

Dr. Aurelio Mosquera Narváez,  
Profesor de Patología Interna

Estudio patológico-clínico sobre las adherencias consecutivas a la perivisceritis

Señores:

El cumplimiento de un deber reglamentario y el deseo de contribuir, aunque sea en pequeña parte, al laudable empeño del Sr. Decano de activar e intensificar las funciones científicas y culturales de la Honorable Facultad de Ciencias Médicas, me ha obligado a presentarme ante vosotros, con el objeto de refrescar ideas y conceptos, que sí son perfectamente conocidos por vosotros, su recuerdo o recapitulación puede servir, por lo menos, para deducir alguna conclusión útil y práctica para el ejercicio de nuestra humanitaria profesión.

Me propongo —contando con vuestra benevolencia— distraer vuestra atención por breves momentos para hacer algunas consideraciones patológicas y clínicas sobre los trastornos que producen las adherencias que se desarrollan consecutivamente a las perivisceritis abdominales; habiendo resuelto tratar de este tema, no porque lo juzgue nuevo ni desconocido para vosotros, sino únicamente porque en el ejercicio profesional he tenido oportunidad de observar y constatar las profundas y variadas perturbaciones funcionales que son capaces de originar las adherencias peritoneales, que son la consecuencia inevitable de las perivisceritis.

Por cuanto estas formaciones patológicas no constituyen una entidad morbosa clara y definida, sino que únicamente son las reliquias o seqüelas de las peritonitis agudas o crónicas —que representan el substrato anatómico de las peri- vísceritis— lógico es deducir que el cortejo sístomático que acompaña a dichas formaciones, no tiene nada de característico, y de ahí la enorme dificultad, en la práctica, de poder reco

nocerlas, y la causa de que frecuentemente se cometan errores de diagnóstico y se llegue a conclusiones erróneas a pesar del examen minucioso y de la prolija observación clínica del enfermo.

Para proceder, ordenada y metódicamente estudiaremos primero, aunque sea someramente, las causas de la inflamación del peritoneo y las lesiones que de ella se derivan; en segundo lugar, las causas y mecanismo que intervienen en la formación de las adherencias peritoneales; en tercer lugar, la sintomatología de dichas adherencias; y por último revisaremos las principales enfermedades que ellas pueden simular, ocasionando insubsanables dificultades para el diagnóstico clínico.

I

Sabemos perfectamente que el peritoneo es una vasta serosa que está en relación más o menos íntima con numerosos órganos abdomino-pelvianos, de lo que resulta que las afecciones de estas repercuten fácilmente en dicha serosa, determinando su inflamación.

Los caracteres peculiares que individualizan las lesiones peritoneales, prescindiendo de las de los órganos tapizados por el peritoneo y que a veces les imprimen una fisonomía propia, son 1.º la facilidad con que el proceso inflamatorio puede propagarse por toda la extensa superficie peritoneal; 2.º el gran poder de absorción del peritoneo; y 3.º la sensibilidad que posee de reaccionar enérgicamente a la infección o inflamación. La consecuencia inmediata de esta propiedad defensiva de la serosa es la formación de exudados, los que pueden ser de naturaleza fibrosa, que determinan rápidamente la adhesión de las superficies serosas; o de naturaleza serosa o sero-febrínosa, que unidos a intensa emigración leucocitaria pueden transformarse en exudado purulento.

El proceso más frecuentemente observado en el peritoneo, es sin duda alguna, la inflamación que produce las peritonitis. Por otra parte, en la generalidad de los casos, las peritonitis, son producidas por la difusión de un proceso inflamatorio de alguno de los órganos en relación con la serosa peritoneal, puesto que la peritonitis primitiva o idiópática, o sea la inflamación aguda desarrollada primitivamente en el tejido peri-

toneal sin participación de ningún proceso inflamatorio de los órganos abdomino-pelvianos, es muy rara o excepcional.

La serosa peritoneal es sensible a las excitaciones tóxicas o infecciosas y sus reacciones patológicas pueden ser agudas o crónicas, generalizadas o circunscritas. Sin rechazar la posibilidad de que la infección peritoneal pueda ser determinada por causas extrínsecas (traumatismo, herida penetrante, operación quirúrgica), es un hecho comprobado que más frecuentemente dicha inflamación es originada por causas intrínsecas, es decir por la infección procedente de cualquiera de los numerosos órganos que están en relación con la serosa, pudiendo aceptarse que todas las vísceras abdominales pueden dar lugar a la infección del peritoneo.

