

Relación Patogénica Entre la Membrana Ileoceco-Apendicular y los Procesos de la Válvula Ileocecal y la Apendicitis. Breves Consideraciones Quirúrgicas de Esta Membrana y del Apéndice

Por el Dr. Ángel D. VARGAS

DESARROLLO:

- A).—Anatomía de la membrana íleo-ceco-apendicular, que por sus iniciales se la ha llamado MICA.
- B).—Consideraciones patogénicas de esta membrana con los procesos de la fosa ilíaca derecha, especialmente con los de la válvula íleo-cecal y del apéndice.
- C).—Cirugía de la MICA y del apéndice.
- D).—Conclusiones.
- E).—Historias clínicas.
- F).—Bibliografía.
- AJ).—Anatomía de la MICA.

El peritoneo al pasar del íleon al ciego, al apéndice y al mesoapéndice, da origen al repliegue que se designa con el nombre de íleo-apendicular o membrana íleo-ceco-apendicular. Este repliegue o membrana, que arranca hacia arriba del borde libre del íleon y que va a fijarse hacia abajo en el lado interno del ciego y en el borde superior" del apéndice, limita con su borde libre, rectilíneo o semilunar y con el mesoapéndice la entrada de la fosilla cecal inferior.

Entrando nuevamente en el caso que nos ocupó hace unos instantes, consideramos, que el tratamiento antilúético hubiera estado indicado aunque el Kahn hubiera sido negativo, puesto que habiendo descartado, al menos en principio, la tuberculosis, no podríamos elegir más que dos etiologías: la sífilis y la neoplasia, y al paso que la primera cede con una docilidad pasmosa como hemos visto y como lo relatan todos los clásicos, la segunda, significa perder toda esperanza. Es preciso recordar además, nuestro retraso, desgraciadamente aun patente, en ciertos medios de investigación auxiliar, como por ejemplo el estudio microscópico de las células cancerosas en el esputo, que constituye indudablemente un fuerte medio de investigación en el curso de los carcinomas pulmonares. Si tenemos en cuenta por lo tanto, que desde el punto de vista radiológico y clínico, es muy difícil hacer el diagnóstico diferencial entre carcinoma y lúes pulmonar (al menos en algunas de sus formas), llegaremos a la conclusión, que se puede conside-

Esta fosilla cecal inferior o íleo-cecal inferior de Waldeyer, Treves y **Tuffier**, o íleo-apendicular de **Jonnesco**, está situada debajo de la fosilla cecal superior de Waldeyer, Treves y Tuffier, en la parte inferior del Angulo íleo-cecal; tiene la forma de una pirámide triangular, con una base, un vértice y tres paredes. La base o entrada de la fosilla mira hacia abajo y a la izquierda; su vértice hacia afuera, estando situado en 3a parte inferior del ángulo **íleo-cecal**; la pared superior está formada por la cara inferior del íleon, la posterior por el mesoapéndice y la anterior por la membrana íleo-ceco-apendicular (M. I. C. A.).

Esta fosilla es perfectamente visible, **llevando** al íleon hacia arriba y al apéndice vermicular hacia abajo.

La membrana íleo-ceco-apendicular o MICA, al estado normal contiene algunos vasos ya descritos por Waldeyer, Bochdaleck y Tuffier, vasos de pequeño calibre siempre y a los que se les ha negado tener influencia en la formación de este repliegue **peritoneal**. Treves *negó* la existencia de estos vasos, sin embargo, en mis casos personales la encontré muy vascularizada.

Además de los vasos, el espesor de este repliegue peritoneal tiene cierto número de fibras musculares lisas, fibras descritas por Luchska. Basándose en la presencia de estos elementos musculares en el feto y observando además su conexión con la túnica muscular del intestino, es que Toldt cree que la MICA no es sino una porción del peritoneo del íleon que en el curso del desarrollo ha sido arrastrado hacia abajo por el crecimiento del apéndice y reforzado por un manojito de fibras musculares.

rar como un deber ante tales casos dudosos, usar la terapéutica de prueba como único medio de aclarar el diagnóstico y en caso positivo, salvar al paciente.

De la recopilación de este anterior estudio, consideramos particularmente interesante:

1- La posibilidad que entre los cuadros pulmonares no muy claros que vamos en nuestra práctica, haya más lúes pulmonares de las que se admiten.

