

Hemiabdomen Derecho Doloroso

Numerosas afecciones pueden originar el hemiabdomen derecho doloroso. Según Ángel del Río (El Siglo Médico, 25-11-933), las causas que determinan el mismo son:

Apendicitis. — Origina el flanco derecho doloroso la apendicitis crónica en proporción aproximada de un 33 por 100. El cuadro sintomático o cortejo morbosos que le acompaña no lo he de descubrir. Su diagnóstico precoz y solución quirúrgica inmediata evitarían tristes secuelas.

¿Qué es lo fisiológicamente natural que suceda de la expectación más o menos armada? la ligera inflamación apendicular, de etiología múltiple y **sintomatología** clínica deficiente, daría lugar, en un primer grado, a una reacción intrínseca, y en un estado más avanzado, a una reacción extrínseca; ésta producirá el vastísimo campo de la patología para apendicular: Las dos reacciones inflamatorias, bien colectiva, ya **individualmente**, producirán el estasis cecal, defendido en Inglaterra por Pringle y por Rainbridge y en Francia por Duval y Roux, estasis al que incriminan engendrar la reacción inflamatoria de la mucosa cecal y cecocólica, al igual que el estasis gástrico da lugar a la gastritis crónica.

La estasis cecal producirla atonía y dilatación cecocólica, o dilatación dolorosa del **cecocolon**, término final de la tiflocolitis crónica, a la que acompaña

el triste cortejo de cefalalgia, vértigo, astenia, depresión nerviosa, carácter ansioso e irritabilidad neuropática, anorexia — con la consiguiente pérdida de peso; — estreñimiento alternando raras veces, con deposiciones pastosas — tipo dispepsia fermentativa; — náuseas, aliento fétido y tinte terroso, causado por la toxemia; hiperestésias cutáneas o zonas de Head, dolores profundos en ciego, más o menos irradiados, y gorgoteo intenso en el mismo.

Como la gran mayoría de los múltiples procesos morbosos del flanco derecho doloroso producen estasis cecal, en todos ellos encontraremos esta sintomatología más o menos acentuada.

La reacción inflamatoria extrínseca sería la causa-etiológica de la peritiflitis y pericolitis o ambos procesos unidos — peritiflocolitis, — que en progresión ascendente hacia la **encrucijada** piloro-duodeno-vesiculocolica ocasionaría la periduodenitis o pericolitis derecha; perivisceritis o dextritis de Carnot. En efecto, "los linfáticos del apéndice se distribuyen a los ganglios situados alrededor de la tercera porción del duodeno y la región duodenopancreática. De ahí parten trónculos que, pasando por delante del ángulo duodenal y de la cabeza del páncreas, se echan

en los ganglios periduodenocólicos. La infección sigue esta vía; luego, alrededor de estos linfáticos, de estos ganglios infectados, el peritoneo reacciona con la formación de adherencias, que poco a poco encierran y comprimen el duodeno, unas veces por encima y otras veces por debajo del mesocolon transversal". (Antonio Basset). Naturalmente que cualquier proceso del compartimiento superior del flanco derecho, propagándose a la inversa, originará trastornos del compartimiento medio (vacío), o inferior (fosa ilíaca derecha).

Como peridicitis atípicas pueden considerarse las siguientes formas:

Apéndice inflamado que se adhiere a vejiga y provoca micciones frecuentes y dolorosas y cistalgia.

Apéndice en posición retrocecal externa, pudiendo simular lumbago, o reumatismo muscular o costovertebral de la región lumbosacra.

Guy Laroche describe una forma en la que, por la localización del dolor y por dar lugar a hematurias, simula un cólico nefrítico.

Y Jorge Luys la de un absceso apendicular abierto en vejiga dando lugar a piuria. Todas estas formas y la coexistencia de lesiones congestivas, inflamatorias o esclerósicas anexas ais-

ladas o en concomitancia con otros procesos originan flanco derecho inferior doloroso.

