

Las falsas Apendicitis

Uno de los problemas más importantes de la cirugía abdominal, se halla en la fosa iliaca derecha, y durante muchos años, salvando buenamente el clínico la imprecisión sindrómica de sus cuadros patológicos, concretaba toda su actuación en un solo diagnóstico: apendicitis, que llevaba de la mano, una sola también e inapelable terapéutica: la intervención inmediata.

No puede negarse, que en la patología del cuadrante abdominal inferior derecho, el apéndice juega un gran papel, pero no lo es todo. Creyendo en la existencia de la apendicitis crónica, he de mantener también firmemente, que se abusa de una manera extraordinaria de este diagnóstico en la práctica diaria, y recordemos que tal diagnóstico lleva consigo aparejada la intervención. Cualquier error cometido en el mismo, motivará pues, una apendicectomía innecesaria y expondrá al enfermo a las consecuencias de toda laparotomía.

Esta precipitación de diagnosticar la apendicitis y en operar sus pretendidas lesiones, es un mal que tiene raíces muy antiguas y arraigadas. Desde que Dieulafoy describió la apendicitis aguda, insistiendo sobre los contratiempos a que podía dar lugar el diagnóstico no precoz de la afección, el pronóstico de la misma se ensombreció por el ansia intervencionista, antes casi de presentar el enfermo el menor síntoma sospechoso. La apendicitis aguda, se decía que era una consecuencia y resultado de la crónica, y la atención de los

hombres de ciencia se dedicó por completo a despistar ésta y a tratarla al menor indicio, más o menos cierto, de su existencia, real. Así las cosas, fueron extirpados tan gran cantidad de apéndices sanos, que se impuro una revisión cuidadosa de la sintomatología y tratamiento del proceso en cuestión, y mientras cada autor opinaba de un modo distinto y exponía su criterio más o menos aproximado a la verdad, la apendicitis crónica, con un síndrome autónomo, sentaba plaza en todos los tratados de patología médica.

Si un niño que sin haber aquejado nunca absolutamente nada en fosa iliaca derecha, se desarrollaba lentamente, presentaba alternancias de estreñimiento la diarrea, mientras su lengua sucia y su estado general se mantenían mediocres, era considerado como un verdadero caso de apendicitis crónica. Al lado I»: las autores que afirmaban tal diagnóstico debía basarse en uno de estos cuadros generales, aseguraban los de más allá, que eran los síntomas esencialmente locales, los que debían imponer el criterio acertado, y ante todo enfermo que presentase dolor a la presión en fosa iliaca derecha, la apendicectomía se consideraba indicada y se practicaba de una manera sistemática.

El fracaso que bien a las claras testimoniaban los apéndices sanos extirpados, hizo que perdieran en valor los clásicos puntos de dolor apendicular y mientras el de MacBurney a punta de dedo, se transformaba en una

amplia zona dolorosa, el de Lanz, Monro, y otros, se desvirtuaban por completo al comprobarse de una manera cierta, que el apéndice no era un órgano que se mantenía siempre en tales circunscripciones, sino que antes al contrario, se le podía hallar tan pronto en la fosa ilíaca izquierda, por debajo del hígado en las posiciones posteriores, etc. Sólo ha quedado a estos puntos típicos, un resto de valor clínica cuando la presión dolorosa en ellos, coincide efectivamente con el punto apendicular comprobado radioscópicamente.

El signo de Rowsing, compresión de colon izquierdo con dolor en región apendicular por rechazamiento de gases hasta ciego, con distensión del mismo, perdió igualmente su carácter de especificidad en el diagnóstico de la apendicitis, al verse de una manera clara, que en los casos de éxtasis intestinales y otras afecciones del ciego, el síntoma era positivo también. En las pericolicitis, y en algunos operados de apéndice, el dolor se presentaba de la misma manera, mientras en casos de apendicitis clara, el síntoma citado, se mantenía en absoluto negativo. Su valor -s pues relativo, aunque en los libros se describa todavía.

Si la apendicitis crónica era fácil de diagnosticar, después de haber asistido, o por lo menos haber constatado en la historia clínica del enfermo algún episodio agudo anterior, tal facilidad convertíase en la apendicitis crónica primitiva, "d'emblée" tan frecuente, para muchos cirujanos y tan poco para los clínicos.

¿Sobre qué datos hemos de fundamentar el diagnóstico de la

apendicitis crónica? Sobre todo y por encima de todo, en los datos que la clínica pueda suministrarlos y que serán los de más valor para orientar el diagnóstico. Veamos ahora cuáles son estos datos clínicos, estos síntomas que la apendicitis crónica nos proporciona.