2- Que la sífilis pulmonar ofrece cuadros absolutamente atípicos que pueden simular la tuberculosis como el carcinoma.

3- Que la lúes pulmonar cede con facilidad al tratamiento específico.

4- Que en los casos en que no se puede sentar claramente el diagnóstico de tuberculosis pulmonar o en los que se piensa en supuestos procesos neoplásicos, debe instituirse, el tratamiento antisifilítico como piedra de toque, incluso cuando las reacciones serológicas sean negativas.

Yo he estudiado las experiencias del doctor Guillermo Bosh Arana, publicadas en la Semana Médica de Buenos Aires, No. 46 de 1936, y he comprobado sus afirmaciones en diez de mis apendicectomizados del Hospital de Occidente en Santa Rosa de Copan, de los cuales describo tres observaciones.

El eminente Cirujano Suramericano dice que ha comprobado en enfermos operados de apendicitis que la membrana entra muchas veces como factor determinante de ataques apendiculares y de estancamientos ileales y cecocólicos con la consiguiente exaltación de la virulencia microbiana. Así, en efecto, ha encontrado MICAS hasta con una inserción de 15 cm. sobre el íleon, congestivas, en banderola, en espiral, que provocaban acodaduras en el íleon; todas ellas fueron extirpadas y los pacientes mejoraron de sus padecimientos. Ha visto MICAS intensamente congestivas, con red capilar dilatada, otras blanquecinas, lechosas, como también la variedad, esto es, con red congestiva en netas arborizaciones y con tejidos fibrosos, en forma de bridas que estrangulaban la válvula y ocasionaban indirectamente el cuadro apendicular.

En su artículo "Sincronización quirúrgica, apendicectomía," habla de que las ectopias de ceco-colon, por su mal-formación, acodaduras, torsiones sobre su eje, etc., pueden presentar una MICA anómala, como ha podido constatar en muchos de sus enfermos; con la particularidad de que tuercen y tironean la desembocadura del íleon en el ciego, haciéndolo girar 180° y estrechando su luz.

La fosilla cecal inferior o íleo-cecal inferior, puede a veces desaparecer por verificarse soldaduras de la membrana al mesoapéndice, debido a procesos fibroadhesivos, y debido a los mismos puede estar dividida en bridas o tabiques. La variedad de estas alteraciones es muy diversa en cuanto a posición y a intensidad de las lesiones, pero es bueno recordar que todas ellas repercuten sobre la evacuación intestinal y la función valvular, trayendo disfunciones de ésta por contractura o dilatación del esfínter.

Recordaremos el trabajo de Rogelio Brouca sobre "Válvula íleo-cecal; su concepto esfinteriano," en que estudia el funcionamiento y papel de la válvula íleo-cecal. En él nos demuestra en experiencias sucesivas practicadas sobre animales de laboratorio, la suficiencia verdadera de la válvula para el aire inyectado a regular tensión, mientras que para los fluidos las válvulas se mostraron suficientes a buena presión, a condición de mantener la oblicuidad íleo-cólica, haciéndose más y más insuficientes al ir rectificando dicha oblicuidad.

Los procesos proliferativos de la MICA la llevarían a la esclerosis casi completa, provocando tironeamientos y mo-

dificaciones de la oblicuidad íleo-cólica con las consiguientes alteraciones en el tránsito intestinal y en el funcionamiento de la válvula de Bauhin.

En base a estas consideraciones, es que se debe ejecutar como un tiempo complementario importante la extirpación de la MICA después de la amputación del apéndice, con el fin de facilitar la evacuación íleal y cólica, siempre perturbada en las disfunciones valvulares.

El Doctor Rodolfo Sammartino ha encontrado, en estudios anátomo-patológicos, al lado de lesiones de apendicitis crónicas lesiones proliferativas de la MICA, así como a las de apendicitis agudas, lesiones inflamatorias agudas.

C). Cirugía de la MICA y **del** apéndice cecal

1- Incisiones. Todo Cirujano sabe que la incisión de McBurney es ideal cuando se trata de apendicitis crónicas, cuando el apéndice tiene su localización normal y siempre que el diagnóstico sea incontrovertible. Pero cuando se trata de casos agudos y supurados, de anormales localizaciones, adiposidad, del paciente, duda en el diagnóstico, etc., esta incisión no sirve, quedando relegada a la Historia, por cuanto da poca luz y en la necesidad de prolongar la incisión se tiene fogosamente que sacrificar los músculos.

