
La apenaicitis retro-cecal

Por el Dr. Jaime Carlos BLOCH
Cirujano de los Hospitales de Paría

El estudio de la apenaicitis retro-cecal no ha tomado, más que a partir de unos años acá, el lugar que merece, y que justifican su frecuencia y su dificultad diagnóstica, así como las particularidades de su evolución. Durante largo tiempo estas formas retro-cecales, fueron tan sólo conocidas por sus complicaciones: como la psoítis, las supuraciones de la región lumbar, los abscesos sub-hepáticos y sub-frénicos. No

siendo, frecuentemente, conocido el origen apendicular de dichas lesiones.

Por este motivo se leen en las clínicas de Grisolle, de Trousseau, de Dupuytren, y con anterioridad a ellos en las de Menière (1828), descripciones de flemones ilíacos, dependientes sin duda de procesos apendiculares retro-cecales, todavía sin clasificar en los cuadros nosológicos de aquella época. Cuando, posteriormente las for-

ministrando una nueva inyección o aumentando la dosis mientras la anterior esté en acción o la reacción haya sido demasiado fuerte respectivamente; eso de dar sistemáticamente una serie de tres o cuatro inyecciones a lo mejor diariamente demuestra que no se sabe administrar una vacuna o que se considera a esta tan inactiva como inocua. En síntesis no es posible decir con anticipación cómo y cuándo se ha de administrar la inyección siguiente.

Respecto al método Besredka, con la vacuna Gondelberg, parece ser que en manos de nuestros principales profesionales ha dado los resultados más satisfactorios; en las mías he de confesar que nunca llegaron a ser siquiera discretos, la sigo usando únicamen-

te en el tratamiento de la piorrea y aún ahí sin gran entusiasmo.

Citaré para terminar los bacteriófagos de los que se habla muy favorablemente, pero sobre cuyo valor no puedo opinar por la poca experiencia que tengo sobre ellos.

En conclusión; en presencia de una fluxión, es la extracción por regla general, lo que da mejor resultado, pero no es posible pronunciarse contra ciertos casos de abstención que pueden estar perfectamente justificados. Se deberá evitar la inyección de líquidos anestésicos en el foco inflamatorio, buscando la analgesia general o la anestesia regional y respecto a las vacunas usar cualquiera que sea capaz de producir una reacción local satisfactoria.

De La Semana Médica.

mas **clínicas** de la apendicitis fueron individualizadas, la atención de los cirujanos se hizo manifiesta por la serie de complicaciones sobrevenidas en el curso de síndromes **apendiculares** bastardos. En muchos de dichos casos trataba de **apendicitis** retro-cecales en las que la ausencia de los **signos** clásicos inspiraba una seguridad engañosa. Por esta razón Gangolpe, pudo en 1894, señalar por primera vez (*Lyon Medical*), el papel de la apendicitis en la génesis de determinadas psitís. Kien, de Filadelfia, refiere en dicha época, la comprobación por necropsia, de un absceso lumbar en conexiones inmediatas con una apendicitis perforada adherida a la cara posterior del colon. Aún cuando Loelwood en su tratado de apendicitis, y Shwartz citan ya observaciones claras de abscesos lumbar de origen apendicular, es preciso esperar la tesis de Nicod, en 1904, para encontrar el primer trabajo de conjunto sobre dicha afección.

Pero fue sobretudo la Escuela **Lyonesa** la que contribuyó a hacer de la apendicitis **retro-cecal** una entidad clínica particular. Berard y Vignard insistieron sobre la fisonomía particular de las

supuraciones retro-cecal es ínter-peritoneales de origen apendicular. (*Province Medical*, 1907). Sus discípulos Cavaillon y Chabannon precisaron a continuación las supuraciones retro-perifonéales del mismo origen.

