



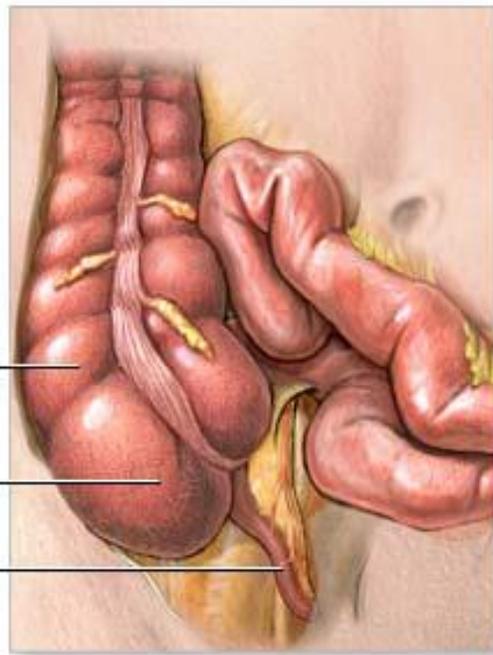
UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA  
1803

Facultad De Medicina  
Pregrado Instrumentación Quirúrgica

TÉCNICA OPERATORIA PARA SIMULACIÓN DE UN PPROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO  
CURSO - PRÁCTICA I

## APENDICECTOMÍA

### Anatomía relacionada Apéndice Vermiforme o Cecal



Intestino  
grueso

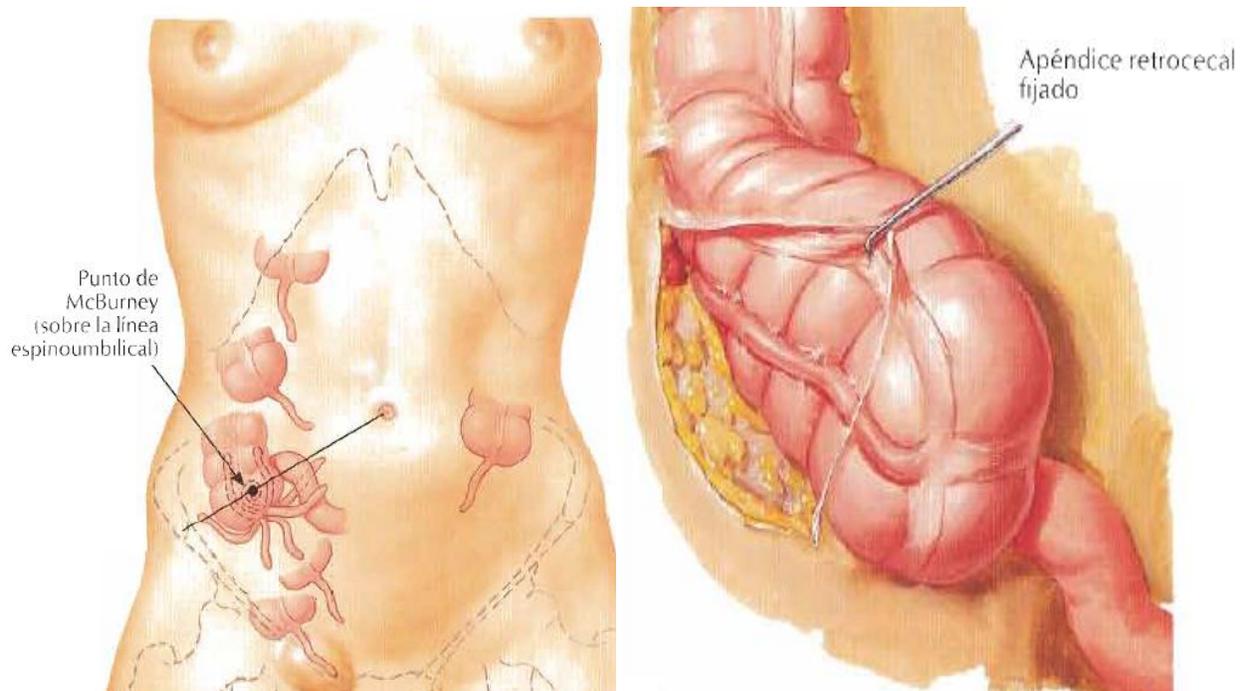
Ciego

Apéndice

ADAM.

