

APENDICALGIA PALÚDICA

Por el Dr. CARLOS CALERO M.,

Miembro de la Sociedad Médico- Quirúrgica de Guayas. Ex-Jefe del Servicio de Ginecología de la Asistencia Pública del Litoral Guayaquil (Ecuador).

Llamado de urgencia por la señora madre del enfermo, cuya historia clínica y comentarios correspondientes describo a continuación, por un cuadro, a su entender, muy parecido al que había presentado su esposo y padre del joven, a quien después de prolijo examen se le diagnosticó apendicitis aguda y llegó a ponerse en manos de cirujanos, acudí presuroso a su llamado encontrándome con el joven cuya historia me la resumieron diciendo, que lo que tenía era fiebre, que había comenzado en la tarde del día anterior, tos, náuseas y vómitos, a partir de las tres de la mañana, y dolor fijo, localizado en el punto de Mac-Burney; al enfermo lo encuentro acostado, con su piernas flexionadas, en una posición intermedia entre la dorsal y lateral derecha y con la cara vultuosa.

Al insitir sobre su sintomatología logramos saber que el joven se había mantenido perfectamente bien hasta el día anterior, en que había sentido descomposición de cuerpo, enfriamiento y hasta escalofrío, antes de que la temperatura subiera (al decir de la señora) y que tenía cefalalgia; no hay emisión de orinas, ni de materias fecales.

El examen del enfermo confirma el dolor en los puntos de Mac-Burney, de Lanz y de Morris; noto que la resistencia

muscular es poco manifiesta cuando se palpa con suavidad y profundamente; que en la región del hipocondrio —aunque no se palpa el bazo— hay también una cierta resistencia y dolor en la inspiración profunda; y, por último, — un proceso inflamatorio en el sistema linfoideo bucofaríngeo, acompañado de tos y estertores mucosos diseminados con parsimonia en ambos pulmones.

Comentarios

La observación de este cuadro clínico, sencillo en apariencia pero interesante y de rápida interpretación para salvar al enfermo en caso de un proceso supurado apendicular, nos permitió desde el primer momento hacer deducciones que, para felicidad del enfermo, tuvieron su confirmación posterior, aunque negada por el laboratorio, por motivos que luego indicaremos, pero sí ampliamente con la terapéutica aconsejada y seguida.

El desarrollo de estos cortos comentarios lo haremos así: I. De orden clínico. — II. De orden etiológico. — III. Histo-patológico. IV. — De orden patogénico. V. De orden terapéutico.

I. Y como estamos en la época en que cree el público que toda la patología del vientre derecho pertenece al apéndice en su mayor parte y a la vesícula

biliar en los casos restantes, es más frecuente el error cuando el dolor es referido a la fosa iliaca derecha; entonces, cualquier cosa es apendicitis.

Aquella fue la pregunta de su familia y los temores nuestros del primer momento, por qué no decirlo, ya que cualquier retardo hubiese sido perjudicial para el enfermo. Pero el estudio detenido de la sintomatología, subjetiva y objetiva, nos llevaron a la eliminacional racional de los distintos cuadros con los cuales podíamos confundir el que teníamos por delante.

¿Era justificado el diagnóstico de apendicitis con un cuadro como el que analizamos?... lo era por los puntos dolorosos de Ma-Burney, de Lanz y de Morris, positivos en este caso... ¿lo era por la temperatura, por la resistencia de su pared a la presión brusca, por la forma en que se instaló?... ¿lo era, por último, por la suma de tantos datos clínicos: brusquedad de comienzo, fiebre, resistencia muscular, posición especial tomada para disminuir su dolor, etc.?

