

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**Algunas Consideraciones sobre la Incisión
Transversal en la Apendicectomía de Urgencia**

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN
CARLOS DE GUATEMALA

POR

FRANCISCO A. CEREZO F.

Ex-Practicante Interno del Hospital General y del Hospital San
José. Ex-Ayudante de Residente del Hospital General. Ex-Prac-
ticante de los Consultorios de la Cruz Blanca.

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, C. A., AGOSTO DE 1950

INTRODUCCION

El presente trabajo está basado en 119 casos de laparotomías con la incisión transversal en el cuadrante inferior derecho del abdomen, de las cuales, la mayor parte como se verá en el cuadro adjunto, corresponden a casos de Apendicitis Aguda; tres casos de Peritonitis por Perforación tífica y uno a Ruptura de Viscera hueca por Traumatismo del Abdomen. Es de observar que la incisión transversal no solamente sirve para hacer la apendicectomía sino para cualquier operación en la región ceco-apendicular, y aún para practicar una colectomía derecha. Pero esto sería apartarnos de nuestro objetivo, puesto que con el presente estudio queremos contribuir a la generalización del uso de las incisiones transversales en casos de Apendicitis Agudas, dando a conocer sus ventajas sobre las incisiones longitudinales.

Queremos hacer hincapié en que el propósito de la tesis es el de divulgar los aspectos prácticos de la incisión transversal en la Apendicitis Aguda, por lo tanto, no se encontrarán descritos en él, asuntos relacionados al cuadro clínico o tratamiento de la Apendicitis, —pues como dice Paulovsky en su libro: *Abdomen Agudo Quirúrgico*, ya no hay nada nuevo sobre Apendicitis Aguda.

El presente trabajo se principió a mediados del mes de agosto de 1948, después de haber leído en el libro de Bancroft el capítulo descrito por Gurd, sobre las ventajas que tiene la incisión transversal sobre el McBurney y el Jalaguier, dando menos mortalidad y hernias postoperatorias, a la vez que proporciona campo suficiente para practicar la apendicectomía. Tal fué el origen del presente es-

tudio para cuyo desarrollo nos propusimos seguir el siguiente plan:

- A.—Introducción.
- B.—Historia.
- C.—Recuerdo Anatómico.
- D.—Consideraciones Generales.
- E.—Técnica.
- F.—Casos.
- G.—Conclusiones.

HISTORIA

Las incisiones por medio de las cuales se empezó a incindir la pared abdominal anterior, fueron las longitudinales por dos razones: primero, porque eran fáciles de prolongarse en caso de necesidad y segundo, como se hacían en la línea media, sangraban muy poco. Esto sucedía en los albores de la Cirugía, cuando los diagnósticos correctos eran bastante raros.

Conforme avanzó la Cirugía, hubo quienes se aventuraron a incindir la pared abdominal en sentido transversal, y aún más, a incindir los músculos rectos abdominales transversalmente. Estos cirujanos fueron acremente criticados, pues se suponía que el segmento distal del músculo recto quedaría sin inervación. En esta concepción había un error de Anatomía. Además se creía que el músculo recto anterior del abdomen, al cortarlo transversalmente se retraía mucho, dejando como consecuencia gran debilidad en la pared abdominal. Experimentos efectuados en perros y la experiencia de miles de operaciones en seres humanos, han demostrado lo contrario de tal idea; y aún más, se sabe que en el músculo recto se forma una cicatriz delgada y fuerte, suturando únicamente su vaina sin unir la propia masa muscular. Esta cicatriz es semejante a una nueva intersección aponeurótica del mismo.

El primer Cirujano que se aventuró a separarse de las incisiones longitudinales en la apendicitis aguda, fué McBurney en el año de 1894; incisión oblicua por todos conocida y que lleva el nombre del autor quien fué también el que la popularizó.

El dato más antiguo de la primera incisión transversa es el de John Hull de Manchester, Inglaterra, en el año de 1789 —citado por Spivack— quien preconizaba la incisión transversal en la operación cesárea. "A Defense of the Caesarean Operatione with observations on Embryulcia, and the Section of the Synphysis Pubis".

Luego en el año de 1847, Baudelocque también utiliza en la operación cesárea, la incisión transversa; incisión que fué popularizada por Pfannenstiel en la Cirugía Ginecológica. Es de advertir que esta incisión no es totalmente transversal, puesto que la última porción de la vaina posterior del recto, la fascia transversalis y el peritoneo, se cortan en sentido vertical.