Esta compresión extrínseca del duodeno es una de las causantes de la estenosis del píloro. Ella es la causante del consejo: "cuando se intervenga para una úlcera de estómago o *de* duodeno y no se encuentre lesión, piénsese en extirpar el apéndice y en destruir las perivisceritis vecinas". Científico consejo asentado en la verosímil confusión diagnóstica con la estenosis orgánica — intrínseca — que origina el úlcus gástrico o duodenal. Este consejo va perdiendo valor al

encontrar, visualmente, enfermos diagnosticados de úlcus que, en efecto, no tienen lesión orgánica, pero que tampoco padecen perivisceritis ni apendicitis. En efecto, la compresión desde fuera por tumoraciones o hipertrofia de los órganos colindantes hígado y vías biliares extrahepáticas páncreas y ángulo derecho del colon y las distanciales espinas irritativas; el desequilibrio neurovegetativo, humoral y endocrino (con más preponderancia este último) en los individuos presentando una sensibilidad local a la infección (moderna concepción de Landau para explicar la etiología del úlcus); la misma acidosis y tal vez procesos que ni sospechamos en la época actual, pueden originar, mediante espasmos del esfínter pilórico, estasis

gástrica; originar, ocasionar gastritis que darían lugar por proceso inflamatorio irritativo a estenosis de etiología inconcisa.

Ulcus gástrico y duodenal. — Segundo proceso en importancia estadística que da lugar al flanco derecho doloroso.

En alguna ocasión es difícil diferenciación con los demás procesos que se desarrollan en el hemiabdomen derecho.

En más del 90 por 100, la clásica tríada sintomática en su máxima pureza, da: *V*), dolor y **calinas a temporadas**; 29, horario fijo del dolor, y 39, ser éste calmado por los vómitos, y calmado o aliviado con los alcalinos y alimentos; servirá, junto con el resto de sintomatología laboratorio, correcta exploración y experta investigación radioscópica o interpretación radiográfica, para hacer un diagnóstico diferencial justo.

La tríada descrita es de primordial **valor** diagnóstico.

En nuestra modesta casuística encontramos en un 10 por 100: **Ulcus** cuya característica **son** grandes **hematemesis** o mecnas, acompañadas o no del síntoma dolor. 29 **Ulcus** que, al hacer rápidamente adherencias. **Ulcus** que **ocultan** completamente la citada tríada. 39 **Ulcus** que, por poco espacio de tiempo, presentan la sintomatología mencionada y caen en completa calma de años de duración, al cabo de

los cuales, es mudo el dolor, sin horario y no necesitando alcalinos, son descubiertos por producir gran bazuqueo del estómago y vómitos de retención, al principio repetidos y luego continuados; la úlcera, creciendo y ena-"losándose, ha producido una estenosis intrínseca casi compleja. 4° **Ulcus** que, -al degenerar en transformación maligna, transforma también su sintomatología; y 5° Asimismo la varían si coexisten dos o más procesos en la cavidad abdominal.

La colelitiasis o colecistitis **calculosa** y la **colecistitis** no calculosa, es proceso frecuente en el síndrome derecho. Sólo recordaré unos puntos que me **parecen** interesantes para demostrar la dificultad que alguna vez encontraremos en su diagnóstico diferencial con los diversos complejos que se desarrollan en el **flanco** derecho.

La vesícula inflamada, **calculosa** o no (tipo Strawberry), y afectada de ptosis puede estar ubicada en la fosa, ilíaca derecha. 1° El apéndice puede tener posición ascendente, anterocólica o retrocecal y estar ubicada en las inmediaciones infrahepáticas. 2° Es numerosa la casuística de aparición sucesiva de apendicitis siguiendo o precediendo a la colecistitis; la coexistencia de estos dos procesos, ya designada por Dieulafoy con la expresión de apendicistíticos. o con otro cual-

quier proceso demuestra esta dificultad y hace sugerir dos conclusiones inseparables:

1° Cada vez que se opere un apéndice enfermo debe explorarse el resto de la cavidad abdominal y obrar en consecuencia a las lesiones halladas.

2° Huir de las llamadas **incisiones** estéticas, bellos minusculos cortes que son, en el mayor número de ocasiones, certificados tatuados de restringida concepción de la extensa patología **abdominal**.

Estas tres enfermedades descripta? casi acaparan la casuística del flanco doloroso derecho crónico; los procesos que siguen también los producen.

19 *La pericolicitis membranosa o membrana de Jackson*, es una membrana peritoneal **transparente** que rodea el **intestino** grueso, desde el borde superior del ciego hasta el ángulo hepático, perdiéndose hacia atrás en el peritoneo parietal, en sus intervalos por bandas fibrosas muy finas surcadas por pequeños vasos, al rodear el colon lo fija, haciéndole formar pliegues que lo acortan en su longitud.