Hoy en día se hacen grandes incisiones con la idea de explorar órganos vecinos, tales como la vesícula biliar, estómago, órganos pélvicos, etc., traumatizando así mucho menos los tejidos, actuando con comodidad por tener un mejor campo operatorio, controlándose con la vista todos los movimientos del escalpelo. Las incisiones que se prestan para este objeto son las paramedias, transrectales y pararectales, de las cuales las dos primeras se aplican a las mujeres en su inmensa mayoría, porque con ellas se puede tratar cualquier patología pélvica, y la última a los hombres. Todas estas incisiones dan buena consistencia abdominal, se pueden ampliar hacia arriba o hacia abajo, sin sacrificar músculos ni nervios y vasos de importancia. (

2- Exploración de la MICA y del divertículo de Meckel. Si se exploran órganos vecinos distantes, imperioso y obligatorio es ver estos órganos, membrana e íleon, para descartar cualquier otro proceso añadido a la apendicitis.

3- Técnica de la resección de la MICA y del apéndice. La resección de esta membrana se hace haciendo la hemostasia y sección de la inserción ceco-apendicular y luego la hemostasia y sección progresiva de la inserción **íleal**.

En cuanto a las técnicas de la apendicitis, están:

- a). —Amputación y ligadura del muñón sin inversión,
 - b). —Amputación y ligadura del muñón con inversión.
- Amputación sin ligadura del muñón con inversión

Estas tres técnicas se llevan a cabo con mucha frecuencia. En una estadística aparecida en Archives of Surgery sobre el porcentaje de fistulas aparecidas en los apéndicectomizados por apendicitis agudas, son más numerosas en los casos en que el muñón ha sido ligado e invertido y en los que ha sido **ligado** sin inversión. Ellos explican que en el primer caso se forma una cavidad cerrada, propicia a que se forme una **bolsa** de secreciones con flora microbiana virulenta, dando lugar a la fistula. En el segundo caso la ligadura de catgut se absorbe pronto o se afloja, viniendo a formarse la fistula.

Con la inversión sin ligadura, drenando libremente el muñón en la cavidad cecal, se han observado fistulas, pero en mucho menor número que con los otros métodos. La hemorragia que puede sobrevenir con este método se salva pasando el hilo de lino al hacer la jareta por debajo de la arteria apendicular, con lo que jamás podrá lamentarse nada, salvo que la jareta se soltase.

D). Conclusiones

- 1.—En todo cuadro apendicular pensar en la membrana ileoceco-apendicular.
- 2.—Estudiar y aplicar la incisión que mejor convenga.
- 3.—En toda apendicectomía reseca la MICA conforme a la Técnica descrita anteriormente.
- 4.—En toda operación abdominal, cuando no haya contraindicación, extirpar el apéndice y la MICA profilácticamente.

E). Historias clínicas.

Nº 1.

J. M. S-, de 31 años, casado, originario de Inglaterra, vecino de Santa Rosa de Copan, ingresó el 12 de marzo de 1945 al pensionado del Hospital de Occidente para ser operado por **apendicitis**, agudizada.

Enfermedad actual. Refiere, que hará, poco más o menos año y medio que empezó a tener dolor a la derecha del ombligo y en la boca del estómago, irradiándose a la pierna del mismo lado, aumentando con el ejercicio. En dos ocasiones esta sintomatología se acompañó de náuseas y vómitos. El 11 de marzo de ese año lo examiné, diagnosticándole apendicitis aguda e indicándole intervención quirúrgica.

Antecedentes hereditarios. Sin importancia.

Antecedentes personales. Nada digno de mención.

Estados actual. Cabeza y cara: otitis media crónica seca.

Cuello: normal.