Siguiendo la evolución de las incisiones en la apendicectomía, debemos mencionar la incisión de Battle, descrita en el año de 1895 en Inglaterra; ésta incisión es semejante a la descrita por Jalaguier en Francia y por Lenander en Alemania. Después, en el año de 1897, Krammerer describió una incisión semejante a las dos anteriores. Elliot en el año de 1896, describió una incisión completamente transversal incluyendo piel, tejido celular subcutáneo, aponeurosis del músculo oblicuo mayor; el oblicuo menor y el transversal los separaba como se hace en el McBurney; Elliot en caso de necesitar mayor campo operatorio, recomendaba prolongar la incisión en el sentido vertical siguiendo la línea semilunar ya fuera hacia arriba o hacia abajo.

Harrington en 1899 y Weir en 1900, propusieron para ampliar la exposición dada por la incisión de McBurney, seccionar transversalmente en el sentido de sus fibras la

hoja anterior de la vaina del músculo recto, retraer este último hacia la línea media, y enseguida seccionar en el mismo sentido la hoja posterior. Esta modificación se llama comunmente de Weir, a pesar de que fué Harrington quien la describió primero. Es de advertir que en Alemania se le llama incisión de Winkelmann.

Rockey en 1905 y Davis independientemente en 1906, describieron la incisión transversal de la piel y tejidos subcutáneos, usando el primero el tipo de McBurney de separación de los músculos oblicuo mayor, oblicuo menor y transverso; prolongaba la herida en caso de necesidad, hacia arriba o hacia abajo en la línea semilunar. El segundo —Davis— seccionaba el músculo oblicuo mayor, siguiendo la dirección transversa de la incisión, dicho en otras palabras, seccionaba oblicuamente las fibras de dicho músculo, como lo hacía Elliot, y preconizaba además la modificación de Weir.

Debemos recordar que las incisiones anteriores han sido criticadas porque cuando el diagnóstico patogénico o topográfico es difícil, y se duda si el proceso corresponde al abdomen superior, la incisión propuesta quedaría muy baja. Para resolver estas dificultades Gurd ha propuesto, que la incisión transversal se practique a 1.5 ó 2 centímetros por encima del ombligo, consiguiendo así, una buena exposición del cuadrante superior derecho, lo mismo que de la región ceco-apendicular.

Todo lo dicho anteriormente se refiere a la evolución de las incisiones transversales en el abdomen inferior y relacionado además con la apendicectomía, pero queremos recordar también algunos nombres que están íntimamente relacionados con los incisiones transversales en el abdomen superior, tales como: Billroth; Kocher y Mayo-Robson en 1903; Maylar en 1907; Meyer en 1917; Kehr, Perthes, Farr y Sprengle; Sloan y Singlenton en 1927.

PARED ABDOMINAL ANTERIOR

RECUERDO ANATOMICO

Piel.—Se encuentra cruzada casi transversalmente por las fisuras de Langer a las que Kocher dió su verdadero valor quirúrgico comprobando que la cicatrización de las heridas era más nítida cuando se siguen las mencionadas líneas.

Fascia Superficial.—Está formada por dos porciones: una superficial, la fascia de Camper y la otra profunda, que se denomina fascia de Scarpa. Las fibras de la fascia superficial siguen una dirección transversal.

Músculos.—La cincha músculo-aponeurótica que constituye la pared abdominal está formada por tres músculos anchos que son yendo de lo superficial a lo profundo: el oblicuo mayor, el oblicuo menor y el transverso; estos músculos tienen como particularidad muy especial, la de entrecruzar la dirección de sus fibras y terminar en la parte media en una expansión aponeurótica que forma la vaina del músculo recto. En la parte media la pared abdominal está reforzada por la presencia del músculo recto anterior del abdomen cuyas fibras siguen una dirección vertical; está compuesto de cuatro o cinco porciones carnosas con inervación independiente y alojado en una vaina muy resistente, la que envuelve también al músculo piramidal.

Vaina del músculo recto y piramidal.—De lo dicho anteriormente se desprende que el músculo recto mayor y piramidal están envueltos en una vaina: la vaina del recto anterior del abdomen. Su pared anterior está formada: 1º—en sus tres cuartos superiores, por la aponeurosis del oblicuo mayor y la hojilla de división anterior de la aponeurosis del oblicuo menor; 2º—en su cuarto inferior, por las aponeurosis superpuestas y fusionadas de los tres músculos oblicuo mayor, oblicuo menor y transverso. Su pared

posterior está formada por: 1º—en sus tres cuartos superiores, por la aponeurosis del transverso y la hojilla de división posterior de la aponeurosis del oblicuo menor; 2º—en su cuarto inferior, debajo del arco de Douglas, por la fascia transversalis, que reemplaza a este nivel la aponeurosis de los músculos anchos. Esta vaina únicamente está unida al músculo en sus intersecciones aponeuróticas.