29 *Las membranas pericecales*. —■ Son velos serosos, vascularizados, situados **principalmente** alrededor del ciego. Se distinguen dos variedades, según que el velo parta de la hojilla anterior o posterior del mesenterio. La posición más frecuente es la de un

velo posterior que arranca de la hojilla posterior del mesenterio. a nivel ángulo **ileocecal**, extendiéndose alrededor del ciego, envuelve su cara posterior y vertiente externa fusionándose a nivel de la bandeleta anterior con - pared del ciego; en todo el resto no se adhiere a la serosa cecal; forma una especie de dobladura al ciego; es extremadamente vascular.

El velo anterior .mee en las inmediaciones del origen de la arteria cecal anterior en la rama, ileocecal, se extiende por cara anterior del ciego, con la que se fusiona a nivel de la bandeleta anterior.

En los niños pequeños y en las primitivas crisis, estos velos presentan el aspecto de una membrana inflamatoria hiperémica. fácil de desprender; sus tractos conjuntivos aumentan en densidad a medida que las crisis se van repitiendo, resultando entonces difícil, por su gran adherencia con la pared cecal, la destrucción de estas membranas.

39 *Bridas de Lañe o cadaduras de Lañe*. — Cuerda o ancha cinta fibrosa que arranca de la pared, posterior de la fosa ilíaca derecha en la proximidad del final del mesenterio. y va a fijarse en el borde libre de la terminación del intestino en su últimos 15 o 20 centímetros, produciendo acodadura y un foco de adherencias que restringen la movilidad

del intestino.

4P *Epiplioitis*. — *Walther* es quien ha señalado la frecuencia con que la epiplioitis crónica acompaña la apendicitis.

Todos los procesos inflamatorios del vientre pueden dar lugar a él.

Puede ser postoperatorio.

El epiplón adquiere en este proceso una coloración rosada, presentando posteriormente placas más o menos extensas, de aspecto granitoide; se vuelve duro, adquiriendo a veces consistencia leñosa; tiende hacia la retracción. En su cara posterior se observan bridas fibrosas cruzadas que dan lugar a retracción y hasta plegamientos del colon (*Beard*). El epiplón así alterado se adhiere a los órganos vecinos; puede hacer por delante del ángulo derecho del colon (ángulo hepático), para ir a **insertarse** por una brida al peritoneo pre-renal por debajo del hígado; puede unir la cara posterior del epiplón con la cara inferior del mesocolon transversal, estenosando esta porción del intestino grueso; puede soldar la vertiente externa del colon ascendente al peritoneo parietal de la región lumbar y de la fosa ilíaca derecha; puede el delantal epíloico adherirse por su borde derecho a lo largo del colon ascendente y fusionar las dos ramas del ángulo hepático.

La movilidad, ptosis y trastornos ¡funcionales del intestino; todas o la mayor parte de las **enteropatías**: gastroenteritis, disenterías, colitis, mixoneurosis intestinal pseudomembranosa crónica; plexitis celíaca; algia sintomática o dolor angiosimpático de la encrucijada ileohipogástrica; lesiones anxiales y el parasitismo intestinal, principalmente el producido por los cestodos, nematodos-anquilostomas, **anguilula** intestinal, tricocéfalos, oxiuros, y trematodos - bilharzia **haematobia**; las adherencias postoperatorias; diverticulosis intestinal, etc., originan el abdomen derecho doloroso.,

También lo da, y esto viene a aumentar nuestra confusión, la reciente teoría de Félix Ramond y Distrescu Popovicio. Para estos autores, el ciego y el apéndice, y en un menor grado el colon ascendente, serían órganos de excreción; han comprobado se eliminan por sus mucosas ciertas soluciones; el hierro, mercurio, cobre, bismuto y calcio; el azul de metileno. el diplococo, agente — según Rosenow — de la colitis ulcerosa crónica, y gran número de microbios; toxinas diftéricas y las orgánicas (caso de tiflocolitis urémica); los compuestos orgánicos normales, como la bilis y sus derivados biliverdina, que colorean la mucosa cecal, y sus productos derivados se encuentran en las heces aún

en los casos de obstrucción más completa.

Pasada rápida revista a la gran mayoría de los procesos que originan el hemiabdomen derecho doloroso, he de referirme aun proceso abdominal, poco descrito en la bibliografía médica y al que nosotros concedemos capital importancia.