En estudios ulteriores (en Francia: Bergasme, Mériei, Chauveau, **Lanz**, Desportes, **Lecéne** y Coudert); en el extranjero: De Quervain, Bergmnn, Hay y Hertz), la apendicitis retro-cecal va adquiriendo individualidad y constituye desde entonces un capítulo que no puede ya ser ignorado, so pena de. Acarrear graves consecuencias.

A este respecto, ninguna observación tan elocuente cerno el caso de Gambetta (1882). Los síntomas eran tan vagos y paradójicos que, a pesar de la firme opinión de Lannelongue, de una colección supurada retro-cecal, no logró convencer a los eminentes médicos que le asistían (**Charcot**, Verneuil y Síredey), por lo que obtuvo la decisión operatoria que deseaba.

Pocos documentos son tan demostrativos como la carta dirigida por Cornil a Lannelongue, el 4 de enero de 1883, después de la autopsia de **Gambetta**, y las **no-**

tas que unos años más tarde — (1905) escribió Lannelongue, en sus clínicas quirúrgicas sobre este asunto.

ETIOLOGÍA

Causas de la posición retro-cecal de la apendicitis...

La apendicitis retro-cecal está lejos de constituir una rareza. No hay cirujano al que no le haya sido dable comprobar, con sorpresa, la frecuencia de apéndices posteriores, situados profundamente, hundidos tras el ciego, durante el curso de una atencí- cectomia, sin que hubiera podido ser sospechada por dato; clínico" de ningún género semejante dis: posición anatómica.

Esta es una cuestión previa sobre la cual nos creemos obligados-a insistir. La situación del apéndice en posición retro-cecal no es tan sólo un hecho debido a una disposición congénita; sino que, por el contrario, existe una manifiesta desproporción entre la comprobación en el cadáver y la operatoria. En efecto, la frecuencia de la situación retro-cecal del apéndice, en las investigaciones anatómicas, alcanza escasamente un 13 a un 16% de casos. Si se estudian las estadísticas quirúrgicas, se comprueba, inversamente, que dicha disposición se

Observa en el 25 y aún el 40% de casos; proporción, por otra parte variable según los distintos autores (Liertz, de Berlín: 21%; Fergusson: 37%; Kelly y Hirtz: 39%)

La frecuencia alcanza todavía cifras más elevadas en la infancia. Así Laforgue, halló en 200 apendicitis, 15 casos del tipo retro-cecal entre 162 adultos, al paso que en 38 apendicitis en la infancia tuvo 11 casos del tipo retro-cecal; esto es, un 9%. en el adulto, y un 29% en el niño. En opinión de Vallee es todavía mayor la proporción en la infancia, pues; la hace subir hasta un 40% de los casos.

La conclusión que puedo sacarse de estas cifras es que además de la predisposición congénita, el estado inflamatorio del apéndice llega a modificar su situación y a aumentar considerablemente la frecuencia de la apendicitis de tipo posterior.

Dos mecanismos parecen colaborar a producir esta disposición: El meteorismo cólico y la turgencia de! apéndice inflamado.

El *meteorismo*, constante en toda lesión inflamatoria del intestino, acarrea una gran distensión del ciego-colon, de la columna antero-externa en particular, que se tuerce por delante del apéndice

ce. A partir de entonces, sí el extremo distal del apéndice está fijo, su punto de implantación se desplaza de arriba a abajo, no tardando en alcanzar un **nivel** inferior a la punta. Las relaciones del ciego con el apéndice se encuentran por este motivo completamente invertidas. La dirección del *vermium*, se hace ascendente; queda recubierto por el ciego distendido y no tarda en adherirse al mismo. Esta influencia del meteorismo en la fijación retrocecal del órgano que nos ocupa, la cual ha sido puesta de relieve por Marión y Lanz, en el Congreso Francés de Cirugía de 1911, no es la causa única.