Y sin negar el valor de todos y cada uno de estos signos en el diagnóstico de apenaicitis, pasaron rápidamente por nuestra mente los casos —y bastante numerosos— en que por la precipitación del diagnóstico (cuyo mal viene desde muy antiguo, desde que Dieulafoy describió magistralmente la apendicitis aguda e insistió sobre los contratiempos a que podía dar lugar el diagnóstico no precoz de la afección), se les hizo sufrir los riesgos de la intervención, con reproducción posterior del mismo cuadro, por-

que no reconocían esta etiología; al mismo tiempo que recordamos que el punto de Mac-Burney y los de Lanz, Morris y Monro, no siempre eran positivos en caso de apenaicitis aguda (por no tener el apéndice el mismo sitio anatómico) o lo eran en casos de heterotaxia, como el señalado por Slocker (1) y en cuanto al reflejo de Rowsing, que en el estreñimiento o ectasis del ciego se produce el mismo dolor.

¿Era una apendicitis aguda primitiva? ¿Era un brote apendicular en una apendicitis crónica? Y nuestra respuesta a la primera pregunta es que, ni el dolor, ni la suave resistencia muscular, ni el estado general, se armonizaban con el clásico de la apendicitis aguda. Y en cuanto a la segunda, que si en ocasiones se han podido encontrar cuadros como el que ahora pasamos revista, no son frecuentes; y que lo general es que se presente dolor espontáneo, por crisis, en el epigastrio o en la fosa iliaca derecha, que dure media, una y hasta dos horas con náuseas y vómitos y con temperatura que puede llegar a 38 grados. Es el niño que deja de jugar por el dolor que siente, pero que luego puede continuar, para repetirse después de poco o después de muchos años. De querer diagnosticarlo así, éste sería su primer cólico y su primera manifestación clínica.

Pero de ser así, todavía nos quedaban por distinguir los numerosos casos de falsos apendiculares crónicos tan brillantemente estudiados y con gran criterio médico por: Alvarez (2)_f, Arana (3), Gallart (4), Quevade

(5), Dumont (6), Martel y Antoine (7), Berar dy Vignard (8), Vives (9), Heuyer (10), González de la Vega (11) Stlocker (1) Nitis(12). y otros, por lo mismo que, como declamos en el párrafo anterior, se acercaban más a ¿se grupo.

Hay dolores y cuadros apendiculares que, mas de una vez, han llevado a los enfermos a la mesa de Cirugía con reproducción del dolor y del cuadro apendicular a poco después de la intervención. Y han sido principalmente el estreñimiento derecho, la colecistitis, la litiasis renal, el parasitismo intestinal y las malformaciones del ciego (como el ciego móvil), las enfermedades que en cierto instante han producido cuadros claramente apendiculares. que han exigido la participación del Cirujano; pero también los que, poco después, han reproducido la misma sintomatología, por haber sido una pseudo-epididitis.

Pero en nuestro caso, no hay antecedentes de estreñimiento derecho, ni de parasitismo intestinal; tampoco de colecistitis, ni de litiasis renal; de allí nuestra pregunta: ¿es una pseudo-epididitis?... y nuestra respuesta se inclina por la negativa.

Y después de la digresión que acabamos de exponer sucintamente y que fue lo que pensamos cuando estuvimos frente al enfermo en estudio, concluimos que, si en verdad presentaba un dolor apendicular, una apendicemia, que podía conducir al enfermo a la apendicitis aguda o a la crónica, clínica e histológicamente hablando, iba a curar, con

restitutio al integrum, como a continuación insistiremos.

II. E intencionalmente dejamos allí el comentario anterior— muy a riesgo de que a la mente de Uds. salte la objeción natural, de que apendicemia no es diagnóstico, sino síntoma— porque el complemento del diagnóstico, en mi concepto, va en este caso íntimamente unido al de su etiología, que deseamos exponer en este segundo breve comentario.