### Variaciones en la posición anatómica del apéndice

Se da de acuerdo a la posición anatómica, están influenciadas por la longitud del apéndice y por el grado de movilidad del ciego; según su posición el apéndice puede ser: retrocecal, pélvica, subcecal, preileal o pericólica derecha.



Tomado de: *Atlás de Anatomía de Netter.* <sup>(1)</sup>

**Indicaciones:** Apendicitis aguda, subaguda y crónica.

### **Preparación Operatoria**

**Anestesia:** General (raquídea en caso agudos)

**Posición del paciente:** Decúbito supino

#### ***Vestida del Paciente:***

- Cuatro campos quirúrgicos delimitando el área a incidir.
- Sábana de tela cubriendo los miembros inferiores.
- Sábana de caucho en la misma disposición.
- Por último campo fenestrado.

**Antisepsia:** con gasas estériles impregnadas con yodopovidona o con solución a base de gluconato de clorhexidina, comienza del centro a la periferia desde la fosa iliaca derecha hasta la porción inferior del tórax y la mitad de los muslos.

### **Dispositivos Médicos**

#### ***Instrumental***

- Equipo de pequeña cirugía: si se va a ingresar a cavidad por incisión de McBurney o Rocky Davis; Equipo de Laparotomía si ingresa por incisión mediana.
- Separador de Deaver pequeño (opcional).

### **Equipo de Pequeña Cirugía o de Hernia**

<b>Cantidad</b>	<b>Descripción</b>
1 c/u	Pinzas de disección adson con y sin garra
1 c/u	Pinzas disección con y sin garra
1	Pinzas de disección rusa
1 c/u	Mango de bisturí #3 y #4
2	Porta agujas medianos
1	Pinza de foester
1	Cánula de yankauer
1	Tijera de mayo recta
1	Tijera de metzenbaum curva (mediana)
2	Separadores de farabeuf
4	Pinzas de Kelly curvas
1	Pinza de Kelly rectas
4	Pinzas mosquito
1	Pinza de Kelly Adson
4	Pinzas de Allis (medianas y largas)
2	Pinzas de babcock
2	Pinzas de Rochester medianas
1	Pinza de Rochester recta o porta torundas
6	Pinzas backhaus
1	Riñonera

#### **Elementos Médico-Quirúrgicos**

- Paquete de ropa.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Hoja de bisturí N° 15.
- Cable de electro bisturí monopolar.
- Mango para manipular la Lámpara Cielítica.
- Caucho de aspirar.
- Aseptojeringa.
- Fixomul® o Micropore.

#### **Suturas**

<b>Polímero o similares</b>	<b>Nombre comercial</b>	<b>Descripción</b>	<b>Descripción Aguja</b>	<b>Código de Aguja</b>
Seda*	Seda® Silk® Softsilk®	Multifilamento, natural, no absorbible, calibre 2-0	Sin aguja	
Algodón *	Polycot®		Sin aguja	
Seda**	Seda® Silk® Softsilk®	Multifilamento, natural, no absorbible, calibre 2-0	Ahusada, ½ círculo, 26mm de longitud	SH
Poliglactina 910**	Vicryl®	Multifilamento, sintético, rápida absorción, calibre 3-0	Ahusada, ½ círculo, 26mm de longitud	SH
Poliglactina 910***	Vicryl®	Multifilamento, sintético, absorbible, calibre 0	Ahusada, ½ círculo, 26 mm de longitud	SH
Ácido Poliglicólico***	Safil®	Multifilamento, sintético, absorbible, calibre 0	Ahusada, ½ círculo, 26mm de longitud	HR -26
Nylon****	Ethilon®, Corpalon®	Monofilamento, sintético, no absorbible, calibre 3-0	Cortante, ¾ círculo 24mm de longitud	SC-24
Polipropileno****	Prolene®, Premilene®, Corpalene®+	Monofilamento, sintético, no absorbible, calibre 3-0	Cortante, ¾ círculo, 19mm y 24mm+ de longitud.	PS-2, DS-19