Todas las fibras de estas expansiones aponeuróticas siguen una dirección transversal para entrecruzarse en la línea media donde forman la línea blanca. Esta es más ancha arriba del ombligo que por debajo del mismo.

Fascia transversalis.—Se encuentra inmediatamente por encima del peritoneo y a la cual se le da actualmente gran importancia por ser la que tiende a prevenir, más que ninguna otra estructura, la formación de las hernias. Es muy elástica, fuerte y sus fibras son circulares.

Peritoneo.—La serosa peritoneal se encuentra separada de la capa anterior por un tejido adiposo variablemente desarrollado según las personas. Las fibras del peritoneo son también transversales.

Vasos sanguíneos.—La pared anterior del abdomen está irrigada por las arterias epigástrica y la mamaria interna, arterias nacidas de la ilíaca externa y de la subclavia respectivamente, que se dirigen al encuentro una de otra dentro de la vaina del recto donde se anastomosan, enviando en su trayecto numerosas pequeñas colaterales. También la décima y undécima intercostales, arterias lumbares y las circunflejas ilíacas. La dirección de los vasos es muy variable, pero entre unas y otras hay suficientes anastomosis.

Nervios.—La inervación sensitiva y motora es suministrada por los nervios intercostales desde el séptimo al duodécimo y por las ramas colaterales del plexo lumbar, principalmente por los abdomino-genitales mayor y menor.

Estos nervios recorren las paredes abdominales entre los planos musculares siguiendo una dirección oblicua dirigida hacia abajo y adentro, para llegar a la vaina del recto, la que perforan por su parte posterior junto al borde externo y penetran en el músculo inervándolo por segmentos pero en toda su extensión.

Como resumen de este recuerdo anatómico, hay que hacer resaltar que a excepción de las fibras de los músculos rectos y algunos ramos arteriales, todas las demás estructuras de la pared abdominal anterior siguen una dirección transversal o ligeramente oblicua; e ahí por qué las incisiones transversales son las más anatómicas, puesto que solo separan estas fibras en el sentido de su longitud y no las cortan perpendicularmente como las incisiones longitudinales.

Estudiando la dirección de las fibras de los músculos rectos del abdomen y el curso que siguen los vasos y los nervios, se nota que las arterias principales (epigástricas) siguen la dirección de las fibras musculares, pero que las arterias intercostales siguen un curso perpendicular a las mismas. Los nervios también siguen una dirección perpendicular a los músculos rectos. Por esta razón anatómica, se puede, con una incisión transversal, seccionar y ligar los vasos epigástricos, puesto que la circulación será restablecida por los vasos perpendiculares, los que son suficientes para mantener una buena circulación y nutrir la pared abdominal anterior, y el músculo mismo. Algo semejante puede decirse con respecto a los nervios: cuando se hace una incisión longitudinal en la pared abdominal anterior, se conserva el músculo, pero se destruyen los nervios, tanto más, cuanto más grande sea la herida. Mientras que en las incisiones transversales se conservan éstos nervios.

CONSIDERACIONES GENERALES

El presente estudio está basado en 119 casos en los que se hizo el diagnóstico de Apendicitis Aguda, de los cuales 110 fueron atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital General y 9 en Sanatorios Privados.

En 112 casos usamos la raquianestesia con meticaína utilizando como dosis extremas de 90 a 114 miligramos; Anestesia general con Eter Sulfúrico 4. Con ciclopropano-éter 2. Con Protóxido de Nitrógeno-éter 1.

Siempre seguimos la norma de ligadura con invaginación a excepción de 4 casos en los que a causa del estado inflamatorio de la región ceco-apendicular fué imposible practicarla.

En ningún caso tuvimos necesidad de colocar drenaje.

Se practicó siempre la movilización precoz en el lecho y en general se levantaron los enfermos, al segundo día de la operación.

En el postoperatorio usamos siempre dosis fuertes de Penicilina, algunas veces asociada con Estreptomicina; soluciones salinas y glucosadas; Vitamina C; y cuando el caso lo requería, transfusión sanguínea.