Considerado el caso en la forma como lo hemos expuesto 7 con la sintomatología ya narrada (en que hemos descrito su infección amigdalofaríngea), podíamos pensar en las apendicitis amigdalarias; y la relación no es difícil comprenderla si recordamos que el apéndice es una amígdala intestinal colocada a nivel de la fosa ilíaca derecha y llamada a seguir una metamorfosis retrógrada; si leemos las importantes comunicaciones de Hirzel y Banet (13) y de Guerra (14); las de Vergara (15), Barss (16), Symmers y Morris (17), y la de Faisans (13), en que nos dicen haber visto macro y microscópicamente la alteración del apéndice, con 'congestión linfática, pero sin signo alguno de inflamación —en lo que ellos llaman *Status Thymus Lin-phaticus*— acompañándose de un cuadro especial en el cual dominar el carácter familiar, la nutrición mediana, talla más bien alta, extremidades delgadas, dedos finos y largos, ganglios del cuello muy palpables, hiperplasia linfoidea buco-faríngea y facies delicada: son también deprimidos y preocupados.

Pero si es innegable la relación apéndice-amígdalas, pensamos desde el primer momento que el dolor apendicular de nuestro enfermo, probablemente no tenía nada que hacer con el proceso amigdaliano que presentaba porque, ni era ese su carácter, ni el examen clínico había descubierto el cuadro -clásico del status thymus linphaticus; y nuestra sospecha, según nuestro criterio, tuvo su confirmación pocas horas después cuando, con un tratamiento específico para otra enfermedad, disminuyó el dolor y el cuadro general era otro.

Por la hipertrofia de las amígdalas y congestión de las mismas, con punteado purulento, fiebre, tos y estertores mucosos diseminados en ambos pulmones, no podíamos dejar de pensar en las amigdalitis gripales, de que Hirzel (13-14) y otros, en importantes trabajos, han insistido; pero no lo creímos así, en la seguridad de que antes que gripe —que juzgamos desde el principio como simbiosis secundaria— dominaba una etiología distinta.

Y nuestra sospecha— aunque negada por el examen de laboratorio, que no encuentra hematozoarios en frottis a gota gruesa— advertida a los familiares desde que examinamos por primera vez al enfermo, recibe su confirmación al disminuir el dolor, hasta llegar a desaparecer antes de las diez horas; como al desaparecer la cefalalgia, bajar completamente la temperatura, a las 48 horas de haber comenzado el proceso febril; y sentirse el enfermo con ánimo para levantarse y estudiar los exámenes

que se encuentra sustentando, con la sola terapéutica que a continuación expondremos.

III. Diagnosticado así el cuadro clínico entre manos, nos preguntamos. ¿cómo el dolor en la apendicalgia palúdica pasa tan rápidamente? y la respuesta se impone recordando la histopatología que Bressot (19), indicó haber reconocido en tres apendicectomizados por apendicalgia palúdica: no hay aumento del volumen de los apéndices, ni exudado, ni deslustramiento de la serosa, ni adherencias; al corte no se presenta ningún espesamiento de sus distintas capas y la cavidad se encuentra completamente libre; no hay señal de infiltración inflamatoria.

IV. Y aún cuando no tiene valor para este caso, las sabias observaciones de Porter (20), Still (21), Metchnikoff (22), Riff (23), Roux (24), Talamón (25), Dieulafoy (26), Reclús (27) y Aschoff (28), casi todas del siglo pasado, para explicarnos patológicamente la apendicalgia que ahora estudiamos; sí lo tienen, en cambio, las que también desde el siglo pasado, han indicado observadores como Sutton (29), Sutherland (30), Jalagueir (31) y, en este siglo, Canon (32) y Richet (3), quienes llegan a informar "que los gérmenes pueden ir por vía sanguínea infectar el apéndice, *especialmente* cuando se encuentra ya el órgano en estado de enorme resistencia" o éste otro: "la eliminación de las bacterias por la pared apendicular juega un papel capital en la génesis de la apendicitis; lesiona do por el paso incesante de los microorganismos en circulación

en la sangre, el tejido folicular no ofrece su resistencia normal a la penetración de los gérmenes intestinales"; y lo tienen, repetimos, porque se admite en ellas que al apéndice puede ser invadido por vía sanguínea.