\*Ligaduras libres

\*\*En caso de hacer jareta

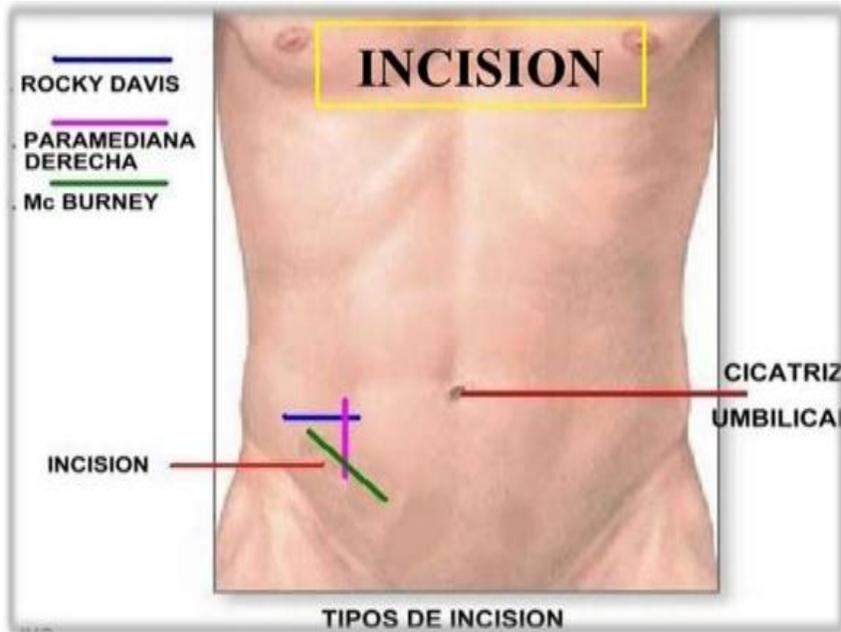
\*\*\*Músculos y fascia

\*\*\*\*Piel

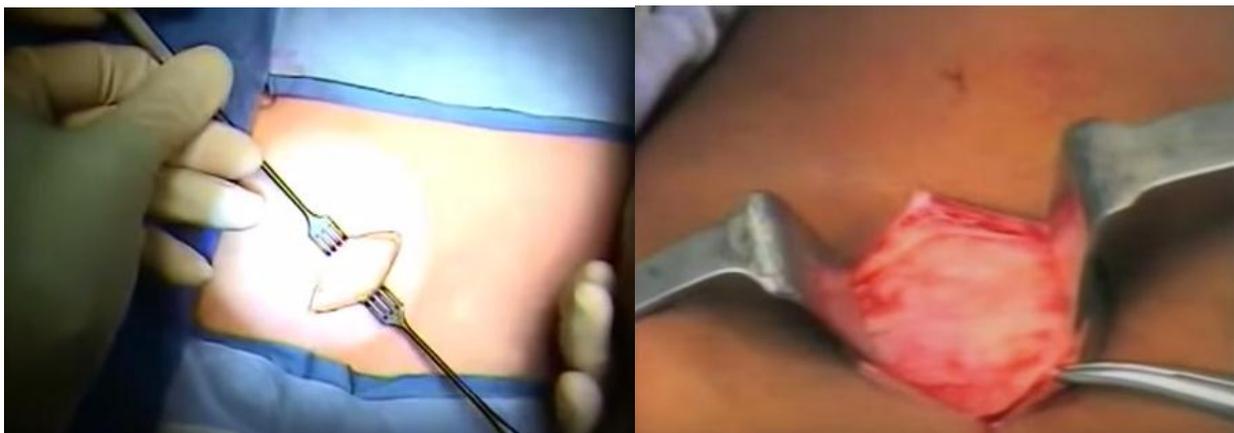
**Descripción del procedimiento**  
**Técnica de Instrumentación**

Se inicia con conteo de gasas e instrumental.

Realiza una incisión de Rocky Davis o Mc Burney con mango de bisturí # 3 y hoja #15. En caso de sospecha de absceso se hace incisión un poco más lateral para permitir drenaje y evitar contaminación en la cavidad peritoneal.



Incisiones en el abdomen. <sup>(2)</sup>



Separación de la piel con Senn Miller. <sup>(3)</sup>

Separación del panículo adiposo. <sup>(4)</sup>

Se continua la incisión en el tejido celular subcutáneo con electrobisturí monopolar o tijera de metzenbaum curva. Se repara la fascia del músculo oblicuo usando dos pinza kelly y se secciona la misma con mango de bisturí # 3 y hoja #15 y luego electro bisturí. Divulsiona las fibras del músculo oblicuo mayor y para exponer se emplean los separadores de farabeuf sosteniendo los bordes de los tejidos incididos o los de Deaver si hay mucho tejido adiposo.

