

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

APENDICECTOMIA PROFILACTICA POR INVERSION TOTAL
DEL APENDICE

RAMON VINICIO TANCHEZ GODOY

INDICE

PAG. N

INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	4
MATERIAL Y METODOS	5
GENERALIDADES	7
•Anatomía del Apéndice Vermiforme	7
•Técnica de Inversión Total del Apéndice	10
ANALISIS ESTADISTICO	11
CONCLUSIONES	16
RECOMENDACIONES	19
BIBLIOGRAFIA	21

láctica por inversión total del apéndice es un excelente método. Pues entre otras cosas, evita la posibilidad de contaminación peritoneal por manipulación de un muñón seccionado, o por técnicas de corte y anudado deficiente. Es a mi criterio, la gran diferencia entre ambos métodos, que en la apendicectomía por inversión total no se corta el apéndice, como se hace en una apendicectomía tradicional.

Los pioneros de esta técnica en Guatemala, han sido los Doctores Eduardo Lizarralde, Rodolfo Durán y Dr. Silvio Pazzetti, en el Hospital Roosevelt, quienes en el año de 1,974 iniciaron una época. El primer operado fué un niño de diez años, aprovechando que se le practicaba cuádruple biopsia por diagnóstico de enfermedad de Hodking.

Posteriormente en el año 1979 se pre-

sentó el primer trabajo al respecto, titulado "Apendicectomía Por Inversión Total del Apéndice" expuesto en el Congreso Nacional de Cirugía de Guatemala. Y en el de Pediatría un año más tarde.

La primera presentación rindió sus frutos, pues ese mismo año se comenzó a utilizar la I.T.A. (Inversión Total del Apéndice), por los Doctores Miguel Angel Ponce y Mynor Urquizú, cuyas operaciones son las presentadas en este trabajo.

Esta técnica fué utilizada por primera vez por los Doctores John Lilly y Judson Randolph en el Children Hospital en el año de 1,968 y modificada por el Dr. Harry Bishop, cuya técnica es la que describiremos en este trabajo y la que se utilizó en las operaciones estudiadas.

OBJETIVOS

1. Analizar los estudios previos a fin de comparar con este trabajo, los juicios, criterios y resultados de ambos.
2. Determinar la frecuencia con que se está utilizando este método en el Hospital Nacional de Coatepeque.
3. Demostrar que el método más adecuado, en cuanto a apendicectomías profilácticas, es el de Inversión Total del Apéndice.
4. Determinar la edad y sexo que más participación tuvo en operaciones de Inversión Total del Apéndice, (I.T.A.).
5. Determinar la relación entre I.T.A. y las operaciones efectuadas, así como tiempo de

hospitalización, complicaciones y antibiótico terapia.

6. Disminuir el riesgo operatorio y de complicaciones en las apendicectomías profilácticas.
7. Fomentar este método profiláctico y contribuir al desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas.
8. Formar criterio propio.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL

1. En el Hospital Nacional de Coatepeque se estudiarán los pacientes, en quienes se exponga la cavidad abdominal por razones que no sean apendicectomía, pero sí que se les practique apendicectomía profiláctica por inversión to

tal del apéndice, (I.T.A.). Independientemente de su edad y sexo.

Se identificará el caso con los parametros antes mencionados, para luego clasificarlos de acuerdo a:

Edad

Sexo

Indicación de Laparotomía o diagnóstico inicial

Operación que se les efectuó

Tiempo de Hospitalización

Complicaciones más frecuentes

Si recibieron o no antibióticos

METODOS

1. Método Inductivo
2. Papeletas Clínicas del Hospital Nacional de Coatepeque.
3. Literatura Nacional y extranjera relativa al tema.

4. Cirujanos y demás personal que participe en la atención de pacientes en estudio, para este trabajo.

5. Pacientes en quienes se practique inversión total del apéndice como método profiláctico.

GENERALIDADES

1. Anatomía del Apéndice Vermiforme.
2. Técnica de inversión total del Apéndice, (I.T.A.).

ANATOMIA

El apéndice es un divertículo del ciego, cuya longitud varía entre 2.5 y 25 cm. La mucosa es parecida a la del colon, así como la muscular y serosa. Sólo la submucosa se diferencia, porque en el apéndice tiene numerosos folículos linfáticos, lo que es particularmente importante en niños y adultos jóvenes, pues puede

sufrir hiperplasia aguda en respuesta a infecciones localizadas en lugares diferentes al apéndice, principalmente vías respiratorias.

La luz de su base es generalmente más angosta que un divertículo. Lo que origina obstrucciones, siendo ésta la causa más frecuente de apendicitis.