El primero de todos es el dolor, pero no el dolor provocado que se encuentra a la exploración manual a punta de dedo, sino el dolor espontáneo, por crisis, que se presenta localizado en epigastrio o en fosa ilíaca derecha, que dura media hora, tres cuartos o hasta un día y que se acompaña casi siempre de náuseas o vómitos. Es el niño que interrumpe sus juegos sobrecogido por un dolor que le obliga a llevarse las manos al vientre, mientras sus facciones palidecen ligeramente y que después de unos momentos continúan jugando como si nada hubiera ocurrido. Otras veces el dolor persiste obligando a guardar cama; se le purga creyéndole indigestado y queda bien o no, hasta que a los tres o cuatro meses repítese la crisis también de una manera inopinada. El período intercalar puede durar más o menos tiempo, hasta años, durante los cuales el enfermo se encuentra completamente normal, hasta que un día, de pronto, su fisiologismo se altera por un nuevo dolor acompañado como el anterior de ligera reacción peritoneal, con vómitos o náuseas que pasan nuevamente sin dejar rastro, o que señalan un plastrón en sus primeros estadios. ¡Si durante la crisis se pone el termómetro al enfermo, se apreciarán pequeñas elevaciones térmicas, que casi

nunca sobrepasan de 38° y que duran tan sólo unas horas. La fórmula leucocitaria, que correspondiendo a un proceso inflamatorio, acusa a veces, en las calmas intercalares una leucocitosis discreta con mononucleosis, convierte esta en polinucleosis durante las fases de agudización del proceso. Es frecuente que después de repetirse varias veces el ataque, no quede el enfermo completamente bien los períodos intermedios, y algunas molestias que aqueja en ellos, son testimonio de la perivisceritis que comienza a bloquear el proceso inflamatorio apendicular.

Este es el cuadro de la apendicitis crónica, cuyos síntomas no son sino un esbozo de los dramáticos de la forma aguda. El dolor en puñalada, la fiebre alta, la perforación que conduce a la muerte en la apendicitis aguda, aparecen en pequeño en la apendicitis crónica. Podemos decir con razón que la diferencia entre una forma y otra de apendicitis es, pues, una mera cuestión de cantidad.

No sentar nunca el diagnóstico de apendicitis crónica, sin haber comprobado anteriormente estas crisis típicas de dolor con reacción peritoneal, náuseas o vómitos, fiebre y alteraciones hemáticas. Desconfiar de todo cuadro que no sea el descrito y esta duda nos llevará de la mano al diagnóstico de las falsas apendicitis, que despistaremos, recurriendo si es preciso a todas las exploraciones clínicas, de laboratorio y radiológicas que se juzguen necesarias.

Los cirujanos no quisieron rendirse ante la evidencia que los

apéndices sanos extirpados demostraban, y recurriendo al criterio histológico, probaron que la mayor parte de los que aparentaban a simple vista una perfecta normalidad, eran responsables de lesiones que aparecían a las claras en los cortes histológicos, como pronuncia Dieulafoy, "los encargados de absolver los errores médicos y cirujanos." ¿Que de particular tiene que se encuentren pequeñas lesiones histológicas en una viscera que se ha manipulado, pinzado, estirado, etc., durante el acto operativo.

Lo esencial se resume en el cuadro clínico que hemos descrito. Ante un enfermo que lo presente, hay que pensar en la apendicitis crónica como forma atenuada de la aguda. La mayor parte de ellos proporcionan durante sus fases de reposo una exploración abdominal completamente negativa. Otros, por el contrario, de una manera inconsciente, mientras se logra distraer su atención acertadamente de la exploración manual que "¿ está llevando a cabo, dan a conocer una defensa más o menos manifiesta en fosa ilíaca derecha y que constituye para nosotros un dato más a favor de la apendicitis crónica. En otros, por fin, encontraremos la defensa muscular acompañada de dolor a la presión, que completa de una manera definitiva el cuadro sindrómico.

Para pronunciarse a favor de una indicación terapéutica determinada es imprescindible haber sentado un diagnóstico rigurosamente exacto. A completar la eficaz ayuda que para el mismo supone el cuadro clínico des-

cripto anteriormente, nos brinde hoy radiología los datos "valiosos que derivan de la exploración del apéndice por métodos hoy día muy perfectos. Aparte los síntomas radiológicos indirectos, retención ileal, etc., que podemos recoger con una exploración vulgar a rayos X, el método de visualización apendicular de Czepepa, es de un valor extraordinario. Gracias a él podemos apreciar que un tanto por ciento crecidísimo de los enfermos que presentan el cuadro clínico antes anotado, ofrecen un apéndice no visible a la exploración radiológica realizada durante cuatro días consecutivos con todo rigor, al par que los que no lo poseen son los que muestran apéndices que se rellenan en toda su extensión y cuya movilidad y contornos son absolutamente normales. Conviene tener en cuenta que en un 8-10 por 100 de individuos perfectamente sanos el apéndice no se hace visible por el procedimiento citado.