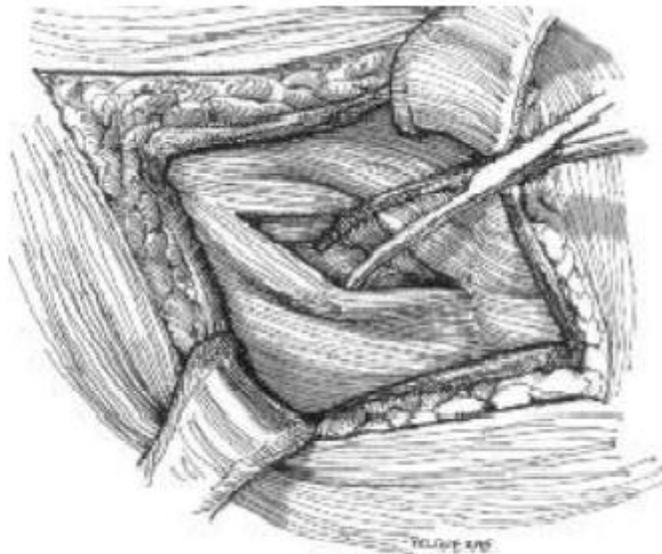


Corte de la fascia del músculo oblicuo mayor. <sup>(5)</sup>



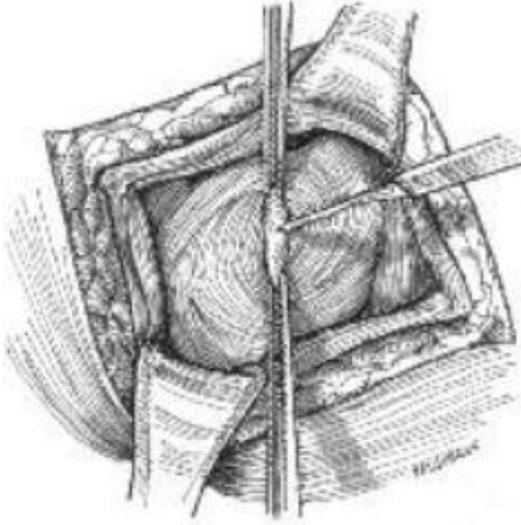
Ampliación del corte con tijera. <sup>(4)</sup>

Se visualiza el oblicuo menor y se secciona con electrobisturí o tijera de metzenbaum hasta la vaina de los rectos. Se divulsionan las fibras del músculo transverso y se continua la exposición con separadores de farabeuf



División de las fibras del músculo transverso. <sup>(5)</sup>

Se repara la fascia transversallis con Kellys y se incide con bisturí y se continúa ampliando con tijera de metzenbaum curva o electro bisturí.; se llega al peritoneo el cual se abre de igual manera: dos Kellys, se incide con bisturí y se continua ampliando con tijera de metzenbaum curva o electro bisturí.



Corte de la fascia <sup>(5)</sup>



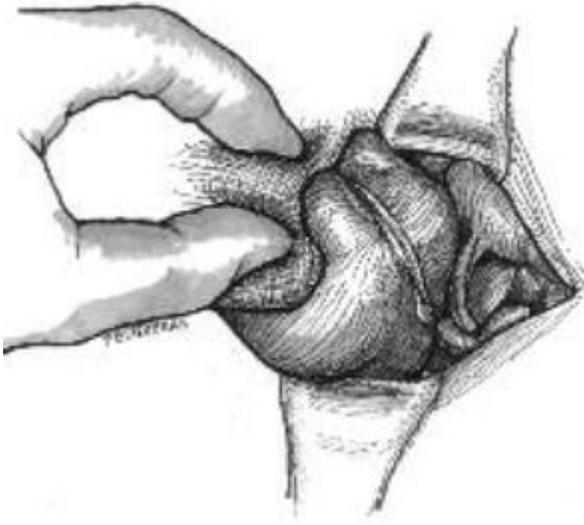
Corte del peritoneo <sup>(4)</sup>

Se retiran los separadores y pinzas para que el cirujano explore la cavidad digitalmente hasta palpar el ciego.



Muestra de las asas intestinales. (4)

Se tracciona el ciego hasta exponerlo en la herida quirúrgica., con una pinza de Babcock y con otra se rota hasta tomar el apéndice.