Posee su propio meso, de mucha importancia, pues es por donde pasan los vasos que la nutren y drenan. La arteria que la irriga es la apendicular, rama de la arteria ileo cólica, que a su vez es rama de las arterias Yeyunales e ileales cuyo origen es la mesentérica superior.

La posición del apéndice varía considerablemente, siendo importante considerarlo por la localización del dolor y demás hallazgos del examen físico. Pero esta variación sólo se aplica al extremo distal, pues la base es constante en unión con el ciego.

Puede encontrarse en otro lugar del abdomen, pero como consecuencia de posición anormal del colon. La inervación se obtiene del plexo celíaco. Los linfáticos drenan hacia el sistema linfático intestinal. No se le conoce función específica, por lo que se le considera vestigio, de un asa intestinal.

TECNICA DE INVERSION TOTAL DEL APENDICE (I.T.A.)

Una vez expuesta la cavidad abdominal, se localiza el apéndice, luego:

1. Se disecciona el mesoapéndice, separándolo completamente del apéndice, lo que deja sin circulación a éste.
2. Se limpia el apéndice de restos del meso y grasa peritoneal, comenzando después a invaginarlo hacia su interior, iniciando el proceso por la punta, suavemente con una pinza recta o una sonda acanalada.
3. La inversión se lleva hasta más o menos 5 mm. de la base, lo que deja un muñón, el cual puede ligarse con material absorbible. Posteriormente se le invagina con bolsa de tabaco, con material inabsorbible. Completándose así la I.T.A.

El apéndice que queda dentro del ciego es eliminado posteriormente con las heces, al sufrir necrosis. Proceso que pasa desapercibido y que no tiene consecuencias de ninguna naturaleza.

ANALISIS ESTADISTICO

El estudio comprendió a veintidos pacientes de ambos sexos, siendo mayor el número del sexo Femenino.

Sexo	Nº	%
Masculino	4	18.1
Femenino	18	81.8

EDAD

En cuanto a la edad, la más frecuente fue la segunda y tercera décadas de la vida, que se explica por la naturaleza de la operación i-

nicial. También tomando en cuenta que las operaciones del aparato reproductor femenino alcanzaron un sesenta y tres por ciento del total de operaciones efectuadas.

Edad	Nº	%
0-10	2	9.2
11-20	6	27.2
21-30	8	36.3
31-40	4	18.1
41 y más	2	9.2

TIEMPO DE HOSPITALIZACION

Este fué realmente corto, a pesar que las inversiones del apéndice se acompañaron de cirugía mayor en buen número de casos. El tiempo de hospitalización varió entre los tres y diez días, con un buen promedio de seis días. Ningún paciente estudiado falleció.

Días	Ptes.
3	3
4	3
5	4
6	3
7	4
8	1
10	4
TOTAL	22

OPERACION EFECTUADA

Es aquí en donde podemos observar con claridad, porqué las operaciones del aparato reproductor femenino fueron las más frecuentes, ocupando el 63% de las operaciones efectuadas. El diagnóstico inicial más frecuente fué quiste ovárico y hernia umbilicar, (18.1 cada uno), pero en realidad no es grande la diferencia respecto a los demás diagnósticos, por la totalidad de pacientes estudiados.

No está demás recordar que a los veintidos pacientes se les efectuó Inversión Total del Apéndice, valorando para esto, el estado general del paciente y si el procedimiento operatorio inicial lo permitía.

<u>Operación efectuada</u>	Nº	%
Enterostomía	1	4.5
Coledocostomía	1	4.5
Liberación de trompa	1	4.5
Ooforectomía unilateral	1	4.5
Resección de quiste ovárico	2	9.2
Salpingo-ooforectomía unilateral	2	9.2
Laparotomía exploradora	2	9.2
Cesarea segmentarea transperitoneal	2	9.2
Pomeroy	2	9.2
Colecistectomía	3	13.6
Histerectomía abdominal total	4	18.1
Hernioplastia umbilical	4	18.1

COMPLICACIONES

Las complicaciones que presentaron son insignificantes. Y en todo caso fueron consecuencia de causas ajenas a la apendicectomía. Por ejemplo el paciente que presentó íleo paralítico se le había practicado enterostomía, por vólvulos intestinales. Salió en buenas condiciones después de diez días de hospitalización. Una paciente presentó cefalea rebelde post anestesia raquídea, que al final cedió.