Y en verdad, podemos aseverar, que todos los procesos patológicos que se desarrollan en el canal gastro intestinal, desde el cardias hasta la porción extroperitoneal del recto, pueden dar nacimiento a una peritonitis. Igual acción pueden tener los variados y diversos procesos del aparato uro-genital, lo mismo que las afecciones del bazo, hígado, vías biliares, vesícula biliar etc.

En muchos casos, la serosa se inflama parcialmente, solo en la parte correspondiente al órgano que le recubre, dando nacimiento a las peritonitis circunscritas o perivisceritis, las que pueden ser agudas o crónicas. En buen número de casos son circunscritas desde el principio, localizándose la infección en la región en que nació, formándose como si dijéramos un foco infeccioso, aislado del resto de la cavidad peritoneal, por las adherencias desarrolladas. En otras ocasiones las peritonitis circunscritas son consecutivas a la generalizada.

En veces la inflamación tiene como consecuencia la formación de un exudado fibrinoso y plástico que produce la adherencia de las superficies de la serosa peritoneal, y en otras la formación de exudado sero-purulento o purulento, limitado por verdaderas membranas.

Las lesiones anatomo- patológicas que pueden encontrarse en la extensa superficie peritoneal, son numerosas y variadas, y difieren tanto bajo el punto de vista de la intensidad como de la extensión de las lesiones. Cuando la infección es sub-aguda no son muy fanifias las lesiones porque no han tenido tiempo de constituirse, sucediendo lo contrario cuando el proceso ha evolucionado más lentamente. En este

caso el fenómeno inicial observado es una intensa hiperemia, es decir, una inyección de los vasos del tejido sub-seroso, que afecta la forma extriada o arborizada, irregularmente distribuida, con predominio en la hoja visceral, acompañada de extravasaciones sanguíneas pequeñas. Inmediatamente se aprecia la formación de exudado sero-fibrinoso a consecuencia del cual se aglutinan las asas intestinales y pierde su brillo la serosa peritoneal, apareciendo rugosa y despulida. Cuando este exudado se produce en bastante cantidad tiende a ocupar las partes más declives. Posteriormente se forman neomembranas que al principio están constituidas por delgadas capas de fibrina, y que debido a la agregación sucesiva de nuevos depósitos de fibrina llega a formar un revestimiento membranoso que tapiza a los órganos abdominales, llegando a establecer entre ellos bridas filamentosas o adherencias, que primero débiles y laxas, terminan por organizarse y hacerse resistentes. Las neomembranas localizan a menudo el proceso patológico, es decir que el exudado membranoso rodea al líquido, sea seroso o sero-purulento. Así mismo, pueden seguir diferentes evoluciones: en casos se disgregan y desaparecen por reabsorción, y en otros se organizan, constituyendo adherencias fibrosas.

## II

Como en toda inflamación localizada en una serosa, en la del peritoneo se producen dos fenómenos esenciales: la formación de exudado y la multiplicación de células endoteliales. Lo que caracteriza al líquido exudado de los vasos durante la inflamación, es su riqueza en sustancias sólidas solubles: fibrina, sustancia fibrinoplástica, moco, y que en ocasiones, el exudado inflamatorio puede contener hasta 6% de materias albuminoideas disueltas. Bajo la influencia de un proceso inflamatorio la sustancia fibrinógena sale de los vasos, la cual en presencia de otra llamada fibrinoplástica, proveniente de las células, se coagula poco a poco en los espacios intercelulares. Las adherencias que se producen a causa de una inflamación peritoneal siguen un proceso analogo, pudiendo sintetizar el mecanismo que siguen en su formación, así:

1º. unión fibrinosa; 2º. vascularización; 3º. formación de fibras conjuntivas.

El desarrollo de las adherencias peritoneales puede efectuarse en ciertos casos tan rápidamente que, horas después del comienzo de la inflamación, ya se les puede encontrar constituidas, y a las 24 horas de su formación ser tan sólidas y resistentes que pueden soportar una presión hidráulica mayor que la que existe normalmente en la cavidad abdominal, y a las 36 horas, ser tan fuertes que su desprendimiento o disgregación se hace difícil o imposible, pues se llegará a producir el traumatismo, la díslaceración y hasta el desgarramiento completo del tejido sub-seroso, antes que el desprendimiento o liberación de estas adherencias.

Esta tan inmediata y rápida formación de adherencias peritoneales no se verifica en todos los casos; más frecuente es que transcurran hasta ocho días desde la formación del exudado hasta la transformación en tejido conjuntivo provisto de vasos, que termina por formar íntimas adhesiones entre diversos sectores de la superficie peritoneal.