Pero, ¿cómo se puede hacer la invasión apendicular en la apendicalgia de este origen? Y para contestarnos, forzoso es recordar previamente ciertos rasgos de la anatomía y de la histología del apéndice.

El apéndice, en efecto, anatómicamente considerado, está implantado en la parte interna del ciego, a 2 o 3 centímetros de la válvula ileo-cecal y en el punto en que concluyen las tres cintas o bandas musculares del ciego. Histológicamente hablando, presenta una túnica serosa (peritoneo apendicular), que lo envuelve en casi toda su extensión, adosándose a sí mismo a nivel de uno de sus bordes, para formarle el meso-apéndice que lo une al ciego y a la porción terminal del mesenterio; de forma triangular, es recorrido en toda su extensión, por su borde interno o cóncavo, por la arteria apendicular, que levanta su superf; -cié. Presenta también una túnica muscular, formada por dos clases de fibras: unas circulares y otras longitudinales. Una tercera túnica o sub-mucosa, constituida por haces de tejido conjuntivo, que se entrecruzan en todo sentido y a los que van a juntarse muy poca fibras elásticas. Y, por último, una túnica mucosa, formada por un epiléptico cilindrico, numerosos folículos cerrados, una muscularis mucosa y glándulas tubulosas.

Pero el apéndice, como lo hemos dicho en el párrafo anterior, presenta sobre uno de sus bordes la arteria apendicular, rama de la mesentérica superior, que termina en la punta del mismo, dando en todo su trayecto ramitos en número de 2 a 6, que se distribuyen sobre sus dos caras terminando —como todas las intestinales— por terminaciones libres. Acompañando a la arteria vemos a la vena apendicular, que desagua en la mesentérica superior; a los linfáticos, que en su trayecto desaguan en los ganglios apendiculares; y a los nervios, que provienen del plexo solar, por intermedio del plexo mesentérico superior, distribuyéndose por la serosa, muscular y mucosa, para formar en la muscular el plexo de Auerbach y en la sub-mucosa, el de Meissner, pero siempre, por terminaciones libres.

Así entendida la anatomía e histología del apéndice nos es fácil comprender las distintas teorías indicadas para explicar la visceralgia palúdica. Dos *son*, en efecto, las teorías indicadas: a) la del apelotonamiento de *h^a* matozoarios a nivel de uno de los ramitos de la apendicular; y b) la de la congestión excesiva, por la hipertermia.

Sin negar la congestión posible de un determinado sector del apéndice, como cree el Prof. Deschamps (34), deseamos recordar que Bressot (19), al hacer el estudio histológico de tres apendicectomizados por apendicalgia palúdica, no ha de encontrarse nada digno de anotarse; y que de haber congestión intensa —localizada o generalizada— posi-

blemente lo habría indicado; ¿son micro congestiones que pasaron inadvertidas al ojo del histólogo?... Hechos posteriores darán luz al respecto.

En cambio, el mismo Prof. Deschamps y Gañán (19). en importantísimas comunicaciones, creen que es posible aceptar el apelotonamiento de parásitos en una de sus pequeñas ramas como la causa del cuadro en estudio; y lo creen, por la forma de vascularización del apéndice, siempre por terminaciones libres; por las alteraciones que los hematozoarios producen en los glóbulos rojos; y, en tercer lugar, como lo dicen Castellani, Chalmers al hablar de las sub-tercianas, porque los hematíes alterados se pueden adherir a las paredes de los capilares produciendo un bloqueo mecánico, con los correspondientes trastornos locales; al obstruir o disminuir su luz pueden presentarse alteraciones de naturaleza isquémica, que bien pueden producir la irritación nerviosa, causa del dolor.

Así lo pensamos nosotros y creemos que el apelotonamiento parasitario o la deformación de los hematíes y adherencia de éstos a la pared del vaso, al obstruir o disminuir la luz de uno de sus pequeños ramúsculos, produce la irritación de los filetes nerviosos apendiculares y el cuadro clásico de la visceralgia palúdica.