TECNICA

a) Asepsia de la piel con Parofenol y limitación habitual de la región a operar con cuatro "campos", sábana hendida y sábana entera.

b) Trazo de tres líneas verticales con la punta del bisturí, que interesan únicamente la epidermis y que sirven como referencias para suturar la piel. Colocación de dos compresas secas una superior y otra inferior, para evitar la contaminación de las pinzas hemostáticas.

c) Insición transversal de la piel y tejidos subcutáneos hasta la aponeurosis del músculo oblicuo mayor. Esta in-

cisión principia a 2 ó 2.5 centímetros por debajo del ombligo, se dirige transversalmente hacia afuera y a la derecha en una longitud de 8 a 10 centímetros, de modo que su extremo final esté a dos dedos por encima de la espina iliaca anterosuperior. (Ver fig. N° 1).

d) Hemostasia cuidadosa con pinzas de Kelly, ligadura de los vasos con catgut simple 000 y colocación de cuatro campos pequeños: superior, inferior y dos laterales sostenidos todos por medio de pinzas de campo (Backhause), de tal modo que al volverlos como la hoja de un libro, cubran las pinzas mencionadas.

e) Con los separadores de Farabeuf se trata de volver oblicua la incisión cutánea, de manera que siga la dirección de las fibras del músculo oblicuo mayor, maniobra fácil de realizar debido a la elasticidad de la piel. Pequeña incisión de la aponeurosis del oblicuo mayor con el bisturí y corte de la misma siguiendo la dirección oblicua de sus haces; hacia afuera ésta sección interesa la propia masa muscular y hacia adentro llega hasta el borde externo de la vaina del músculo recto derecho, cuya hoja anterior es seccionada transversalmente y el músculo reclinado hacia la línea media, respetando siempre el onceavo nervio intercostal y los vasos que lo acompañan.

f) En el plano siguiente aparece el músculo oblicuo menor separado del precedente por una capa celular resistente que se secciona con el bisturí en toda su longitud, para facilitar la separación transversal de sus haces con una pinza de Karmalt; separación que interesa también al músculo transverso y en cuya brecha se colocan los separadores de Farabeuf.

g) Inmediatamente por debajo aparece el peritoneo, al que se toma con una pinza de Kelly, teniendo cuidado de no aprisionar entre sus ramas ninguna asa intestinal; se disecciona en toda la extensión de la herida para suprimir la grasa preperitoneal y facilitar así, su reparación posterior.

Aislamiento cuidadoso del campo operatorio con compresas. Incisión del peritoneo entre dos pinzas de Kelly en una extensión suficientemente amplia para permitir el paso de la cánula aspiradora, y aspiración del líquido peritoneal. Sección del peritoneo en sentido transversal, primero hacia afuera y por último hacia adentro donde después de reclinar mesialmente el músculo recto, se corta la hoja posterior de su vaina siguiendo siempre la misma dirección transversal.

h) Colocación de pinzas de Kocher en los ángulos interno y externo de la herida peritoneal, lo mismo que en su parte media, de manera que al tirar de ellas hacia arriba y reclinarlas sobre las compresas puestas anteriormente, queden invertidos sus labios hacia afuera y las capas medias de la herida abdominal perfectamente bien protegidas de una posible contaminación al derramarse el líquido séptico peritoneal.

i) Localización del apéndice; exteriorización del ciego; ligadura del mesoapéndice con catgut cromizado; aplastamiento de su base con una pinza mediana y ligadura con catgut cromizado; sutura en jareta con hilo de algodón; sección del apéndice; antiséptico; invaginación y peritonización.

j) Reparación de la pared por planos. Sutura del peritoneo, tejido celular subperitoneal y fascia transversalis con catgut cromizado 0; siempre hicimos sutura continua simple (sorjete) empezando, después de reclinar el músculo recto, por el ángulo interno de la herida peritoneal. Afrontamiento de los músculos oblicuo menor y transverso, con puntos simples en U, teniendo cuidado de incluir siempre a los dos músculos y tratar que el punto sea únicamente de afrontamiento, flojo, para no producir isquemia por estrangulación. Reparación cuidadosa de la hoja anterior de la vaina del recto con puntos separados hechos con catgut cromizado 0. Sutura continua simple (sorjete) hecha con catgut cromizado 0 en la aponeurosis del músculo

oblicuo mayor. Puntos simples en el tejido celular subcutáneo, tratando que cada uno de ellos corresponda a las líneas de referencia trazadas sobre la piel, hechos con catgut simple 000. Se retiran los campos, antiséptico en los contornos de la herida; sutura de la piel con puntos simples en U hechos con hilo de algodón. Colocación de apósito estéril sobre la herida y venda de cuerpo.