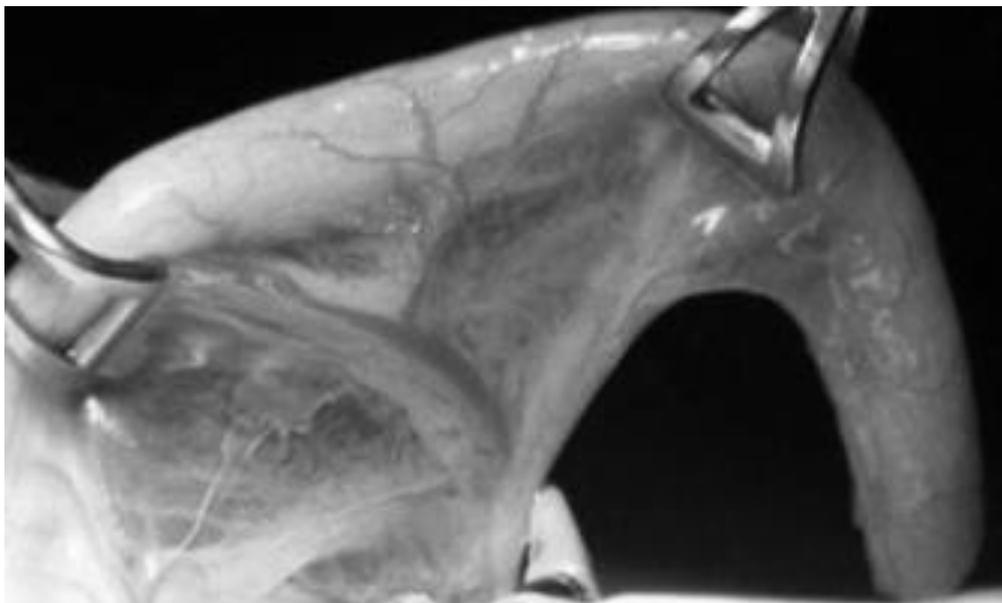


Exposición ciego en herida quirúrgica <sup>(5)</sup>

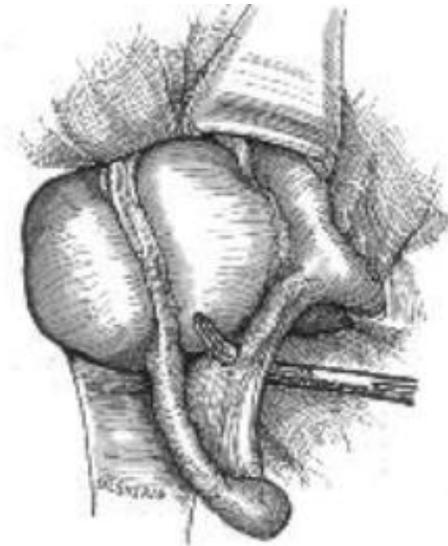


Toma del ciego digitalmente <sup>(4)</sup>

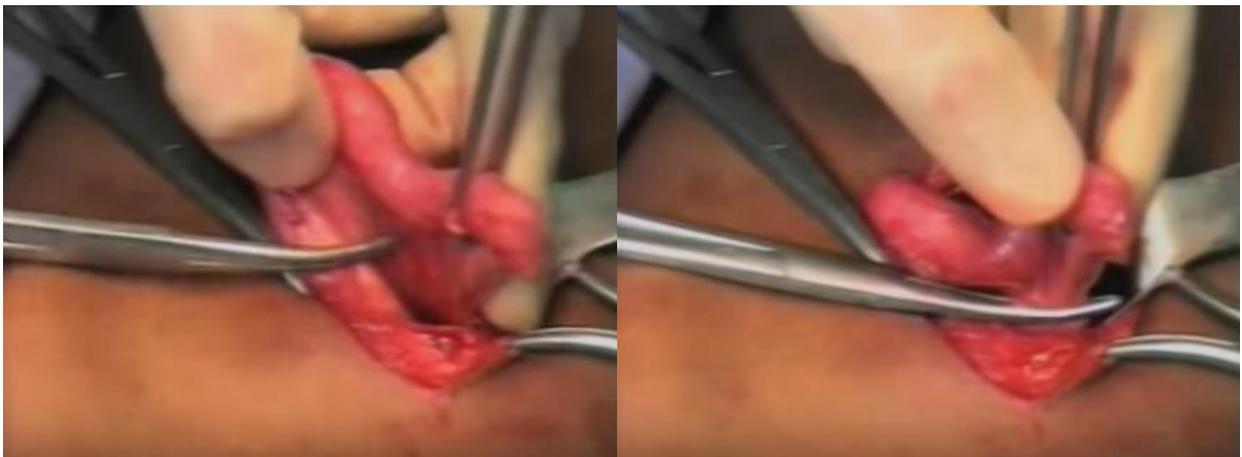
Se tracciona el apéndice con la Babcock, se hacen tomas y corte del mesoapéndice: Con una pinza Kelly se realiza diéresis roma, se pinza con Kelly, corta con tijera o electro bisturí y liga con con seda 2/0 sin aguja(ligadura libre). Se encuentra la arteria apendicular hacia la base y se liga para ello se pinza con Kelly, corta con tijera o electro bisturí y liga con con seda 2/0 sin aguja (ligadura libre)



