

APENDICITIS DEL LACTANTE

Por los doctores R. LIEGE, Jefe de clínica médica infantil de la Facultad de Medicina de París, y M. GOLDSTEIN, ex Interno del Hospital Rotchschild

Por regla general, los tratados clásicos sólo reservan en el cuadro de las apendicitis un lugar modesto a la apendicitis del lactante.

Esta afección, bastante mal individualizada, es muy grave, enseñándonos la práctica diaria de la medicina infantil que es menos excepcional de lo que se tiene tendencia a creer.

Habiendo uno de nosotros tenido ocasión de observar un caso de perforación apendicular en un niño muy pequeño, hemos creído que podría ser interesante, desde el punto de vista práctico, hacer un estudio de conjunto de la apendicitis del lactante.

La noción de la existencia de la apendicitis en los niños muy pequeños data de unos cincuenta años.

Betz, en 1870, refiere la observación de un niño de siete meses, que murió de perforación apendicular. Algunos años después, Tordéus, Holmes, Griffithi, publicaron casos análogos. En 1906, Kirmisson y Guimbellot reunieron veintiséis casos, y Stéphan incluye treinta y tres observaciones en su tesis, publicada en 1907.

M. Févre, en su hermoso libro, recientemente publicado, hace un estudio de la apendicitis de! lactante, fundado en ocho

casos observados en el servicio del profesor Ombredanne.

Habiendo uno de nosotros efectuado investigaciones en los principales servicios hospitalarios de cirugía infantil de París, ha encontrado veintiuna observaciones idénticas e incluido en su tesis cuarenta y cinco casos de apendicitis del lactante publicados en diferentes revistas desde que apareció el trabajo de Stéphan.

Etiología.—Es indudable que la primera edad es el período de la vida en que la apendicitis se observa con menor frecuencia.

Se acostumbra invocar, como causa de esta rareza, algunas particularidades anatómicas de la región ileocecal del lactante, tales como el gran desarrollo de la válvula de G-erlach, la anchura de la luz apendicular, etc.

Si bien estos factores deben muy probablemente ser tenidos en cuenta, parece también, conforme cree Peterson, que si nuestra atención estuviera a menudo dirigida en este sentido, la afección sería quizás considerada como menos excepcional, tendiendo la cronología de las estadísticas a probar que el número de las apendicitis del lactante va en aumento desde que conocemos mejor su semiología.

Los casos de apendicitis intrauterina, como el referido por Jackson, o los que se presentan durante la primera semana de la vida, sólo tienen un interés científico; las apendicitis de los recién nacidos, por intere-

santes que sean, no pasan de ser casos sumamente raros. En nuestra estadística, el niño más joven tenía doce días, pero por cada catorce apendicitis que se observan durante el primer año de la vida, han habido treinta y una durante el segundo año. La afección es, pues, unas dos veces más frecuente durante el segundo año que en el primero.

Durante el primer año, el máximo se encuentra entre seis y nueve meses (nueve casos entre catorce), en el período que el niño toma las primeras papillas. Durante el segundo año, vense veinticinco casos entre treinta y uno, entre los diez y siete meses y los dos años, en el período en que la alimentación va siendo cada vez más variada.

Entre cuarenta y cinco casos, treinta y una veces se trataba de niños, catorce de niñas. El sexo masculino parece, pues, más a menudo afectado (68'9 por 100 contra 31'1 por 100), cifra sensiblemente igual a la de los niños ya más crecidos.

Favorecen la aparición de la apendicitis en el lactante algunas predisposiciones congénitas del apéndice, la herencia, la lactancia artificial y sobre todo los cambios introducidos en la alimentación.

La apendicitis es rara en el niño criado exclusivamente al pecho; en cambio, la alimentación defectuosa, el empleo de una leche mal preparada o fermentada, de papillas indigestas son la causa de trastornos digestivos y de apendicitis.

