

Tratamiento de los Abscesos Apendiculares

Por el Dr. Ángel D. Vargas

Ex-Médico interno y Ex-Jefe de los servicios de mujeres y niños del Hospital de Occidente y Tercer Médico Interno del Hospital General "San Felipe"

A continuación expongo cinco casos de abscesos apendiculares, después de los cuales haré el comentario respectivo.

Caso N° 1.—R. F., de 42 años, diplomático, de origen salvadoreño y avencinado en Tegucigalpa, fue operado a mediados de octubre de 1948 en San Salvador por absceso apendicular, haciendo una incisión McBurney y drenando. Después de ceder el proceso **agudo** le quedó una fístula supurativa, por lo cual el 27 de Dic. de 1948 le hicieron un raspado transformándose pocos días después en fístula fecaloidea. Este paciente se vino a Tegucigalpa y después de un preoperatorio riguroso lo intervine en la Policlínica con la asistencia del Interino Julio Rivera. Se hizo una incisión pararectal y después de disección laboriosa logré separar el ciego de la pared pélvica, a la cual lo unían fuertes adherencias; hice dos jaretas en la perforación cecal, la cual tenía 1 cm. de diámetro.—El trayecto fistuloso no lo toqué, excepto en su boca exterior en donde hice un ligero raspado.—Como post-operatorio se le colocó un aparato de succión de wangensteen y alimentación parenteral única mente por cuatro días, al cabo de los cuales se indicó dieta blanda. Salió curado a los 13 días.

Caso N° 2.—R. I. B., 9 años, nacida y avencinada en Tegucigalpa, ingresó al Hospital General "San Felipe" el 4 de abril de 1949 a curarse de un dolor en la fosa ilíaca derecha, dolor que le apareció hacía 9 días; al principio fue suave pero que no tardó en acentuarse, acompañado de calambres y adormecimientos en miembro inferior derecho, con fiebre seguida de diaforesis, sed intensa y anorexia. A la exploración presenta ligera defensa muscular, abolición del reflejo abdominal inferior derecho; una tumoración no movilizarle, de consistencia dura y del tamaño de una naranja. Pulso 104; P. A. — Mx 82, Mn 54

Examen laboratorial

	4 abril		8 abril
GR	4.250.000	GR	3.750.000
GB	6.950	GB	5.550
N	80%	N	68%
L	8	L	15

E	2	E	4
GM	10	B	10
		GM	10
	5 abril		22 abril
GB	10.150	GR	4.370.000
E	25	GB	5.400
N	77	N	70
L	10	L	18
GM	10	GM	10
		E	2

Diag. Plastrón apendicular.

Trat. Reposo, bolsa de hielo, 200.000 U. penicilina y tres tabl. sulfameracina al día, desapareciendo la tumuración al cabo de dos semanas.—Fue operado por el Dr. Virgilio Banegas el 1^o de mayo de 1949, encenrándose con ligeras adherencias, haciéndose la apendicectomía con facilidad.

Post-operatorio.—La temperatura se mantuvo entre 37 y 38V-> durante los cuatro primeros días; se ordenó levantarla a los 3 días, a los 8 días se le quitaron los puntos y se le dio de baja el 8 de mayo de 1949.

Caso N°3.—S. R. V., de 8 años, de Goascorán, ingresó al Hospital San Felipe el 5 de Dic. 1949 con un abdomen agudo. Cuenta que hace 5 días le empezó un fuerte dolor en fosa ilíaca derecha con irradiación a todo el abdomen, náuseas, vómitos, anorexia y estreñimiento.

A la exploración se palpa mi abdomen rígido, muy doloroso, principalmente en zona apendicular y región renal derecha, timpanismo y abombamiento de vientre; con temp. de 38.4 v GB 18.300 y 82% neutrófilos.—Se pensó en un absceso apendicular con peritonitis generalizada, disponiendo operaría de urgencia, haciéndose una laparotomía exploradora, y al sólo abrir el peritoneo apareció un pus fétido, en gran cantidad, aspirándolo casi en su totalidad y exploramos un poco para ver el origen de dicha supuración, viendo que alrededor del ciego se encontraban adherencias y falsas membranas, por lo cual depositamos en dicha zona 5 gramos de sulfa y drenamos con tubos-cigarros.