Toma del apéndice con pinza babcock <sup>(6)</sup>



Liberación del meso apéndice. <sup>(5)</sup>



Pinzamiento del meso apéndice. <sup>(4)</sup>



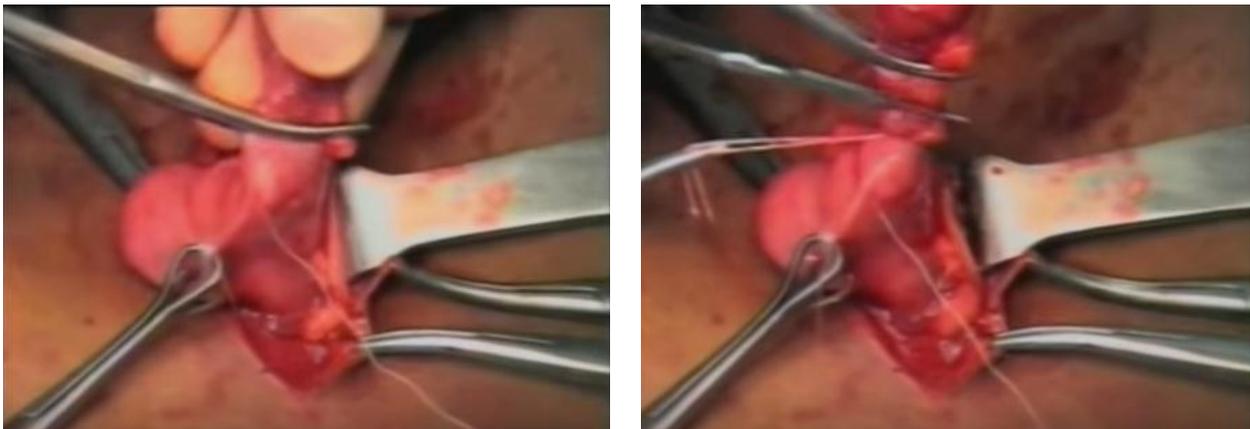
Sección y ligadura del meso apéndice. <sup>(4)</sup>

Una vez liberado el apéndice de su meso hasta la base, se pinza con 2 Kellys curvas en la misma, se corta entre las dos pinzas con bisturí el cual se impregna previamente con solución de yodopovidona y se liga el muñón con trasfixión o ligadura suelta de seda 2/0.

**Importante:** el bisturí y las pinzas con las que se pinza el apéndice en la base se deben aislar para no contaminar. Para ello se dejan en la esquina de la mesa más alejada a todos los dispositivos.