Las adherencias presentan aspectos diversos, bajo el punto de vista de su solidez, la que está íntimamente relacionada con la intensidad y el tiempo de que data el proceso inflamatorio. Si el proceso que las origina es reciente y agudo, las adherencias son débiles, comparables con telas de araña; si son antiguas y consecutivas a procesos más o menos crónicos son muy resistentes, de coloración nacarada y disposición estratificada.

Generalmente se las divide en dos grupos: el primero comprende las adherencias recientes, producidas por un proceso agudo; y el segundo comprende las antiguas que pueden subdividirse en: a) adherencias formadas por tejido celular y delgado; b) filamentosas o membranosas, más o menos alargadas y que llegan a formar bridas o anillos; y c) conjuntivas, más o menos extensas, que sueldan diversas partes u órgano entre sí.

Las del primer grupo, por su estructura, no oponen ningún obstáculo a los movimientos ni al funcionamiento de los órganos; no así las del segundo grupo, resistentes y más o menos extensas, que originan perturbaciones en las funciones del órgano adherido. El sitio en que se desarrollan es completamente variable y siempre en relación con el o los órganos inflamados: se las encuentra ya en la gran cavidad abdominal, ya en la región pelviana, ya en los sacos hernianos.

Si estudiamos la etiología de las adherencias peritoneales, podemos afirmar que todas las afecciones inflamatorias intra-

abdominales, agudas o crónicas, pueden ser el punto de partida de estas formaciones patológicas que se establecen entre las vísceras abdominales o entre ellas y la pared abdominal. Las que con más frecuencia intervienen en su formación son las de las vías del estómago, duodeno, intestino delgado y grueso, apéndice íleo-cecal, vesícula biliar y órganos genitales internos de la mujer, cuyas afecciones repercuten fácilmente sobre la serosa peritoneal produciendo su inflamación. Otro factor etiológico que a menudo concurre a su formación, está representado por las intervenciones quirúrgicas practicadas en algún órgano contenido en la cavidad abdomino-pelviana; y en igual sentido actúan los traumatismos o contusiones cerradas de la pared abdominal.

Las colecistitis agudas o crónicas de cualquiera naturaleza, y especialmente las calculosas, se acompañan de pericolecistitis que dan lugar a la formación de adherencias que tienden generalmente a localizarse en un punto del hipocondrio derecho, pero que en muchas ocasiones pueden constituir un proceso adhesivo difuso que une la vesícula biliar a distintos órganos, como estómago, en la región pilórica; colon ascendente, sobretudo en el ángulo cólico-hepático; apéndice íleo-cecal, epíplon etc., obstaculizando y limitando los movimientos normales y libres de estas vísceras abdominales, y por tanto, alterando su funcionamiento.

Las apendicitis agudas siempre van acompañadas de peritonitis en diversos grados de intensidad, que desde el comienzo de la enfermedad originan adherencias más o menos extensas, que unen o adhieren el ciego a otros diversos sectores intestinales, y que pueden persistir aun después de la apendicectomía. Igual proceso pueden desarrollar las apendicitis crónicas.

Entre las enfermedades inflamatorias del estómago, la úlcera redonda es la causa más común de la formación de adherencias que constituidas por bandeletas fibrosas y resistentes, no solamente rodean y protegen a la lesión, sino que producen la unión más o menos íntima del estómago con los pliegues peritoneales próximos o con los órganos vecinos. Sucede lo mismo con la úlcera del duodeno.

Los procesos flemáticos de los órganos de la pequeña pelvis (anexitis, ooforitis, salpingo-ovaritis etc.) tan frecuentemente propagados al peritoneo que les tapiza y que está en íntima relación con ellos, dan también lugar a la formación

de exudados fibrinosos y plásticos que organizándose progresivamente terminan por constituir adherencias, las que no solo ocasionan la isquemia de los órganos que rodean, por retracción progresiva, sino también desvían y fijan a estos en situaciones viciosas, dando lugar a una serie de trastornos funcionales, que ocasionan grandes y perpetuos sufrimientos y achaques a las enfermas.