V. De no haber tenido el criterio clínico y etiológico que felizmente nos formamos desde el principio, hubiésemos tenido necesidad de proponer la intervención, si los exámenes de Laboratorio lo hubiesen confirmado, si-

guiendo la opinión científica del autor de las más completas descripciones de apendicitis, del Prof. Dieulafoy, aunque con las restricciones que su opinión primitiva recibió de su parte, como de la de los médicos posteriores a su época, que llegaron a juzgar, con mejor conocimiento de la apendicitis crónica y de las **seudo-apendicitis** crónicas, que no era posible seguir operando a todos los individuos que presentaban dolor en la fosa ilíaca derecha, ya que en muchos de ellos no se encontraba alteración alguna, ni en su conformación exterior, ni en su constitución histológica.

Pero como creíamos estar frente a un clásico cuadro de apendicalgia tropical, advertimos a la familia que *el* niño tenía que mejorar sin que hubiese necesidad de recurrir a la intervención operatoria; pero que rogábamos se le hiciera inmediatamente un examen de la sangre, al mismo tiempo que ordenamos inmovilidad absoluta, bolsas de hielo sobre la región dolorosa, tocación sobre su inflamación linfoidea buco-faríngea, suspensión de toda alimentación, e inyectamos *dos ampolletas* de cincuenta centigramos de *biclorhidrato de quinina* y *una ampolleta* de tres centímetros cúbicos de *deplasmolina simple*, por vía intra glútea.

Y si no fue sorpresivo para nosotros (porque esa es la evolución clásica de las apendicalgias palúdicas) no dejamos de sentir una cierta satisfacción cuando al regresar, *seis horas después*, a ver a nuestro enfermito observamos que *había desaparecido*

casi por completo *el dolor apendicular*, a pesar de que la fiebre se mantenía por encima de treinta y nueve, pero con tendencia a regresar.

Es en estas condiciones que se le practica la toma de la sangre, para que el examen que habíamos pedido y cuya contestación (No Hematozoarios, gota gruesa, seis mil glóbulos blancos por m.), tuvimos pocas horas después, cuando la temperatura era sólo de 38 grados centígrados; y es entonces, también, cuando recibimos una dosis purgante de aceite de ricino, que poco después hizo su efecto.

Injectamos nueva dosis de quinina y plasmuquina al día siguiente; y nuevas, al tercer día. La fiebre no se repitió; y el antiguo enfermito, como Uds. lo ven, ha vuelto a su, anterior buena salud y a su alegría, propia de la edad juvenil.

Resumen

Después de describir el autor la sintomatología del caso en estudio pasa a los Comentarios haciendo una clara y metódica distinción entre las apendicitis agudas y crónicas, para terminar afirmando que el enfermo que había asistido y que se hallaba

presente gozando ya de completa salud, no había presentado ni uno ni otro cuadro.

Insistió sobre las falsas apendicitis crónicas, recordando que la litiasis renal, el estreñimiento derecho, la colecistitis, el ciego móvil y especialmente la parasitosis intestinal habían, más de una vez, obligado a intervenciones sin resultado alguno, por haberse reproducido el mismo cuadro, poco tiempo después de la intervención.

A continuación hace la eliminación de los agentes infecciosos que pudieran haber producido dicho cuadro para terminar etiquetándola —a pesar de que el examen de la sangre fue negativo— como de naturaleza palúdica.

Recuerda la anatomo-patología de las apendicalgias palúdicas. La forma cómo los hematozoarios, posiblemente, invaden el apéndice, para producir el dolor. Y, por último, indica la terapéutica aconsejada, como el éxito alcanzado con las medidas e indicaciones generales prescriptas que, en su concepto, radican su criterio primitivo.

—*Revista Médica
Latino-Americana.*—