Post-operatorio: Fue tempestuoso, hubo abombamiento del abdomen, dolor, temp. entre 37.4° a 38.6° durante 5 días al cabo de los cuales hizo una deposición y eliminación de gases; se le instituyó dieta de agua y soluciones isotópicas de Clna y glucosa.—Al cuarto día se le ordenó dieta blanda. Al 6^o día hubo una brusca elevación de temp. hasta 39°, y oscilando entre 38^o y 39° durante 4 días; con aumento del dolor abdominal, meteorismo y pronunciada anorexia.—Al 5^o día se le extrajo los drenos, aumentando al parecer la supuración. Al 9^o día, ese cuadro cambió y ya hoy diciembre 29 se siente muy bien.—Esta paciente será operada dentro de 10 semanas para extraerle su apéndice.

Caso N^o 4.—H. B., de 26 años, originario de Gracias, av-
cindado en Tegucigalpa, fue internado en el Centro Médico
Hondureño el 15 de Dic. 1949 por quejarse de un fuerte dolor en
hemiabdomen derecho y región lumbar derecha.—A las 7 y 30 p. m.
fui llamado con urgencia a domicilio, contándome el paciente que
como a las 6 p. m., de ese día le empezó un fuerte dolor en el
epigastrio y fosa ilíaca derecha, con náuseas y vómitos, calentura,
cefalea. Que el- propio día y el anterior se tomó dos cervezas, que
tal vez le hicieron daño. A la exploración encuentro un abdomen
rígido, muy doloroso a la derecha del ombligo y en región renal
derecha según se queja el paciente pareciera un cólico nefrítico;
ante tal cuadro y siendo de noche indico se interne en un centro de
Salud, escogiendo el Centro Médico, en donde se le harían exámenes
de laboratorio, cuales fueron:

GR	4.180.000	N 87	Orina = 0
Hb	75%	L 13	
B	13.700	Kahm = 0	
Hematoz	= 0		

Llamo a consulta al Dr., Larios Contreras, quien *ásate* tan confu-
so cuadro se inclinó por una laparotomía exploradora, pensando
siempre en su absceso apendicular.

Se hace laparotomía, y al sólo caer en la cavidad abdominal
aparece pus franco y en abundancia; se explora y se ve que el pus
procede de las inmediaciones del ciego.—Se aspira el pus, se de-
positan 5 gram. sulfa y drenamos con cigarros (penrose).

Post-operatorio: Succión de wangensteen.—Bolsa de hielo,
alimentación parenteral, penicilina y estreptomocina. La evolución
fue magnífica; la temperatura osciló entre 37.4° a 38.2" durante
los 4 primeros días. No hubo distensión abdominal ni mucho dor-
lor. Al 3er. día sé le quitó el aparato de succión, al 7° los drenos
y al II^o día se le dio la baja, indicándole volviera a operarse
del apéndice a los 2H meses después.

Caso N 5.—J. M., de 23 años, de San Marcos de Colón y
avcindado en Comayagüela, ingresó al Hospital San Felipe el
15 de Dic. de 1949 con un abdomen agudo.

Refiere que hace 9 días le empezó un dolor¹ en todo el ab-
domen, en forma de cólico, con calentura, la cual le empezaba con
escalofríos y la sudaba; estreñimiento, por lo cual lo purgaron por
2 veces. Así pasó durante 7 días y al 8^o le dio un dolor tan intenso
que se desmayó. Al día siguiente a este ataque agudo, ingresó al
Hospital en donde soy llamado a consulta, encontrando a la ex-
ploración un abdomen duro, muy doloroso en fosa ilíaca y zona
renal derecha, con recuento blancos de 13.000 y 809; neutrófilos;
temp. 38.4°, haciendo un diagnóstico de absceso apendicular y peri-
tonitis generalizada, por lo cual en unión de los internos Edgardo
Alonzo y Luis Callejas le hicimos laparotomía, corroborando el
diagnóstico pre-operatorio y tratándolo como los dos casos ante-
riores.