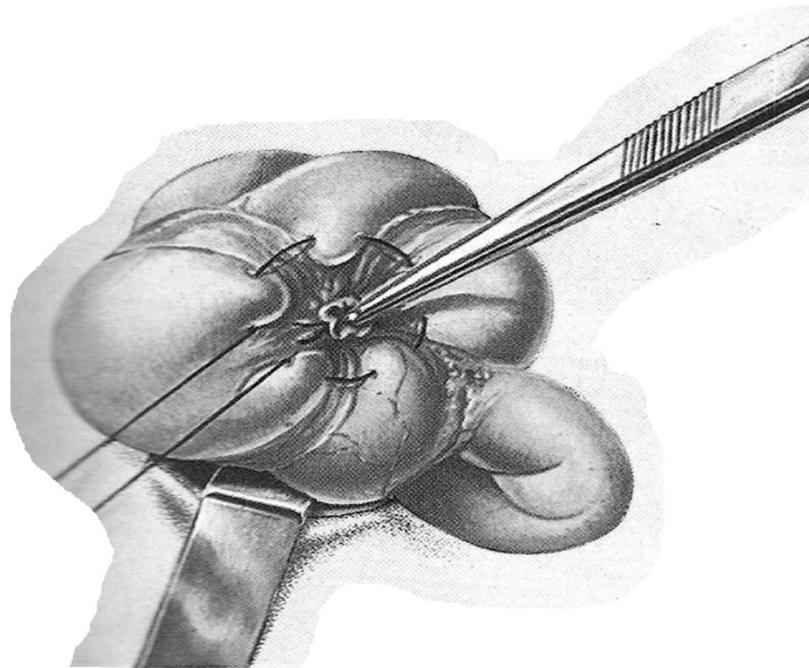


Pinzamiento en la base del apéndice y corte con bisturí. <sup>(5)</sup>

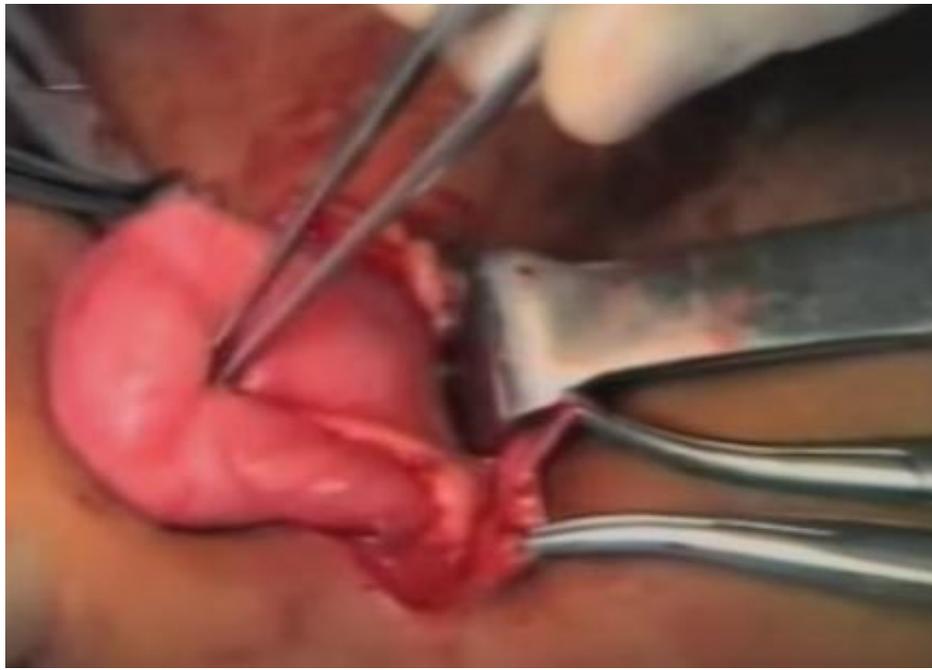


Corte del apéndice. <sup>(4)</sup>

En caso de estar necrosada la base del apéndice se realiza una sutura en jareta que invagina el muñón en el ciego. (Sutura en bolsa de tabaco) con seda 3/0 H o Poliglactina 910 3/0 con aguja 1/2 círculo de 26mm, montada en porta agujas mediano o largo y la finalmente oculta el muñón.



Sutura en Jareta. <sup>(7)</sup>



Muñón de la base oculto <sup>(4)</sup>

Se realiza separación nuevamente con separadores de Farabeuf y se ingresa una gasa húmeda a la cavidad para eliminar el exudado o la sangre residual y se manipula con pinza Russ

Se realiza conteo de gasas antes de comenzar a realizar el cierre del peritoneo. Se toman los bordes del peritoneo junto con la fascia transversalis con dos Kellys curvas y se sutura con Poliglactina 910 # 0, aguja redonda, ½ círculo, 26mm.