Todas las inflamaciones que asientan en el intestino pueden propagarse al peritoneo, ya por relaciones de contigüidad o ya por conexiones linfáticas, produciendo inflamaciones peritoneales, más o menos agudas y más o menos circunscritas o generalizadas, según la intensidad del proceso inflamatorio primitivo, y según la virulencia del agente patógeno que lo produce. Pero entre estas inflamaciones, hacen la propagación más frecuente, aquellas que terminan por producir procesos ulcerativos, como fiebre tifoidea, tuberculosis intestinal y especialmente disenteria amibiana. Las peritonitis consecutivas a estas efeciones, pueden dar nacimiento a la formación de adherencias que unen entre sí diversos segmentos del intestino, alterando su funcionamiento normal y produciendo síndromes patológicos tan variados, que hacen muy difícil, y aún imposible su diagnóstico clínico.

Me permito insistir, de manera especial, en la frecuencia con que, entre nosotros, que reina indémicamente la disenteria amibiana, constituye un factor etiológico importante de adherencias.

Ya tuvimos ocasión de oír al Sr. Profesor de Clínica Interna, en su notable conferencia sobre la amibiasis, como ellas no llegan a curarse radicalmente, entre otras causas, por falta de educación y comprensión del enfermo, el que una vez que han desaparecido los síntomas salientes del síndrome disentérico amibiano, abandonan todo tratamiento condenándose inconscientemente a constituirse en enfermos crónicos de amibiasis enquistada, que es la causa inevitable de nuevos y repetidos brotes agudos, los que a su vez pueden dar lugar a distintas complicaciones como la propagación de las amebas a otros órganos viscerales y a la serosa peritoneal, que reacciona como siempre, dando lugar a la formación de exudados fibrosos, de los que será la consecuencia inevitable el desarrollo de adherencias, que uniendo partes distantes y aún muy distantes del intestino, dan lugar a perturbaciones y anomalías funcionales caprichosas y variadas.

III

Los síntomas que presentan los procesos adhesivos peritoneales son diversos, variados, confusos, borrosos y variables, que por lo general, no se encuadran en ninguna de las clasificaciones patológicas. Y es natural que así sea, puesto que, los trastornos funcionales que determinan no son ni pueden ser siempre los mismos ni atacar a los mismos órganos, ni con la misma extensión, ni en la misma solidez; dichos trastornos y los síntomas que pueden revelarlos, dependen del órgano u órganos recubiertos y unidos por las adherencias, de la mayor o menor extensión de éstas. Imposible sería por lo mismo, poder describir un cuadro sintomatológico único y constante. Señalaremos, únicamente, los síntomas mas constantemente apreciados.

Por su frecuencia, llaman ía atención los trastornos digestivos: nauseas, vómitos, constipación. Los vómitos pueden ser periódicos, coincidir o seguir a la ingestión de alimentos; o paroxísticos y más o menos frecuentes. La constipación muchas veces es permanente, tenaz, crónica y no cede a ninguna medicación.

La intensidad de estos síntomas depende del sitio de las adherencias, de su forma, número y consistencia.

Cuando las adherencias se realizan en órganos dotados de cierta movilidad, como el estómago e intestino, dan lugar a trastornos más o menos marcados de su funcionamiento fisiológico; así se observa que tanto los movimientos peristálticos como los de desplazamiento de estas vísceras se hallan limitados, obstaculizados, o aún impedidos, por estiramientos que se traducen por dolores de intensidad y duración variables o tracciones que provocan espasmos y contracturas, que se traducen a su vez por cólicos intestinales dolorosos, fuertes y persistentes y que pueden simular una oclusión intestinal.

La adhesión de una asa intestinal con un órgano vecino o de dos segmentos segmentos de una misma asa, produce diversas modificaciones en la forma de los órganos adheridos, originando, en veces, a causa de la compresión de un punto limitado del tubo intestinal, estenosis más o menos acentuadas, que dificultan el curso normal de las materias re- residuales, o en veces, acodamientos pronunciados, que de



terminan la constipación constante acompañada de cólicos intensos y repetidos.

Al llegar el bolo al sitio de la acodadura o estenosis, no puede avanzar, porque su marcha se halla impedida u obstaculizada por la supresión de los movimientos de ondulación y de desplazamiento, de lo que resulta la aparición de dolores de intensidad variable, tres o cuatro horas después de la ingestión de los alimentos. Puede llegar un momento en que la estrechez o acodamiento se acentúen más, al extremo de que no sea posible ni el paso de los líquidos, y se presentará todo el cortejo sintomático de una oclusión intestinal.

El dolor, es pues, otro síntoma constante de adherencias abdominales, ya lígido y transitorio, ya violento e intolerable, ya permanente o periódico, en veces paroxístico.