En efecto, el mayor número de apendicitis obsérvase entre

seis y nueve meses, período de las primeras papillas, y un recrudecimiento entre diez y siete meses y dos años, cuando la alimentación del niño es ya más parecida a la del adulto, cuando empieza a comer carne. "

Según Kirmisson y Guimbellot y Bérard, los trastornos digestivos constituyen el factor etiológico más importante de las apendicitis del lactante. Mayet sostiene incluso que la enteritis precede constantemente a la crisis apendicular, opinión demasiado categórica, porque la crisis puede comenzar en plena salud.

Tanto en el lactante como en el niño más crecido, el apéndice puede estar interesado en el curso de enfermedades infecciosas, tales como: sarampión, escarlatina, erisipela, etc. La infección primitiva radica muchas veces al nivel de la faringe, y en algunos lactantes afectos de rinofaringitis, de adenoiditis, de angina, vemos presentarse una crisis apendicular; pero este factor etiológico no viene a ser muy importante, dada la frecuencia de las infecciones rinofaríngeas del lactante y la escasa frecuencia de la apendicitis.

Sintonías. — Es muchas veces difícil encontrar en la crisis apendicular del lactante los signos cardinales de la apendicitis del niño ya crecido. La rareza de la afección, el carácter de los dolores, la dificultad de investigar los signos físicos; contribuye a alejar del ánimo un diagnóstico poco corriente.

El dolor es uno de los signos más importantes; casi siempre

es el que llama la atención de la madre: el niño grita de un modo desacostumbrado, parece sufrir, "tener cólicos." Estos dolores, a veces ligeros al principio, aumentan progresivamente de intensidad, duran más o menos tiempo y después se atenúan en tanto que el niño se duerme, dejando creer que carecen de gravedad. Otras veces, los dolores pasan casi desapercibidos, incluso faltan por completo.

Los vómitos son bastante frecuentes. Al principio son alimenticios, después mucosos y biliosos. Pueden faltar y ser substituidos por un simple estado nauseoso.

El estreñimiento en la apendicitis del lactante ha sido considerado como un síntoma bastante constante y dotado de un cierto valor; en realidad, la diarrea, tan frecuente en los trastornos digestivos del lactante, la encontramos también en la apenaicitis. Entre veintitrés casos, nueve veces tan sólo había

estreñimiento, once veces diarrea y tres veces deposiciones normales, habiendo a este propósito dicho Fèvre: "La diarrea, en un niño, no es un signo que deba hacer descartar la idea de apendicitis, sino que, por el contrario, es un signo de alarma."

En algunos casos podrán llamarnos la atención síntomas pélvicos, haciéndonos observar la madre que los pañales no están mojados, que el niño parece no orinar, o, por el contrario, que orina poco, pero a menudo, y que parece sufrir cuando orina.

El estudio de la temperatura no puede proporcionarnos un dato de valor para el diagnóstico, dada la frecuencia de temperaturas muchas veces sumamente elevadas, aun tratándose de infecciones verdaderamente insignificantes en los niños pequeños; unas veces sube inmediatamente hasta 39-40°, otras se mantiene moderada, alrededor de 38°, o hasta casi próxi-

ma a la normal.

El estudio del pulso tiene mayor interés, por cuanto se acelera rápidamente, aun siendo la fiebre moderada.

Todos estos síntomas, que incluso agrupados nada tienen de característico, deben, en ausencia de una causa bien reconocida, llamar la atención hacia la posibilidad de una apendicitis. Reclaman el examen físico del niño, siendo el único susceptible a condición de ser practicado de un modo minucioso y preciso, de dar la nota de seguridad.

Este examen es difícil; es, propiamente hablando, un examen veterinario. El abdomen está a veces retraído o tirapaneado. La palpación es el "tiempo capital del examen. Debe ser sistemática, persistente y repetida si queremos obtener de ella datos precisos. Es preferible empezar por palpar la parte izquierda del abdomen, en la que el niño no siente probablemente dolor alguno, remontar luego suavemente a lo largo del colon y descender hacia la fosa ilíaca derecha, donde radica casi siempre el dolor. El lactante no nos ayuda para nada a precisar la localización objetiva del dolor; es, pues, necesario precisar su realidad y su intensidad fundándonos en otros signos. Aquí, más que en otros procesos, el signo de la flexión del muslo derecho sobre la pelvis y de la pierna sobre el muslo tiene valor; esta flexión de la pierna derecha puede ser espontánea, ser perceptible a simple vista, y en ocasiones esta anomalía llamada ya la

atención de los padres.