Con estos datos clínicos y radiológicos combinados estaremos en el camino más seguro que nos conducirá a un diagnóstico cierto de la apendicitis crónica. Si el enfermo presenta el cuadro clínico de la misma y su apéndice no ha podido hacerse visible, con toda tranquilidad y una seguridad casi absoluta puede llevarsele a la sala de operaciones. Si la sintomatología clínica tan sólo se parece en algo a aquélla y el apéndice por otra parte es visible, desplazarle y no doloroso, buscar otra lesión, la pseudo-apendicitis, que motiva el cuadro.

Cuando se trata de uno de estos casos no podemos hallar las

crisis típicas descriptas, tan precisas, formas atenuadas de la apendicitis aguda. El enfermo tiene sensación de peso, de mal estar después de las comidas, de ligeras molestias dolorosas en el abdomen, cuadro que se presenta irregularmente y de una manera inconstante y que no traduce sino la falsa apendicitis.

Ahora bien; ¿cuáles son las entidades nosológicas cuyo síndrome puede ser origen de confusión y error en el diagnóstico de í-a apendicitis crónica? De entre las congénitas, las malposiciones y malformaciones del ciego, sobre todo ciego móvil, falta de rotación cecal, vólvulus, etc. De entre las adquiridas, la tuberculosis peritoneal localizada en lado derecho, pero sin afectar para nada el apéndice que queda sano y a menudo englobado en el magma inflamatoria específico; la litiasis renal derecha; ¿cuán fácil es de encontrar el enfermo que sufre las consecuencias, resultado de una operación apendicular, cuando a *los* pocos días de la misma expulsó un calculito renal! El dolor sin temperatura, las crisis más alargadas con dolor irradiado a testículo, con trastornos de la micción y hallazgo de hematíes en el sedimento urinario, la no alteración de la fórmula leucocitaria en el sentido apuntado, servirán si n>á fijamos, para descartar esta causa de error. La neoplasia **intestinal** que comienza a formarse en el colón derecho, es otra de las causas de pseudo-apendicitis. ¿Y qué diremos de los enfermos de éxtasis intestinales crónicos derechos, que en un gran número llevan indeleble marca en su cicatriz abdominal del error diag-

nóstico cometido. al diagnosticarles la apendicitis? Ocupémosnos finalmente de la colecistocis y de la anexitis. La primera es enfermedad engañosa doblemente: primero, porque por ella *misma* puede simular el cuadro apendicular; segundo, porque a menudo coexisten lesiones **apendiculares** y vesiculares a un tiempo. Si el enfermo que se nos presenta actualmente con una crisis apendicular tuvo anteriormente ictericia o alguna otra **alteración** hepática, no pensar en que todo correspondía al apéndice; es mas posible que se extirpe éste y al cabo de muy poco, quizás transcurridas tan sólo una cuantas horas, la crisis de cólico hepático quite del espíritu del clínico la satisfacción de -haber llevado a cabo una terapéutica **acertada**. Por el contrario, puede suceder también que después de una resección laboriosa de la vesícula biliar, una **apendicitis** súbita, gangrenosa, se lleve al enfermo de una manera inopinada. Pensar, pues, en la posible **asociación** apendicitis-colecistitis y

desechar las enseñanzas que de su consideración derivan.

La anexitis es otro proceso que puede confundirse con la apendicitis crónica. Los trastornos menstruales, las crisis, coincidiendo con las reglas, o sus alrededores y la exploración genital detenida junto con los rayos X, nos orientarán al diagnóstico.

En resumen: la **apendicitis** crónica es una enfermedad clínicamente aislable, individualizada y autónoma, **que** cursa con una sintomatología precisa y cuyo diagnóstico nos ayuda valiosamente la exploración radiológica. Todo lo que no sea el cuadro clínico descripto, los datos radioscópicos anotados, hay que descartarlo para pasar a **formar** con ello el grupo de las **falsas** apendicitis. Ante una de ellas, agotar todo género de exploraciones, hasta lograr un diagnóstico exacto de la causa, que motivó la duda que **con** nuestro criterio supimos **aclarar**.

(Acta Médica Latina';.