Las adherencias de los órganos genitales internos de la mujer, que pueden unir entre sí, en una sola masa a todo o parte de ellos, colocan al útero y anexos en posiciones viciosas permanentes y determinan diversos y variados trastornos funcionales, que se traducen por síntomas múltiples, vagos, borrosos o acentuados, entre los que sobresale el dolor que puede ser permanente o periódico, débil o intenso, y que se acentúa sobre todo en los días anteriores y en los de las reglas, determinando dismínorreas tan violentas que obligan al uso de toda clase de narcóticos, y que por su repetición mensual, trastornan completamente el psiquismo de la mujer, haciéndole aparecer simplemente como neurótica, como histérica, y condenándole al uso, también constante, de un arsenal terapéutico variado que siempre va al fracaso.

#### IV

Por la rápida enumeración de los principales síntomas que acompañan a las adherencias peritoneales, se puede colegir que su diagnóstico clínico ofrece, en la mayoría de los casos muchas dificultades, casi siempre, insalvables, que puede conducir a error, y a mantener indefinidamente al enfermo presa de achaques y sufrimientos, y a indicaciones terapéuticas inútiles por lo menos, sino perjudiciales.

En ocasiones, el conocimiento detallado de los antecedentes del enfermo, obtenido mediante una prolija investi-

gación, que permita conocer que dicho enfermo ha sufrido anteriormente de alguna afección inflamatoria de los órganos abdomino-pelvianos, o de una peritonitis, o de un traumatismo abdominal, o de una ínter vención quirúrgica, puede permitir la sospecha de la posible existencia de adherencias, pero no sería dable afirmar rotundamente, ni menos localizar su situación\*

Las dificultades para el diagnóstico clínico se aumentan todavía con la posibilidad real y efectiva de que las adherencias, por su localización y extensión, pueden simular buen número de enfermedades, cuyo cortejo sintomático se encuentra realizado, en todo o en parte, por los síntomas correspondientes a dichas adherencias.

Así hemos tenido ocasión de observar enfermos con síntomas clásicos de úlcera gástrica: dolor espontáneo y provocado por la ingestión de alimentos, permanente o paroxístico, inmediato a dicha ingestión o posterior a la segunda o tercera hora, regurgitaciones ácidas, náuseas y vómitos, que ocasionaban enormes y constantes sufrimientos a los enfermos y sobre todo completo despecho y escepticismo de la medicina y de los medicamentos por los constantes y repetidos fracasos, y que no dependían sino exclusivamente de adherencias desarrolladas por perí-duodenítis o perivisceritis cólica.

Hemos observado enfermos con la sintomatología característica de apendicitis, tan clara y precisa que se imponía la indicación de la apendicectomía, y sin embargo todo el proceso estaba constituido por adherencias originadas por perí- vísceritis cecales y cólicas.

Numerosos son los casos en que nuestro diagnóstico inicial ha sido el de colecistitis crónica y aún, en veces calculosa, por el conjunto sintomático apreciado, en el que ha predominado el elemento dolor periódico y repetido, acompañado de todos los síntomas y signos de cólicos hepáticos o vesiculares, y sin embargo tan aparatoso cuadro clínico ha sido producido únicamente por adherencias originadas por perí-colecistitis o perí-gastritis o peri- colitis.

En alguna ocasión hemos podido rectificar un diagnóstico de cáncer abdominal cuyos síntomas aparecían claros e indudables y que presa fiaban para el enfermo, una terminación fatal a breve plazo, ' constatar que todo dependía de adherencias por perí-iritis intestinales.

Frecuentes también han sido los casos en que la sintomatología correspondía a la de una estenosis y aún a la de obstrucción intestinal, siendo producida, como en el caso anterior, por perivisceritis intestinales.

Me privo de citar otros casos, porque no deseo abusar de vuestra amabilidad, ni fatigar vuestra atención. Pero con lo dicho basta para afirmar que generalmente son insalvables las dificultades para el diagnóstico clínico de las adherencias y que es necesario, siempre y en todo caso recurrir al examen radioscópico y radiográfico, los únicos que sin los graves inconvenientes de las laparotomías exploradoras, pueden aclarar la compleja obscuridad patológica y clínica que acompaña a los trastornos producidos por las adherencias peritoneales.

El Sr Decano de la Facultad ha querido honrarme con su presencia y valiosa cooperación analizando y estudiando en este momento varias radiografías que van a ser proyectadas y que confirman varios de mis asertos.

Quede constancia de mi profundo reconocimiento para él, siempre entusiasta y empeñoso por el creciente progreso de la H. Facultad de Medicina, y para vosotros que con verdadera amabilidad os habéis dignado oírme.