Durante la palpación de la fosa ilíaca derecha nos fijaremos en la cara del niño. Obsérvese a veces una mueca dolorosa y otras el niño, tranquilo antes del examen de la pared, rompe súbitamente a llorar.

Además de la localización del punto doloroso, la palpación permite apreciar el estado de la pared abdominal. La simple defensa muscular es un signo de presunción que reclama la observación atenta y repetida en cortos intervalos del enfermo; la contractura bien marcada y localizada en el lado derecho constituye uno de los mejores "signos de certidumbre. Deberemos, pues, buscarla minuciosamente y comparar la parte derecha con la izquierda del abdomen.

El examen de un lactante en el que sospechamos la apendicitis, es delicado; el niño sufre, grita al sentir la más insignificante presión; protesta y contrae toda la pared abdominal, sin que sea posible precisar el punto doloroso ni percibir diferencia alguna de flexibilidad en los dos lados del abdomen. Precisa, pues, ante todo, tranquilizar al niño, y para ello lo mejor es administrarle, durante el examen, un biberón de agua azucarada. Obtiénese casi siempre el resultado deseado, pero a veces la ingestión de líquido puede provocar un recrudecimiento de los vómitos.

Los alemanes aconsejan emplear los hipnóticos en forma de supositorios de veronal o de otro producto de la serie barbitúrica y examinar el abdomen

cuando el niño está dormido; vése entonces que no reacciona cuando se explora el lado izquierdo del abdomen y, en cambio, se despierta en cuanto se comprime el lado derecho.

Los otros signos, tales como hiperestesia cutánea predominando en el lado derecho, abolición del reflejo cutáneo abdominal derecho, etc., tienen con relación a los síntomas precedentes un valor análogo al que se les atribuye en la apendicitis de los adultos.

Completaremos el examen de la fosa ilíaca derecha con el examen de las regiones lumbares en las que cabe encontrar el máximo de dolor en los casos de apendicitis retrocecales.

El tacto rectal, practicado con mucha suavidad, puede suministrar nos datos interesantes, de los que no deberemos privarnos a pesar de la corta edad del niño; cuando se apoya el dedo en el lado izquierdo, el niño permanece tranquilo, reaccionando, en cambio; cuando la presión se ejerce sobre el lado derecho. Esta exploración puede ser sumamente útil en casos

de apendicitis pélvica, por cierto muy rara en el lactante.

Siempre que sea posible practicaremos una radioscopia del tórax, que viene a ser un seguro contra el error de diagnóstico a que puede conducirnos una neumonía silenciosa.

Formas clínicas. — Junto a la forma habitual, que se presenta bruscamente en un lactante sano, existen numerosas formas en las que el cuadro clínico difiere notablemente de este esquema clásico.

La diarrea puede dominar el cuadro clínico y hacer pensar en una forma grave de gastroenteritis; el error no es muchas veces reconocido sino cuando el niño está en plena peritonitis. Tanto en el niño muy pequeño como en el más crecido, la apendicitis puede revestir el aspecto de la peritonitis neumoecíca.

Vense también formas tóxicas de determinación fatal, formas insidiosas en las que, por no haber sido practicado un examen minucioso del abdomen, el niño muere de perforación apendicular, que ha evolu-

cionado solapadamente.

Las formas subhepáticas y pélvicas son consideradas como excepcionales; en cambio, la apendicitis hemiarria es frecuente. Según Estor, constituye el 5 por 100 de las hernias estranguladas del lactante, cifra confirmada por Févre en su estadística trazada en el servicio del profesor Ombredanne.

Anatomía patológica. — Las lesiones apendiculares encontradas durante la intervención o en la autopsia son siempre importantes.