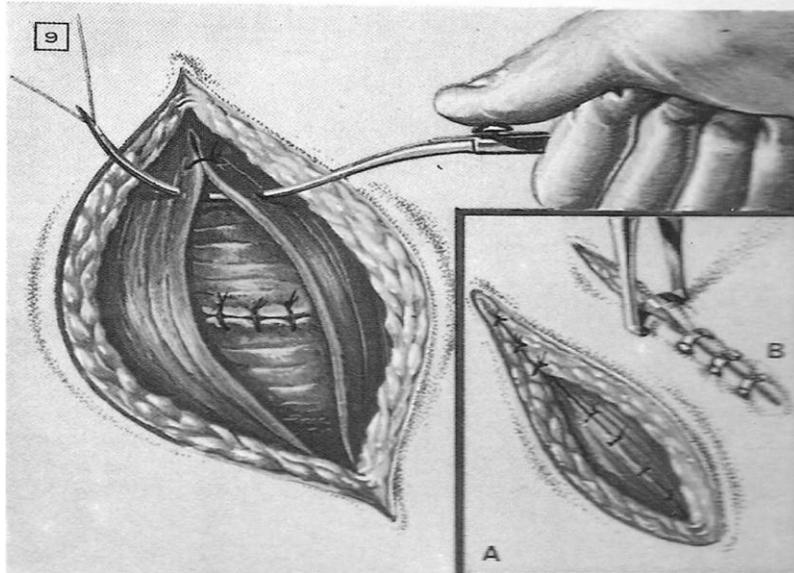
Cierre del peritoneo junto con la fascia transversalis. <sup>(5)</sup>



Fascia del músculo oblicuo mayor suturada. <sup>(4)</sup>

Se procede igual con la fascia del músculo oblicuo mayor, se toma con dos Kellys curvas y se sutura con Poliglactina 910 calibre 0, aguja redonda, ½ círculo, 26mm montado en porta agujas mediano, ayudado con una pinza de disección con garra y se corta la sutura con tijera de mayo recta.

Se sutura la piel con nylon 3/0 ó 4/0 aguja 24mm cortante montada en porta agujas pequeño y ayudado con una pinza adson con garra.



Cierre completo de la fascia del músculo oblicuo menor y comienzo de cierre de la fascia del músculo oblicuo mayor.  
(7)



Cierre del plano subcutáneo<sup>(4)</sup>



Cierre completo de la herida quirúrgica con sutura.<sup>(4)</sup>

**Nota:** Cuando el apéndice se encuentra perforado no se sutura el plano de la piel.

Se procede limpiar la herida del paciente, desde la herida hacia la periferia sin devolverse, se seca del mismo modo, con una gasa estéril, sin fluidos, impregnada de solución salina.

Se procede a realizar la curación afrontando los bordes de la herida y luego se fija un apósito, para ello se utiliza Micropore o Fixomul®, apósito de gasa y éste se fija con más Micropore o Fixomul®.

Se retiran pinza backhaus (si fueron usadas), toda la ropa sucia y se procede a retirar todo el antiséptico impregnado en el paciente con una gasa estéril, sin fluidos, impregnada de solución salina

## BIBLIOGRAFIA

1. Frank H. Netter. Atlas de anatomía humana. Edición 4. Elsevier Masson.
2. Carmen Yejas .Fundación Universitaria San Martín. [En línea]. Slideshare [Consultado el 11 de agosto de 2015] Disponible en: <http://es.slideshare.net/carmenyejas/apendicitis-37769168>
3. José Antonio Chávez Viteri. Apendicetomía convencional [En línea]. [Consultado el 11 de agosto de 2015]. Disponible en: [https://www.youtube.com/watch?v=juzZh\\_IPIJY](https://www.youtube.com/watch?v=juzZh_IPIJY)
4. Dr. Prodigious. Appendectomy [En línea]. [Consultado el 11 de agosto de 2015] Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=FUQyPlcYaJI>
5. Gustavo Horacio Astagneto. Patología Quirúrgica del Apéndice Cecal. [En línea]. Buenos Aires. [Consultado el 11 de agosto de 2015] Disponible en: <http://www.sacd.org.ar/tcuatro.pdf>
6. Gastroenterología Cancún. [En línea]. Información no disponible. [Consultado el 11 de agosto de 2015] Disponible en: <http://www.gastroenterologiacancun.com/procedimientos/apendicectomia/>
7. Revista Colombiana de Instrumentación Quirúrgica . [En línea]. Miércoles, 19 de enero de 2011. [Consultado el 11 de agosto de 2015] Disponible en: [http://revistaavances.blogspot.com/2011\\_01\\_01\\_archive.html](http://revistaavances.blogspot.com/2011_01_01_archive.html)