

CONSIDERACIONES SOBRE APENDICITIS AGUDA

Por el Dr. F. Rodríguez Ruiz-Conde Ex-medico

interno del Hospital do Clínicas de Córdoba. Adscripto al **servicio**

Aunque aparentemente poco se tenga que hablar sobre apendicitis aguda basarla sobre lo mucho que se ha escrito al respecto, no obstante ello la práctica diaria sobre el enfermo demuestra que hay cuadros clínicos sobre los cuales no se insiste mucho en lo ya publicado.

El trabajo presente es realizado tomando como base 72 enfermos afectos de apendicitis aguda, en 14 de los cuales existía concomitantemente como complicación una peritonitis, todos los cuales han sido examinados, operados y seguidos en el post-operatorio por el subscripto durante su actuación como médico interno del Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba en los años de 1928 a **1980**.

Estos casos nos han dejado como enseñanza hechos de importancia clínica y terapéutica innegables y que expondremos al final en forma de conclusiones, después de hacer una breve descripción del cuadro clínico y del tratamiento.

CUADRO CLÍNICO.—Hemos observado cuadros de los más atípicos, en los cuales la mayoría de los síntomas clásicos estaban ausentes y sin embargo la operación demostró tratarse de apendicitis graves. De todos los signos reco-

cidos como pertenecientes a esta enfermedad, hay uno de ellos, el único que no ha faltado nunca: el dolor en los puntos apendiculares de la fosa ilíaca derecha. Pasaremos ligeramente en revista las consideraciones que hemos Picado de cada uno de ellos:

I" Defensa parietal.—La defensa parietal en la fosa ilíaca derecha cuando existe, es un signo de primer orden para pensar en apendicitis, aun en ausencia de los demás signos. Cuando ella es muy acentuada puede hacernos prever un apéndice grave (gangrenoso, perforante, etc.); cuando ella no es bien localizada, sino que tiende a ganar terreno, ya sea en el hipogastrio o en el hipocondrio derecho, y aunque pulso, temperatura y estado general sean satisfactorios, debemos tener por la peritonitis generalizada que comienza y operar inmediatamente, cualquiera que sea la fecha en relación con el comienzo del ataque. Hemos visto fallecer a un enfermo con buen estado general, pulso de 85 y 37 °4 de temperatura, cuadro éste a la entrada al hospital (quinto día del ataque) y que tenía como único síntoma inquietante defensa parietal acentuada en la fosa ilíaca derecha e

hipocondrio de ese lado. Un cirujano que lo asiste, pensando que las 48 horas habían pasado, resuelve contemporizar y hace tratamiento médico (hielo, reposo, dieta) y a los tres días de estar internado hace una reagravación rapidísima del estado [ocal y general, y a pesar de ser operado de inmediato, falleció cinco horas más tarde, constatándose en el acto operatorio una peritonitis generalizada por perforación en un apéndice gangrenado (observación E. F., operado el 31 de octubre. 19... 28) Creemos que esta discordancia que existe entre el cuadro local y los signos generales corresponden a lo que Dieulafoy relata refiriéndose a las falsas mejorías en las apendicitis agudas y que bautiza con el nombre de "calma traidora apendicular»

2¹ *Temperatura.* — La hemos constatado en casi todos los casos. Es uno de los síntomas más fieles. Solo en 9 casos se ha notado ausente y en 8 de ellos se trataba de apendicitis muy benignas, **habiendo** en el caso restante un exudado hemorrágico en la cavidad apendicular y un aspecto borra de vino de la mucosa de este órgano, que indicaba lesiones más serias. Nos ha parecido igualmente que en el adulto se podía hacer consideraciones análogas a las que Ombrédanne hace para el niño: todas las veces que la temperatura pasa de 38° se trata de un apéndice grave, ya sea gangrenoso o purulento.

3° *Vómitos.*—También están ausentes en algunas observaciones:

aunque en la inmensa mayoría de nuestras observaciones, salvo ocho o nueve casos, se han presentado. De la frecuencia, intensidad, **etc.**, de este síntoma no creemos se puedan sacar datos de interés clínico.