Parece igualmente que la turgencia del apéndice ejerce una influencia real que ha podido ser demostrada experimentalmente. Y en efecto, se ha logrado, en apéndices situados normalmente, producir dicha desviación, ya mediante la inyección de mercurio en los vasos linfáticos (Hanse-mann), ya por la distensión del apéndice con la inyección de líquidos en la luz del mismo (Hay y Roil, Ann. JI. ofSürs. 1928).

Los experimentos de estos autores ofrecen bajo el punto de vista patológico un interés sumo por haber sido realizado *in vivo*. Es que durante el curso de unas 25 laparotomías, ejecutadas sin lesión apendicular de ninguna clase, dichos autores procedieron a inyectar en la sub-mucosa del órgano, y a elevada presión, suero salino. De esta suerte pudieron observar que la turgencia provocada del apéndice, ocasionaba una erección «accidental» del órgano que traía por consecuencia su ascensión por detrás del ciego.

En lo tocante a la apendicitis retro cecal del niño, es forzoso admitir que, a parte las causas patológicas precipitadas, interviene una disposición anatómica, casi constante, que origina dicha frecuencia. Hansemann llega a esta conclusión, después de haber estudiado anatómicamente 540 cadáveres de niños. Sus deducciones son, por otra parte, muy semejantes a las de Hildebrandt el cual encontró la disposición de que hacemos mención, en un 60% de casos de apendicitis infantil, hecho en oposición a lo creído co-

rientemente que atribuye las posiciones pelviana e interna como tributarias de la infancia. Hay sobrados motivos para suponer que la falta de involución completa del cuadro cólico juega un importante papel en la fijación posterior del apéndice, que es sin duda alguna mucho más retro-cólica que retro-cecal.

Anatomía Patológica

Las lesiones del apéndice en situación retro-cecal, no difieren en nada en sus comienzos, de las observadas en el apéndice situada normalmente; pero, en lo tocante a la situación del órgano, tan singular, el proceso inflamatorio sufre una rápida inflamación, por un lado a causa de las lesiones del meso, y por otro por las relaciones que adquiere el propio apéndice con el colon ascendente y la pared posterior de la fosa ilíaca.

La parte media del apéndice está casi siempre lija

El meso se encuentra, en efecto, atraído de abajo arriba: detrás de) ileon y detrás del ciego. Se retrae y sufre un movimiento de torsión sobre sí mismo. Igualmente, aún en el caso de que la extremidad **distal** del órgano, con la punta, quedan libres, la parte media suele adherirse. Las membranas de Jackson, engrosadas en los procesos agudos contribuyen, a su vez, a la inmovilización del primer tercio del órgano, que aparece a menudo arrollado y recubierto de un espeso velo. Se

comprende claramente que, cuando el segmento distal ha podido ser exteriorizado, el trozo proximal por el contrario quede fijo a la cara posterior de la terminación del íleon, por lo que no puede recobrar su libertad más que así que los velos membranosos son seccionados y el apéndice desenrollado suavemente.

Esta disposición que acoda el apéndice, ya mal nutrido, por un meso retráctil y engrosado, contribuye poderosamente a isquemiar el órgano, que aparece a veces estrangulado en su parte media. De! mismo modo, no podemos extrañarnos de la *rapidez con que se presenta la gangrena del apéndice*, frecuentemente localizado en la mitad distal del órgano o generalizada a todo el apéndice retrocecal.

Esta noción, merece ser retenida muy atentamente; pues nos sirve para proceder a una intervención operatoria de urgencia en toda crisis donde la posición retro-cecal del apéndice haya sido sospechada.

Adherencias al colon o a la fosa ilíaca

Las relaciones del apéndice con el colon y con la fosa ilíaca derecha son, por otra parte, muy diferentes en razón a la situación anormal del órgano. En efecto, el apéndice encerrado en un espacio reducido comprendido entre el ciego y el colon ascendente por delante, la pared posterior de la fosa ilíaca por detrás. Y los dos ligamentos **parieto** y **mesentérico-cecales** por los lados: fosita deno

minada retro-cecal y ya tabicada en estado normal por tres de sus caras. No es pues de admirar que el apéndice fuertemente comprimido por un ciego dilatado en una fosita que se hace virtual, contraiga apretadas adherencias, sea con el ciego por su parte anterior, sea con la fosa ilíaca por detrás.