Complicaciones

Ninguna	17	77.2
Tos	1	4.5
Diarrea	1	4.5
Ileo Paralítico	1	4.5
Cefalea	1	4.5
Fiebre	1	4.5

USO DE ANTIBIOTICOS

Se utilizaron antibióticos en cinco pacientes, que corresponde al 22.7 por ciento. El restante 77.3 por ciento no tubo necesidad de los antibióticos.

Sin antibióticos	17	77.3
------------------	----	------

Con antibióticos	5	22.7
------------------	---	------

Los antibióticos utilizados fueron:

Penicilina Cristalina	2	9.2
-----------------------	---	-----

Cloranfenicol	2	9.2
---------------	---	-----

Ampicilina	1	4.5
------------	---	-----

CONCLUSIONES

1. La técnica por Inversión Total del Apéndice es casi desconocida en nuestros Hospitales. Encontrando antecedentes solo en el Hospital Roosevelt desde 1,974 y en Coatepeque desde

1,979. Algo positivo es que esta técnica está ganando popularidad en centros privados.

2. De los 22 pacientes intervenidos, el 81.8 correspondió al sexo Femenino, por la naturaleza de la intervención primaria.
3. El tiempo de hospitalización fué realmente corto a pesar que la I.T.A. estuvo acompañada de cirugía mayor en ocasiones. El promedio de hospitalización fué de seis días. Solo cuatro pacientes tardaron diez días, que fué el tiempo máximo de hospitalización.
4. Las operaciones del aparato reproductor femenino, de vías biliares y hernioplastías de la pared abdominal, se cuentan entre las más frecuentes.

5. En cuanto a las complicaciones podemos ser optimistas al decir que de los 22 pacientes, 17 no presentaron complicaciones. Los cinco restantes presentaron complicaciones sencillas y ninguno presentó infección de la herida operatoria, cosa más frecuente con el método tradicional de apendicectomía.

6. La Inversión Total del Apéndice, es un excelente método profiláctico, que si se promueve eficazmente, podría reemplazar al método tradicional en cirugía electiva del apéndice.

7. Los pacientes no presentaron más dolor en la fosa ilíaca derecha, que los pacientes a los que no se les hizo este método.

RECOMENDACIONES

1. Fomentar a todo nivel, la técnica por inversión del apéndice.

2. Practicar esta técnica sólo en tejidos sanos y cuando las condiciones operatorias lo permitan.

3. Nunca efectuar el presente procedimiento ante procesos inflamatorios agudos del apéndice.

4. Aprovechar otras operaciones abdominales en las que se exponga la cavidad abdominal para practicar la I.T.A.

5. Cumplir con los pasos de la técnica descrita, para obtener buenos resultados, ya que es sencilla y rápida.

BIBLIOGRAFIA

1. Harkins - Moyer. CIRUGIA. Editorial Interamericana. México 1965. Segunda Edición. P. 698-715.
2. Lilly Jhon. Total Inversion of thy apendix: experience Whit incidental apendicectomy in children. Journal of pediatric surgery. Junio 1968.
3. Sabinston Cristoper. Tratado de patología quirúrgica, Editorial Interamericana. México 1975.
4. Lizarralde -Duran- Pazzeti. Inversión total del apéndice. Congreso Nacional de Cirugía, Guatemala 1979.
5. Ortiz Duarte, Lilly. Apendicectomía por inversión, revisión de 18 casos operados en el

Hospital Roosevelt. Guatemala 1980. Tesis
de graduación.

BIBLIOGRAFIA

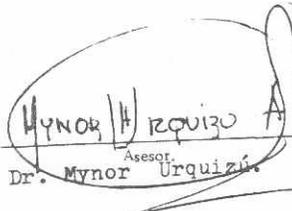
6. Maden, Jhon. Atlas de técnicas quirúrgicas.
Segunda Edición. Editorial. México 1980.

7. Robins Stanley. Patología estructural y fun
cional. Editorial Interamericana. Primera
Edición en español, México 1975.

8. Sosa Galicia. Figueroa Marroquín. Manual
de Histología Primera Edición. Universidad
de San Carlos de Guatemala. Guatemala 1969
P. 457.

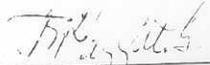
Dr. 
Ramón Vinicio Tánchez Godoy

Dr.

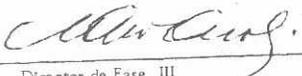

Mynor Urquiza
Asesor.

Dr. Mynor Urquiza

Dr.


Revisor.
Dr. Silvio E. Razzetti.

Dr.


Director de Fase III

Carlos Wallhein

Dr.


Secretario

Raul Castillo Rodas

Vo. Bo.

Dr.


Decano.

Rolando Castillo Montalvo