones de la vejez son en gran parte efecto de las toxinas producidas por las bacterias que pululan en el intestino grueso; de manera que la apendicostomía, facilitando el uso regular y frecuente de inyecciones de agua, serviría también para lavar hacia abajo el intestino grueso y desembarazarlo de los gérmenes nocivos y de sus toxinas.

El cirujano inglés se propone demostrar especialmente : "1.o Que la transplatación del apéndice vermiforme, de manera que todo ó gran parte, desde su nacimiento en el ciego quede implantado en la pared abdominal, (1) The Lancet, Jan. 1909 produce los buenos resultados de la excisión de él; 2.o Que es una operación sin peligro, y 3.o Que la transplatación del apéndice debe ser preferida en muchos casos á la apendicectomía."

Se esfuerza también por probar que cuando la constipación necesita tratamiento quirúrgico se

debe escoger la apendicostomía. Afirma, según su práctica, " que un apéndice transplataado es un apéndice desarmado."

Para él las contraindicaciones de la transplatación parietal del apéndice son: "1.a Apéndices obliterados; 2.a Apéndices tuberculosos actinomycóticos y cancerosos; 3.a Apéndices cuya base no puede sacarse sin demasiada tensión; 4.a Apéndices gangrenosos ó perforados cerca de su inserción; 5.a aquellos cuyo mesoapéndice no es suficientemente largo para que puedan ser llevados á la pared abdominal sin afectar su circulación; 6.a Apéndices que no pueden colocarse en buena posición en la pared abdominal para efectuar el drenaje que el caso necesite."

Ha sido practicada la apendicostomía para los casos siguientes: 1.o, para colitis de varios géneros, mucomembranosa, ulcerosa, amoébrica, sifilítica, tuberculosa, etc.; 2.o, en ciertas formas de intususcepción (para evitar recurrencia); 3.o, en la hemorragia intestinal; 4.o, en la fiebre tifoidea; 5.o, en casos de enterectomía y colectomía, como válvula de seguridad; 6.o, en la distensión intestinal de condiciones tóxicas; 7.o, para la administración de enemas per apendicem, y 8.o, para la constipación, y además como medio de conservar el apéndice fijo en la pared abdominal, en lugar de extirparlo por la apendicectomía.

La técnica de la transplatación del apéndice no difiere al principio de la empleada para la apendi-

cectomía, cuidando que la extremidad superior de la incisión parietal no sea muy baja ni muy cerca de la línea media. El apéndice debe colocarse oblicuamente a la pared abdominal, la base hacia la mitad ó tercio superior de la herida y la punta dirigida hacia arriba y hacia fuera, haciendo un ojal en la piel para pasar la punta al través del tejido adiposo intermediario. El ciego debe fijarse al borde del peritoneo por tres puntos de sutura, y el resto de la herida peritoneal se cerrará con una sutura continua. En seguida se hace la sutura muscular de la capa muscular y luego con catgut fino se trata de cubrir con el tejido adiposo el resto del apéndice dejando libres unos dos centímetros y se fija la extremidad en la piel por un punto de sutura con seda. La punta del apéndice se abre a las cuarenta y ocho horas, esperando la adherencia en su nuevo puesto y la unión de la herida cutánea. El apéndice es completamente insensible y no hay necesidad de anestésico; generalmente se corta transversalmente hasta la mitad, se pone un par de pinzas en los bordes, se hace la hemostasis y se pasa la sonda. Para terminar se corta del todo la punta del apéndice a nivel de la piel si no se quiere mantener abierta la apendicostomía. Pero si se quiere hacer uso del apéndice para inyecciones por semanas, meses ó años, entonces se procede de la manera siguiente: se corta circularmente la capa seromusculosa del apéndice a nivel de la piel y luego longitudinalmente para desprenderla fácilmente; después se voltea, se arremanga la capa mucosa formando un pezón que va disminuyendo de tamaño y cuya mucosa se pone como la piel. La luz de este pezoncito se encuentra fácilmente en caso necesario.

Comentario

Adriana Patricia Córdoba Ch. MD*

El artículo del doctor Adriano Perdomo Frías es de interés histórico, en donde podemos recordar las antiguas indicaciones de apendicostomía como enfermedades inflamatorias del colon, sangrado digestivo, constipación y como protección en suturas

intestinales entre otras. En la actualidad ante estas situaciones tenemos opciones más efectivas y de menos invasión como el uso de drogas sistémicas en lugar de instilación de sustancias tóxicas en el colon en el caso de las enfermedades infecciosas o inflamatorias. Los adelantos tecnológicos también nos permiten observar el colon de una manera fácil en casos de sangrado intestinal y ante la constipación tenemos también tratamientos efectivos sin la necesidad de la instilación anterógrada de enemas en el colon como los que plantea el doctor Perdomo Frías. La apendicostomía fue también utilizada en el Hospital de San José. Hace 40 años el doctor Mario Negret usaba la sonda de ileostomía transcecoapendicular en casos de obstrucciones distales del colon y como protección de suturas en cirugías del colon como alternativa a la realización de estomas. Estas apendicostomías con sonda eran de difícil manejo, se obstruían fácilmente con materia fecal y requerían lavados frecuentes. Hoy día con los adelantos en la preparación del colon, el uso de antibióticos y los cambios en las técnicas quirúrgicas y las suturas mecánicas cada vez se necesita menos del uso de estomas y por supuesto quedaron en la historia de la cirugía las apendicostomías. La cirugía ha progresado tanto que el doctor Perdomo no debió ni siquiera pensar en los progresos de la cirugía de mínima invasión mediante la cual se puede incluso realizar la apendicectomía a través de la boca por vía transgástrica de manera que la preservación del apéndice actualmente no tiene ninguna indicación.

* Instructora Asistente de cirugía general. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Cirujana General Hospital de San José.