Tórax: aparato respiratorio, normal. Corazón, normal.
 Abdomen: tipo plano. Buena prensa abdominal. Móvil con la respiración. Dolor exquisito en el área apendicular. Signos de Rovsing, Blumberg, Jacob y Meltzer-Lyon: positivos.
 Hígado: normal.
 Bazo: normal.
 Riñones: no se palpan.
 Temperatura: 37.6¹⁵

| | | |
|---------------------|---------------------------|--------|
| | Recuento leucocítico | 10-000 |
| Examen laboratorial | Neutrófilos | 78% |
| | Tiempo de coagulación | 6 m |

Operación. Anestesia etérea. Incisión pararectal. Abierto el vientre, se exterioriza el ciego con el índice y medio derechos, encontrando un apéndice adherido a la cara interna del ciego por la membrana ileo-ceco-apendicular, dejándose ver el mesoapéndice por debajo de ella; el apéndice parece hiperemiado y abultado en su vértice. Estando muy próximos el mesoapéndice y la MICA, se seccionan al mismo tiempo, haciendo varios puntos separados.

La MICA aprisionaba, más que todo, la parte media del apéndice. La extirpación del apéndice la hice siguiendo el procedimiento de las tres pinzas, sin ligar el muñón e infundibilizándolo, haciendo dos jaretas. En la primera debe tenerse el cuidado de pasar el hilo de lino por debajo de la arteria apendicular, porque si se pasa por encima puede venir hemorragia consecutiva. La segunda es muy simple y a la cual se une al muñón mesoapendicular. Cierre del vientre por planos. Sutura de la piel con lino.

P. S. M., de 21 años de edad, soltera, Profesora, de Santa Rosa de Copan, ingresó el 28 de septiembre de 1945 al Pensionado del Hospital de Occidente para ser operada por apendicitis aguda.

Enfermedad actual. Refiere que hace 8 meses viene padeciendo de edemas en las piernas, dolorosos, *os que disminuyen por la tarde y aumentan por la mañana, con ocasiones notaba que el tendón de Aquiles se enrojecía, volviéndose doloroso. Esos edemas le subían hasta por abajo de la rodilla. Había notado simultáneamente con los edemas ligeros calambres en la fosa iliaca derecha, aumentando cuando se doblaba hacia adelante. A veces décimos de temperatura, atribuyéndolos a paludismo. Últimamente se presentaron náuseas, vómitos, dolor marcado en la región apendicular, calambres en las piernas.

Antecedentes hereditarios. Su padre tiene desprendimiento de la retina. Su madre es palúdica.

Antecedentes personales. Nada digno de mención.
 Estado actual. Cabeza y cara, miopía ligera.
 Cuello. Normal
 Tórax. Normal.
 Abdomen. Móvil con la respiración. Dolor exquisito
 en la fosa ilíaca derecha.
 Hígado. Normal
 Bazo. Normal.
 Riñones. No se palpaban.
 Temperatura. 37.9°

| | | |
|---------------------|-------------------------|-----------|
| | Recuento leucocítico .. | 11.200 |
| Examen laboratorial | Neutrófilos | 82% |
| | Glóbulos rojos | 3.500.000 |
| | Tiempo de coagulación | H'35" |

Operación anestesia etérea. Incisión pararectada abierto el vientre se exterioriza el ciego con el índice y medio derechos, encontrándose un apéndice enteramente cubierto por la MICA. Resección del mesoapéndice y de la MICA. Amputación del apéndice por el método de las tres pinzas. Cierre del vientre por planos. Sutura de la piel con lino.

N* 3

L. B., de 20 años, soltera, enfermera, de Santa Rosa de Copan, ingresó el 4 de septiembre de 1946 al Pensionado del Hospital de Occidente para ser operada por apendicitis agudizada.

Enfermedad actual. Desde hace como dos meses viene notando edemas en ambas piernas, dolorosos, aumenando por las tardes; a veces enrojecimiento maleolar izquierdo. Ninguna mejoría con salicilato de sodio y con sulfas. A los veinte días de estos síntomas, aparece dolor en la fosa ilíaca derecha, con vómitos, aumento de los edemas y del dolor con décimos de temperatura.

Antecedentes hereditarios. Sin importancia.
 Antecedentes personales. Sin importancia.
 Estado actual. Cabeza y cara: normal.
 Cuello. Normal.
 Tórax. Normal.
 Abdomen. Móvil con la respiración. Dolor agudo en el
 área apendicular.
 Hígado. Normal.
 Bazo. Percutible.
 Riñones. Normales.
 Temperatura 37. 7⁹