Post-operatorio.—No se le puso wangensteen, se indicó penicilina y sulfas, bolsa de hielo, soluciones isotónicas parenteralmente y dieta de agua. Al 3er. día se le empieza alimentación líquida por boca. Temp. de 37.5" a 38.4" durante ocho días; al 1° día se le quitaron drenos. Sale en buen estado el 29 de Dic. 1949 para volver en 2 1/2 meses a hacerse apendicectomía.

COMENTARIOS

1°—Principiaremos exponiendo la evolución que sigue la apendicitis aguda hacia el absceso.

Las formas anatómicas de las apendicitis son: a) Parietal; b) Supurada, c) Gangrenosa.

La apendicitis parietal, considerada clínicamente como apendicitis simple o congestiva puede seguir dos caminos: hacia la resolución o enfriamiento, entrando en el grupo de apendicitis crónicas, o hacia la supuración y gangrena; el cirujano ante un cuadro de apendicitis aguda no sabe cual será su evolución, por lo cual se desprende una conclusión lógica; y es, de que tal paciente debe ser operado tan pronto como las condiciones del mismo lo permitan, estando por tanto dentro de las urgencias quirúrgicas.

Las formas supurada y gangrenosa constituyen clínicamente las formas peritoníticas, ora localizadas, ora generalizadas. A la altura de estos estados, la terapéutica quirúrgica tiene sus obscuridades, pues sabido es que alrededor de este asunto existen las más diversas opiniones.

Los cinco casos expuestos han sido rigurosamente observados, y como se ve difieren, en cierta forma, en el tratamiento post-operatorio. Analicémoslos.

El Caso N° 1.—es ilustrativo, por cuanto nos enseña una de las complicaciones de los abscesos apendiculares, tratados por abertura y drenaje, complicación que felizmente desapareció en la última operación, cual es la fístula fecal.

El Caso N° 2, nos demuestra que la paciente con su plastrón apendicular no tenía leucocitosis el día de su ingreso y que a pesar de presentar leucocitosis el 2° día, se siguió un tratamiento conservador, de reposo, dieta y antibióticos, resolviéndose el proceso al cabo de dos semanas. Con este caso y con otros similares de la literatura médica mundial podríamos concluir: que todo paciente con plastrón apendicular debe seguirse una terapéutica conservadora, excepto cuando la evolución del proceso tienda a agravarse, en cuyo caso se hará abertura y drenaje, simplemente.

Los Casos Nos. 3 y 5, nos enseñan: el abuso de los purgantes, el post-operatorio de la niña y) el hombre, siendo tempestuoso en ella y calmo en él. Se nota que los niños toleran menos que los adultos los procesos peritoneales.

El Caso N° 4, me parece ilustrativo porque: a) duda en el diagnóstico, b) semejaba cólico nefrítico, c) rapidez en la formación de absceso y peritonitis generalizada, d) El post-operatorio

fue feliz, notándose que no hubo distensión abdominal por gases ya que tenía colocado el aparato le wangensteen, cuyo uso es soberano en los procesos intestinales.—Este caso hace resaltar el post-operatorio de los casos 3º y 5º; magnífico, bueno y regular respectivamente.

En todos estos casos se hizo una incisión pararectal, depositamos unos 5 gram. de polvo sulfadiazina en el foco supurativo; - en ninguno se hizo apendicectomía, la cual se hará a los 2y₂ o 3 meses después, como tampoco la eritrosedimentación, la cual puede orientarnos en la agravación y regresión del proceso infeccioso; «s ésta la reacción biológica más sensible, la que nos indicará el momento preciso para operar.

CONCLUSIONES:

- 1.—Toda apendicitis aguda debe operarse de urgencia.
- 2.—El absceso apendicular recién formado deberá operarse inmediatamente y procurar hacer la apendicectomía.
- 3.—El pastrón apendicular se tratará conservadoramente.
- 4.—En presencia de :una peritonitis difusa se operará urgentemente.
- 5.—En las cuatro últimas conclusiones se usará el aparato de succión de wangensteen.
- 6.—Cuando la causa del abdomen agudo no sea aparente, deberá hacerse luna laparotomía exploradora.