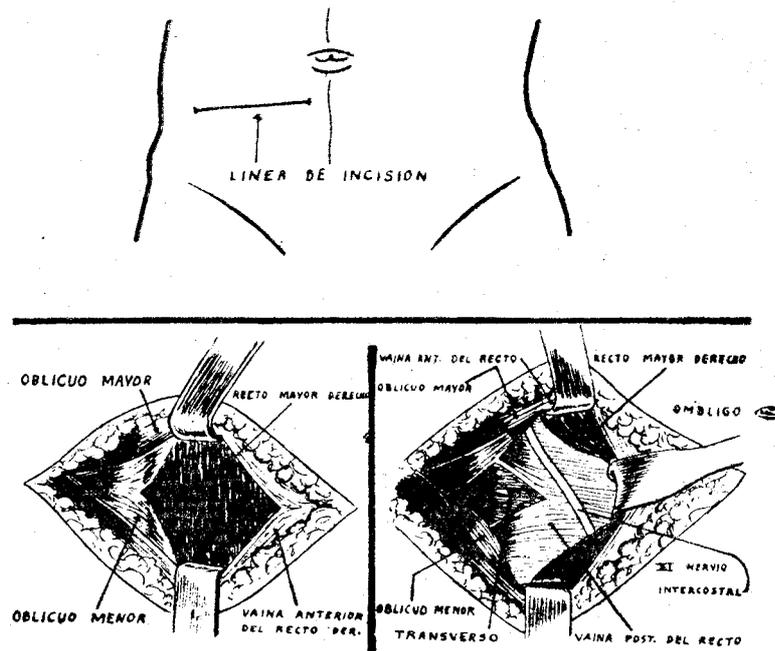


Fig N° 1.

CUADRO DE OBSERVACIONES

No. de orden	Fecha	Nombre	Edad	Sexo	Diagnóstico	Alta	Complicaciones	Observaciones
1	23-7-48	J.A.B.	22a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	30-VII-49	Ninguna	Ninguna
2	14-1-49	G.O.	24a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	21-I-49	"	"
3	10-1-49	J.C.	23a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	18-I-49	"	"
4	3-3-49	E.M.C.	8a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	21-III-49	Infección herida	Ninguna
5	11-3-49	J.A.	54a.	M.	Apend. Aguda Perf.	4-IV-49	Infección herida	Ninguna
6	16-3-49	F.R.	7a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	21-III-49	Ninguna	Ninguna
7	17-3-49	A.V.	36a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	24-III-49	"	"
8	19-3-49	A.G.	18a.	F.	Tuberc. Peritoneal	27-III-49	"	"
9	29-3-49	F.G.	25a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	6-IV-49	"	"
10	28-4-49	V.M.S.	29a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	6-V-49	Hematoma Subcutáneo	Ninguna
11	2-5-49	A.P.	25a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	9-V-49	Ninguna	Ninguna
12	2-5-49	C.C.	18a.	F.	Apend. Sub-aguda	8-V-49	"	"
13	18-5-49	M.A.M.	15a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	25-V-49	"	"
14	31-5-49	C.M.	14a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	7-VI-49	"	"
15	5-6-49	E.T.	17a.	F.	Apend. Sub-aguda	13-VI-49	"	"
16	7-6-49	D.E.G.	15a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	15-VI-49	"	"
17	13-6-49	O.J.	25a.	M.	Perforación Tífica	26-VI-49	Ninguna	Pasó a medicina
18	21-6-49	G.G.	29a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	29-VI-49	Ninguna	Ninguna
19	11-5-49	M.M.	18a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	19-V-49	"	"
20	19-5-49	R.R.	21a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	28-V-49	"	"
21	11-5-49	J.S.	32a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	19-V-49	"	"
22	21-5-49	A.Ch.	25a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	28-V-49	"	"
23	29-5-49	M.E.R.	20a.	F.	Apend. Aguda Perf. Anexitis.	8-VI-49	"	"
24	2-6-49	M.E.O.	18a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	10-VI-49	"	"