4° *Pulso.*—Su frecuencia o número de pulsaciones por minuto es el guía que tenemos en cuanto al porvenir del enfermo: efectivamente, en un sujeto con vientre peritoneal, con gran dolor, defensa, etc., pero en el cual el pulso oscile entre 90 a 100 por minuto y sea bien ritmado y a buena tensión, puede esperarse, salvo complicaciones, un buen resultado terapéutico. La taquicardia, y lo mismo la disociación del pulso con la temperatura, conservan, pues, a nuestro modo de ver, todo el valor que desde clásico se le **asigna.**

6° *Dolor.*—Repetimos que el dolor es el signo más fiel de la apendicitis. Siempre lo hemos constatado y hasta nos atrevemos a asegurar que de su mayor o menor intensidad se pueden deducir datos para la gravedad del proceso: dolor muy intenso, aunque sin defensa parietal, y acompañado, por ejemplo, de 38°3 de temperatura; con estos dos síntomas y después de habernos asegurado del diagnóstico descartando los otros procesos que pudieran confundirse con apendicitis (anexitis, colitis, etc.), podemos casi asegurar que se trata de apendicitis y aun prever una forma grave. No nos hemos casi equivocado al pen-

sar con este criterio al tener presentes estos dos síntomas y la verdad nos ha sido dada al operar momentos después a nuestros enfermos.

TRATAMIENTO.—Seguimos, en lo referente al tratamiento de la apendicitis aguda, las ideas que aceptan la mayoría de los cirujanos. Dentro de las primeras 48 horas (aunque este plazo no es tan estricto, pues puede operarse unas horas más tarde) **toda** apendicitis debe operarse. A partir del tercer día nuestra conducta seguirá por el estado local y general del enfermo. Si el proceso localmente está limitado a la fosa ilíaca derecha, si el pulso y la temperatura son buenos, hacemos tratamiento médico (hielo, reposo, dieta absoluta) y esperamos después en frío al cabo de uno, dos o tres meses, según haya existido un plastrón más o menos graveo lento en reabsorberse: Claro está que si al cabo de seis o siete días este plastrón, en vez de retroceder, aumenta de tamaño, y si concomitadamente hay temperatura alta, taquicardia, leucocitosis, etc., pensamos en el absceso y lo drenamos inmediatamente, dejando la apendicetomía para dos o tres meses después de curada esta complicación.

Si, por el contrario, en el tercero, cuarto o quinto día la defensa gana terreno y aunque los demás signos sean normales o poco inquietantes, consideramos y repetimos una vez más, a este signo como anunciador de una peritonitis inminente, y ante su sola presencia operamos de inmediato, y las veces que lo hemos hecho no nos hemos arrepentido de ello, pues hemos salvado a enfermos que de otro modo hubieran sido **perdidos** u operados más tarde con menores probabilidades de éxito quirúrgico. El pulso alto y la temperatura elevada por sí solas y con un estado local bueno pasadas las 48 horas, pensamos que no nos autorizan por sí solos a ser intervencionistas y sólo hacemos ver la necesidad de observar de cerca al enfermo y apreciar sobre todo la marcha de la defensa y dolor abdominales, y sólo ante la menor tendencia de generalización de ellos, entonces sí intervenir de inmediato.

Nunca insistiremos bastante sobre el valor del síntoma de defensa como índice para la operabilidad del enfermo. Pudimos así salvar a un enfermo al cual opera-

mos a las 72 horas por haber defensa parietal en todo el hemíabdomen derecho, aunque tenía 90 pulsaciones y $37^{\circ} 8$ de temperatura y buen estado general (falta de vómitos, lengua húmeda, etc.) En la operación constatamos un apéndice gangrenado y perforado cerca de su base, por donde salía un cropolito; existía igualmente una placa sospechosa de esfacelo en el ciego. El enfermo curó, no teniendo como complicación postoperatoria más que una fístula estercorácea que curó^l espontáneamente (enfermo D. D., operado el 2 de enero de 10.30)

En lo referente a la técnica en sí de la operación; Como anestesia, en sujetos jóvenes y con un buen estado general, hemos utilizado raquinovocaína, 0.12, sin ningún accidente; en las peritonitis, obesos, cardíacos etcétera), hacemos general con éter.

En casi todos los casos hemos utilizado la incisión de Jalaquier, aunque reconocemos que cuando el diagnóstico de apendicitis es muy seguro, mejor es la incisión de Mac Burney, por ser más anatómica y topográfica para llegar al órgano afecto, a la par que es muy simple y expone menos a la eventración que la anterior; no hay inconveniente, por lo demás, en caso de ser la incisión chica, (fe agrandarla seccionando arriba y abajo los músculos anchos del abdomen.