He aquí las lesiones encontradas en cuarenta y dos casos:

	casos
1° Perforación sola . . .	9
2° Gangrena sola	8
3° Perforación y gan greña.....	3
4° Apéndice seccionado	2
5° Inflamación simple.	20

De modo que entre cuarenta y dos piezas operatorias se encuentran: veintidós veces lesiones apendiculares muy graves y veinte veces inflamación del órgano, que va desde la simple foliculitis hasta el apéndice de color rojo oscuro, sumamente grueso y lleno de pus.

Esta frecuencia de la gravedad de las lesiones tiene como corolario inmediato la frecuencia de las lesiones del peritoneo. En cuarenta y dos casos de la estadística anterior encontré al abrir al abdomen:

Cuatro veces serosidad clara.

Tres veces serosidad turbia.

Catorce veces peritonitis purulenta generalizada.

Una vez una peritonitis con focos múltiples.

Seis veces una peritonitis supurada enquistada.

Una vez una peritonitis plástica fibrinosa.

En definitiva, de cuarenta y dos veces, veintinueve, o sea en casi el 70 por 100 de los casos, el peritoneo está interesado. Casi siempre se trata de peritonitis generalizada; en los veintinueve casos con lesiones peritoneales, siete veces tan sólo la reacción estaba localizada; la tendencia a la localización y al enquistamiento es rara en el lactante.

Evolución, diagnóstico y pronóstico. — La crisis apendicular del lactante pocas veces evoluciona hacia la resolución, y por regla general si la intervención quirúrgica es aplazada, la apendicitis conduce casi siempre y muy rápidamente a la perforación y a la peritonitis generalizada. Esta queda constituida en pocas horas, y con sobrada frecuencia aún, es en este período tan sólo que son operadas las apendicitis del lactante, lo cual es en buena parte uno de los factores de la mortalidad postoperatoria.

No obstante, a partir del segundo año, el peritoneo se defiende a veces mejor, pudiendo formarse adherencias y quedar enquistado el proceso inflamatorio.

El problema del diagnóstico es sumamente difícil, procediendo la dificultad principal de no pensar con la frecuencia debida en la apendicitis del lactante. Los signos funcionales y generales son muchas veces de

orden trivial, siendo preciso fundarnos en el examen físico. Conviene explorar el apéndice del lactante de la misma manera que se examinan sus pulmones, su garganta, sus oídos; no nos cansaremos de recomendar el consejo que da el profesor Marfan: "En presencia de un niño que tiene dolores de vientre, vómitos y fiebre, deberemos explorar sistemáticamente el apéndice aun cuando el niño sea muy joven, incluso si tiene diarrea."

El diagnóstico de la apendicitis del lactante es casi siempre posible, habiendo por fortuna pasado ya la época en que Kirmisson y Guimbellot pudieron escribir que "durante el primer año casi no es posible hacer el diagnóstico sino en la autopsia."

Por más que la apendicitis del lactante continúa siendo aún hoy una afección grave, parece serlo menos que hace unos treinta años. Stéphan, en 1907, señalaba una mortalidad de cerca de 90 por 100. La estadística presentada por uno de nosotros, en su tesis, acusa trece defunciones entre cuarenta

y cinco casos, o sea una mortalidad de 29 por 100.

El pronóstico de la apendicitis del lactante depende, sobre todo, de la precocidad del diagnóstico y de la intervención quirúrgica. En cuanto pensemos más a menudo en la posibilidad de la apendicitis en niños muy pequeños, en cuanto examinemos minuciosa y sistemáticamente el abdomen de los lactantes, veremos disminuir su mortalidad, no excediendo quizá de la que presentan los niños ya mayores.

Tratamiento. — La apendicitis del lactante evoluciona casi siempre con una rapidez fulminante hacia la perforación y la peritonitis generalizada; tiene poca tendencia a la reabsorción o a la localización. En la práctica no deberemos contar con la curación espontánea, ni con los buenos efectos posibles del enfriamiento, no pudiendo la contemporalización sino producir desastres, siendo tan sólo recomendable la intervención quirúrgica de urgencia.

R. Liége y M. Goldstein.
(De Le Monde Medical)