No. de orden	Fecha	Nombre	Edad	Sexo	Diagnóstico	Alta	Complicaciones	Observaciones
25	6-6-49	H.F.	14a.	F.	Apend. Sub-aguda	13-VI-49	"	"
26	18-5-49	Y.R.	22a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	30-V-49	"	"
27	3-6-49	R.G.	15a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	13-VI-49	"	"
28	2-6-49	M.E.L.	8a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	10-VI-49	"	"
29	3-7-49	B.C.L.	28a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	9-VII-49	"	"
30	31-7-49	R.E.	9a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	10-VIII-49	"	"
31	3-9-49	C.P.	18a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	10-IX-49	"	"
32	5-9-49	M.M.	33a.	M.	Apend. Aguda Perf.	12-IX-49	"	"
33	9-9-49	M.A.M.	26a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	18-IX-49	"	"
34	19-9-49	M.D.	33a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	27-IX-49	"	"
35	16-9-49	M.E.S.	18a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	24-IX-49	"	"
36	19-9-49	M.D.C.	20a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	26-IX-49	"	"
37	19-9-49	R.D.	21a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	27-IX-49	"	"
38	20-9-49	G.S.	18a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	28-IX-49	"	"
39	26-9-49	C.A.	24a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	1-X-49	"	"
40	26-9-49	G.C.	21a.	F.	Apend. Aguda Perf.	30-IX-49	"	"
41	20-10-49	D.H.	20a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	18-X-49	"	"
42	21-10-49	M.E.G.	15a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	1-XI-49	"	"
43	23-10-49	R.G.	20a.	M.	Abceso Apendicular	5-XI-49	Ninguna	No se pudo hacer Apendicectomía
44	4-11-49	V.V.	17a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	12-XI-49	Ninguna	Ninguna
45	28-11-49	L.E.	15a.	F.	Apend. Sub-aguda	5-XII-49	"	"
46	4-12-49	L.F. de L.	35a.	M.	Apend. Aguda Perf.	12-XII-49	"	"
47	9-12-49	E.M.	22a.	F.	Apend. Aguda no Perf. Invaginación Apendicular	16-XII-49	"	"
48	9-12-49	H.L.	49a.	M.	Abceso Apendicular	19-XII-49	"	"
49	17-12-49	R.M.	13a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	23-XII-49	"	"
50	20-12-49	J.A.G.	15a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	28-XII-49	"	"
51	3-1-50	A. de L.	32a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	10-I-50	"	"
52	10-1-50	V.V.	26a.	M.	Apend. Sub-aguda	17-I-50	"	"
53	12-1-50	S.I.	61a.	M.	Apend. Aguda Perf.	23-I-50	"	"
54	22-1-50	L.G.R.	15a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	30-I-50	"	"

Nó. de orden	Fecha	Nombre	Edad	Sexo	Diagnóstico	Alta	Complicaciones	Observaciones
55	28-1-50	M.L.P.	24a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	2-II-50	Ninguna	Ninguna
56	30-1-50	M.A.G.	17a.	F.	Apend. Sub-aguda	5-II-50	"	"
57	1-2-50	E.G.	16a.	F.	Apend. Aguda Perf.	10-II-50	"	"
58	8-2-50	J.H.	23a.	F.	Peritonitis Tuberculosa	17-II-50	Ninguna	Exp. Anexos: Normales
59	13-2-50	R.C.	26a.	M.	Apend. Aguda Perf.	24-II-50	Ninguna	Ninguna
60	13-2-50	C.L.	20a.	M.	Apend. Aguda Perf.	3-III-50	Hematoma Subcutáneo	Ninguna
61	18-2-50	M.A.C.	24a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	24-II-50	Ninguna	Ninguna
62	15-2-50	F.N.	29a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	23-II-50	"	"
63	16-2-50	E.A.	32a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	24-II-50	"	"
64	18-2-50	A.C.	24a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	26-II-50	"	"
65	23-2-50	H.G.	25a.	M.	Apend. Aguda Perf.	4-III-50	"	"
66	24-2-50	Y.S.	14a.	F.	Apend. Sub-aguda	1-III-50	"	"
67	24-2-50	C.A.	17a.	F.	Abceso Apendicular	3-III-50	"	"
68	26-2-50	C.C.	24a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	6-III-50	"	"
69	4-3-50	J.D.Q.	20a.	F.	Apend. Sub-aguda	12-III-50	"	"
70	9-3-50	B.K.	12a.	F.	Apend. Crónica	16-III-50	"	"
71	13-3-50	J.V.C.	24a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	22-II-50	"	"
72	16-3-50	C.L.	13a.	F.	Apend. Sub-aguda	24-III-50	"	"
73	20-3-50	A.R.	19a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	28-III-50	"	"
74	20-3-50	M.C.	16a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	27-III-50	"	"
75	23-3-50	M.L.M.	33a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	30-III-50	"	"
76	24-3-50	R.G.	24a.	M.	Apend. Gangrenosa	3-IV-50	"	"
77	26-3-50	M.C.	26a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	3-IV-50	"	"
78	24-3-50	O.G.S.	16a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	2-IV-50	"	"
79	27-3-50	M. de J.G.	24a.	M.	Apend. Gangrenosa	5-IV-50	"	"
80	29-3-50	C.R.	23a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	6-IV-50	"	"
81	12-4-50	A.F.	14a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	20-IV-50	"	"
82	17-4-50	L.S.	13a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	24-IV-50	"	"
83	17-4-50	M.G.	8a.	F.	Apend. Aguda Perf.	24-IV-50	"	"