Acuden con moderada frecuencia — 4 a 8 por 100 en nuestra casuística — a nuestras consultas, enfermos indistintamente de los dos sexos, cuya historia es la siguiente:

Constitución fisiológica normal o hábito orgánico del tipo Stillier, y en las dos formas constante y notable deficiencia del peso en relación con su talla, y cansancio o flojedad general. Presentan estos enfermos la sintomatología correspondiente a su -atonía intestinal y estasis cecal más o menos acentuado, anorexia, astenia, depresión nerviosa o irritabilidad neuropática; lengua pastosa, aliento fétido, tinte terroso, producido por la toxemia; pequeño estado febril, ligeramente acentuado a la caída de la tarde con el ejercicio y la menstruación; labilidad vasomotora con piel seca e intensa reacción sudoral en relación directa con el ligero estado febril; ptosis visceral; estreñimiento, que de tarde en tarde alterna con escasas deposiciones — dos o tres — sin moco, sin sangre reducida y cie!

tipo de las heces de la dispepsia fermentativa. Dolor discreto en todo el abdomen acentuado por la exploración manual en la región ceco-apendicular — en la que se encuentra, por atonía y dilatación, bazuqueos. — S iliaca contracturada. En algún caso de enfermo con este aparatoso cuadro sintomático he observado la no existencia de febrícula y excelente >estado de nutrición, y sin embargo, acusadas manifestaciones de lúes hereditaria con reacción serológica positiva. Los enfermos en los que se aprecia este fondo general descrito presentan además v con singular realce, una sintomatología particular idéntica a los siguientes procesos

Al ulcus gástrico o duodena.', con su clásica triada diagnóstica característica, con bazuqueo a la seis o siete horas de comida poco copio con desaparición de sus molestias, con el vómito de retención, con Meyer y Weber positivos en el jugo gástrico y con quimismo normal o ligera hipocidez.

Otras veces con intensa sintomatología apendicular y para apendicular.

Simulan muchas veces colecistitis no calculosas crónicas o la tríada constituida por apendicitis, colecistitis y perivisceritis. Al establecer adherencias infra-diafragmáticas. comprimir duodeno por débalo del colédoco, es-

tenosando las vías biliares extrahepáticas. o formar adherencias alrededor de la vesícula, dan lugar a estasis biliar, dolor en el compartimiento superior o encrucijada infrahepática — con los puntos dolorosos irradiados de la coledocistitis, producidos por irritación del plexo **-solar**, - y a cólicos biliosos que nos harán fundadamente pensar en una litiasis biliar, o en vesícula tipo Strawberry.

Las adherencias en peritoneo, epiplón e intestino delgado, produciendo en periodo más avanzado, ulceraciones en la serosa "intestinal, hacen simular los procesos enteropáticos.

Además, en el estómago, y alguna vez en duodeno, se producen Ulceras **retráctiles** en la capa serosa, de etiología diferente a la enfermedad de Cruveilhier. Estas úlceras serosas, tan diferentes de la enfermedad de **Cruveilhier**, solas o acompañadas de adherencias, hacen desarrollar un cuadro clínico de sintomatología tan similar con esta enfermedad, que puede afirmarse son los dos procesos de individualización clínica más difícil. La colecistitis y los procesos de la fosa ilíaca derecha, que a tanta confusión, ya clásica en los libros, se presta con el *ulcus gastroduodenal*, y más coexistiendo juntos,

son de diagnóstico diferencial más factible y sensible.

Estos enfermos, que sufren el triste éxodo o peregrinación por los hospitales de los enfermos crónicos o neuróticos, hacen archivar su historia con el apellido de las diversas enfermedades mencionadas, algunos, y al encontrarles discretas lesiones hiliares—tan frecuentes en los organismos fisiológicamente normales, — con el de febrícula pulmonar; tenemos bastantes ejemplos. *Y en realidad padecen tuberculosis abdominal larvada.*

El laboratorio y radioscopia son auxiliares indiscutibles para el diagnóstico.

El tratamiento debe ser quirúrgico cuando las Laceraciones serosas o las adherencias han originado estenosis, debiendo entonces hacerse la ablación de los órganos enfermos: apéndice biliar, enterostomía, gastroenterostomosis y liberación de adherencias; a este tratamiento seguirá el médico - climatológico-alimenticio: sobrealimentación, reposo, aereación, helioterapia, *luz ultravioleta*, tratamiento por la insulina, caseína, lipoides, sales de oro e inyecciones tónicas

(Del Día Médico) Buenos Aires