La apendicectomía la seguimos de jarete siempre que fuere posible; en los casos difíciles (ciego

poco exteriorizare) o en caso de lesionen serias tiflitis de tipo gangrenoso o peri apendicitis de este tipo) no hacemos jireta y no hemos observado así ningún accidente. Cerramos en seguida, sin drenaje plano por plano, y siempre que el apéndice haya sido extirpado satisfactoriamente y no exista peritonitis o el líquido peritoneal sea muy escaso que se extraiga completamente.

En caso contrario (gran cantidad de puslesiones de periapendicitis gangrenosa), dejamos drenaje constituido por tres o cuatro gasas «in situ» y un tubo en el Douglas, y practicamos este drenaje sistemáticamente, con gran satisfacción, ya que todos los enfermos han curado muy bien, salvo, claro está enfermos casi moribundos, en los cuales ningún tratamiento, desgraciadamente, puede salvarlos; y más nos afianzamos en el drenaje en presencia de peritonitis o lesiones de periapendicitis de tipo gangrenoso, desde que perdimos un enfermo al cuarto día de operado, por una peritonitis apendicular, y en el cual cerramos sin drenaje, enseñándonos la necropsia la existencia de gran cantidad de pus en el Douglas y signos de peritonitis generalizada de fecha reciente (ansas rojas, placas de fibrina reciente, etc.), quedándonos la impresión de que un drenaje a gasa, habiendo protegido el foco, probablemente hubiera sido mejor **para** el enfermo.

En los casos en que dejamos drenaje el cierre de pared lo ba-

ceamos en la siguiente forma que hemos visto hacer a nuestro maestro Metraux, sacando grandes ventajas, pues el post-operatorio se abrevia, y se evitan los enormes flemones de pared, tan largos de curar y tan dolorosos en sus curaciones, y que a veces cuando son a gérmenes anaerobios pueden hasta amenazar la vida del enfermo: cerramos el peritoneo cuidadosamente con «surget» hasta la salida del dren; en seguida dos o tres puntos separados de crines dobles que toman pie], tejido celular y aponeurosis sin incluir músculos. A pesar de tan pocos puntos no hay desunión de la sutura y la solidez de la cicatriz es perfecta. Cuando a pesar de este cierre la pared supura, esta supuración queda limitada a la zona de emergencia del dren, sin generalizarse el resto de la herida.

Sistemáticamente, y cuando hay lesiones de apendicitis gangrenosa, inyectamos 60 c. c. de suero anti-gangrenoso polivalente, que repetimos dos o tres días seguidos si las lesiones constatadas en el acto quirúrgico son graves; nunca hemos visto abscesos gangrenosos de pared con esta técnica.

Un factor de agravación en la evolución de la apendicitis aguda es el purgante o el enema repetido y que casi siempre son administrados uno u otro a iniciativa de la familia y antes de ser llamado el médico. De nuestras 14 peritonitis apendiculares, 8 habían antes ingerido purgantes y en uno de ellos hasta había sido adminis-

trado un enema drástico en vista de que el enfermo no movía el vientre.

Como o INCLUSIONES podemos decir:

1° No hay que guiarse mucho de los síntomas clásicos para diagnosticar la apendicitis aguda.

2° Todos ellos pueden faltar, salvo el dolor.

3° Cuando existen, tienen mucha importancia el dolor, la temperatura y la defensa.

4° Esta última, por sí sola, puede justificar una intervención de urgencia cuando tiende a generalizarse, por ser el primer síntoma de la peritonitis.

5° En caso de peritonitis hay que dejar drenaje y cerrar la pared sin dejar espacios ciegos, siguiendo la técnica arriba descrita.

6° Practicar suero antigangrenoso en caso de lesiones de tal tipo.

7° Impedir, educando lo más que sea posible al público, la administración de purgantes, laxantes o enemas en enfermos afectados de dolores al vientre, limitándose los remedios caseros a compresas frías o calientes, siempre anodinas, y llamar inmediatamente al médico.

(De La Semana Médica de Buenos Aires)

La dispepsia más vanal puede volverse una gastropatía grave por el espasmo pilórico o la atonía gástrica que puede provocar. Félix Ramond.