No. de orden	Fecha	Nombre	edad	Sexo	Diagnóstico	Alta	Complicaciones	Observaciones
84	23-4-50	J.B.	28a.	F.	Apend. Crónica	I-V-50	Ninguna	Exp. Anexos: Normales
85	25-4-50	V.C.	19a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	3-V-50	Ninguna	Ninguna
86	25-5-50.	J.A.	20a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	3-V-50	"	"
87	27-4-50	M.O.L.	15a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	4-V-50	"	"
88	27-4-50	A.V.	19a.	M.	Apend. Sub-aguda	4-V-50	"	"
89	29-4-50	D.L.	19a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	6-V-50	"	"
90	1-9-49	J.V.C.	48a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	10-IX-49	"	"
91	6-9-49	V.R.	32a.	M.	Perforación Tífica	4-XII-49	Infección herida	Fístula que curó espontáneamente
92	2-5-50	L. de J.V.	21a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	10-V-50	Ninguna	Ninguna
93	27-12-49	M.C.	17a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	2-II-50	"	"
94	12-I-50	D.E.A.	12a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	21-I-50	"	"
95	11-5-50	A.U.G	31a.	F.	Apend. Crónica	17-V-50	Ninguna	Exp. Anexos: Normales
96	3-5-50	A.M.	18a.	F.	Apend. Crónica	8-V-50	Ninguna	Ninguna
97	4-5-50	M.Z.C.	20a.	F.	Apend. Crónica	8-V-50	"	"
98	6-5-50	M.V.	16a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	15-V-50	"	"
99	6-5-50	F.S.	19a.	M.	Perforación Tífica	8-V-50	Ninguna	Muerto
100	8-5-50	M.E.M.	11a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	15-V-50	Ninguna	Ninguna
101	11-5-50	R.T.	25a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	20-V-50	"	"
102	11-5-50	J.M.	18a.	F.	Apend. Sub-aguda	18-V-50	"	"
103	13-5-50	N.M.	16a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	22-V-50	"	"
104	13-5-50	G.E.	21a.	F.	Apend. Crónica, Quiste Ovario derecho	21-V-50	Ninguna	Extirpación, Quiste Ovario
105	18-5-50	M.A.C.	15a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	28-V-50	Hematoma Subcutáneo	Ninguna
106	26-5-50	M.G.	22a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	2-VI-50	Ninguna	Ninguna
107	28-5-50	A.M.	14a.	F.	Apend. Crónica Atrófica	4-VI-50	Ninguna	Anexos Atróficos

No. de orden	Fecha	Nombre	Edad	Sexo	Diagnóstico	Alta	Complicaciones	Observaciones
108	17-4-50	M.C.	21a	F.	Apend. Sub-aguda; Quiste Ovario derecho	26-IV-50	Ninguna	Extirpación Quiste Ovario
109	21-5-50	T.R.	13a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	1-VI-50	Ninguna	Ninguna
110	3-6-50	M.A.C.	13a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	11-VI-50	"	"

OPERADOS EN SANATORIO PRIVADO

111	11-3-49	A.V.	28a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	19-III-49	Ninguna	Ninguna
112	26-7-49	F.F.	12a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	5-VIII-49	"	"
113	2-9-49	A.F.	9a.	M.	Apend. Aguda Perf.	11-IX-49	"	"
114	3-9-49	E.G.	20a.	M.	Apend. Aguda Perf.	11-IX-49	"	"
115	24-10-49	D.P.	36a.	M.	Peritonitis Generalizada por ruptura traumática intestino delgado	3-IV-50	"	"
116	31-1-49	G.M.	29a.	M.	Apend. Aguda no Perf.	9-II-49	"	"
117	28-1-50	Y.C.	26a.	F.	Apend. Sub-aguda	6-II-50	"	"
118	28-3-50	M.M.	20a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	6-IV-50	"	"
119	11-5-50	B.B.F.	16a.	F.	Apend. Aguda no Perf.	19-V-50	"	"