En el primero de los casos el apéndice se adhiere a la cara posterior del intestino grueso, se confunde con la misma prolongándose a veces por un tractus fibroso que le une a la cara posterior del colon, o al peritoneo parietal. Esta disposición es muy digna de ser tomada en cuenta por

todo cirujano que practica la apendicetomía retro-cecal. En ciertas ocasiones, es difícil, en el curso de esta intervención, darse cuenta de la zona donde termina la punta del apéndice, no debiéndose, caso de ser ignorada esta anomalía, continuar disecando el apéndice siguiendo esta brida fibrosa, so pena de exponerse a producir lesiones en las paredes del colon. Disposición que es fácil de poner de manifiesto por un cirujano que esté debidamente penetrado del asunto.

En el segundo caso, el apéndice se adhiere al peritoneo parietal posterior, y si existe cierto adelgazamiento de la *fascia ilíaca*

(una de las fosetas sub-cecales descritas por los anatómicos), el órgano tiene la apariencia de una víscera sub peritoneal. Esta situación que es siempre una posición sub-peritoneal secundaria, o dicho de otro modo, «aparente», fue puesta de manifiesto por Ángel y Cavaillon (*Journal D' Anatomie, 1907*). Estos autores demuestran que en esta situación sub-peritoneal aparente, el apéndice está siempre realmente separado de la *Jascia ilíaca* y del músculo por un plano de capas, verdadera *Jascia* de adherencia, comparable a la fascia de Toldt. De tal modo son erróneas las nociones clásicas de apéndice y de ciego primitivamente sub-peritoneales; se trata, en efecto, de la fusión inflamatoria de desdoblamiento primitivamente revestidas de peritoneo.

Pero dejando esto de lado, el apéndice fijado en esta zona puede transmitir su infección, por vía linfática o por propagación directa; ya hacia la *fascia ilíaca* desgastada y la vaina del paso as, ya hacia el tejido celular perineal, o hacia el peritoneo tabicado de la foseta retro-cecal.

El absceso; su difusión

Existe pues un absceso localizado primero y propagado luego si el tabique es insuficiente. Esta propagación conduce a supuraciones secundarias de localización la más diversa. A decir verdad el absceso es, primitivamente, siempre retro-cecal y ocupa la fosita descrita más arriba. A veces es-

te absceso, bien tabicado y limitado puede evolucionar hacia la resolución. No siendo raro, en efecto, poder observar en el curso de las apendicectomías practicadas en frío, los residuos de semejantes colecciones.

En otros casos el pus se difunde dando lugar a tres posibles evoluciones: o se esparce hacia la parte alta coleccionándose en la fosa sub-hepática, ocasionando estos abscesos denominados impropriadamente sub-fénicos, pues en realidad son abscesos sub-hepáticos posteriores; esta eventualidad es por demás rara. También se corre hacia abajo, deteniéndose en alguna ocasión arco rural después de haber seguido el ligamento aprieto-cálido. En otros casos va el pus más allá todavía, hacia la pelvis, coleccionándose en el Douglas y constituyendo un absceso pélvico secundario. Nada más parece digno de mención referente a estos abscesos, que contienen siempre pus fétido y recordando el olor intestinal.

Estas son las variedades de abscesos observados en la apendicitis posterior. Sería erróneo creer que la colección retro-cecal queda siempre enquistada. A menudo la rapidez de la evolución no permite un tabicamiento suficiente para limitar los fenómenos inflamatorios. La colección enquistada de momento, se difunde y va a invadir la cavidad grande del peritoneo que queda infectada; y por este mecanismo se instala la peritonitis generalizada; siempre silenciosa en sus comienzos.

{Continuará}