Se resume del cuadro anterior que de los 119 casos, 75 fueron de Apendicitis Aguda no Perforada; 13 de Apendicitis Aguda Perforada; 13 de Apendicitis Sub-aguda; 7 de Apendicitis Crónica; 3 de Abscesos Apendiculares; 3 de Peritonitis por Perforación Tífica; 2 de Apendicitis Gangrenosa; 2 de Tuberculosis Peritoneal y 1 de Peritonitis Generalizada por Perforación Traumática del intestino delgado. Todos están comprendidos entre la edad mínima de 7 años y la máxima de 61. Casos Nos. 6 y 53, respectivamente. El número de mujeres ascendió a 63 y el de hombres a 56. Como complicaciones mencionaremos: 1º—dos infecciones superficiales de la piel y tejidos subcutáneos; 2º—una fistula por perforación tífica que curó espontáneamente, que corresponde al caso N° 91, y por último, tres hematomas subcutáneos. La mortalidad en casos de apendicitis fué nula; solamente se registró una muerte en el caso N° 99 al segundo día de la operación, debido a la toxemia causada por peritonitis generalizada producida por cuatro perforaciones tíficas. No se registró ninguna dehiscencia ni hernia postoperatorias en los 17 casos que pudimos controlar 1 año y medio. Cabe mencionar el caso N° 20 que corresponde a R. R., en quien pudimos comprobar al 9º mes del embarazo, que presentaba una cicatriz sólida, linear y no ensanchada como en las incisiones longitudinales.

CONCLUSIONES

- 1ª—La incisión transversal descrita en este trabajo, es poco cruenta al respetar los elementos anatómicos, procura una sutura fácil, sin tensión y una pronta recuperación funcional, previniendo las dehiscencias y hernias postoperatorias.
- 2ª—Cae directamente sobre el ciego facilitando la ectomía; o dicho en otros términos, tiene una ubicación adecuada al propósito quirúrgico.
- 3ª—Procura buena exposición para practicar la apendicectomía ya sea su posición latero o retrocecal; además respeta las leyes naturales en casos de absceso o peritonitis localizadas, evitando la generalización del proceso infeccioso.
- 4ª—La cicatriz es linear, no dolorosa y en los casos en que el vientre aumente de volumen, no se ensancha como en las incisiones longitudinales. Se obtiene un buen resultado estético.
- 5ª—En el caso de diagnóstico incorrecto, sobre todo en las mujeres con antecedentes ginecológicos, la incisión puede prolongarse seccionando transversalmente los músculos rectos, hasta el hemiabdomen izquierdo y practicarse cualquier operación ginecológica. Cuando se duda si el proceso patológico está situado en el abdomen superior, es preferible hacer la incisión, como aconseja Gurd, a 2 centímetros por encima del ombligo.

6ª—Nadie debe aferrarse a usar siempre la misma incisión; es la incisión la que debe adaptarse a cada caso en particular y al Cirujano corresponde la elección de la misma.

Francisco A. Cerezo.

Imprímase,

C. Mauricio Guzmán,
Decano.

Vº Bº,

Eduardo Lizarralde A.

BIBLIOGRAFIA

Operative Technic.—Edited by Warren H. Cole .

Técnica Quirúrgica.—Christmann, Ottolenghi. Raffo, Von Grolman.

Técnica Quirúrgica en las operaciones Abdominales.—J. L. Spivack.

Surgical Treatment.—Edited by Bancroft and Wade.

Anatomía Descriptiva.—Testut.

Contribución al Estudio de las Incisiones Transversales en la Cirugía Abdominal.—Tesis del Dr. William Balz M.

Técnica Quirúrgica.—Partipilo.

Curas de Rehabilitación en Cirugía.—Jorge Luis Curutchet.

Annales of Surgery, April, 1950, vol. 131, N^o 4. Disruption of Abdominal Wounds by William I. Wolff, M. D.

The Cyclopedia of Medicine Surgeri and Specialities.—George Morris Piersol B. S., M. D. Editor in Chief.

Operations of General Surgery.—By T. G. Orr, M. D.

Abdominal Operations.—By Rodney Maingot.