

1075

APENDICITIS AGUDAS.— CRITERIOS DOCTRINALES DIAGNOSTICOS

Dr. CARLOS PRADO D.
Departamento de Cirugía.

"La apendicitis constituye uno de los temas de perenne actualidad dentro del vasto panorama de la patología humana, debido al notable porcentaje con que se presenta en todas las zonas habitadas por el hombre. Por esta razón su estudio, observación clínica, modalidades y forma de tratamiento, están constantemente revisadas y expuestas por los clínicos y los cirujanos", según afirma el Dr. Villafañe en su trabajo titulado "Apendicitis Agudas" (el Día Médico Nº 88. Dobre. de 1958).

Por esta razón es que nos hemos visto obligados a plantear el problema, puesto que las consecuencias médico-sociales que dimanar de cierta conducta precipitada sobre todo entre los principiantes que intervienen, sin reparar ni aun en los casos de apendicitis psicógena o de apendicitis refleja, como sucede en el cuadro del síndrome del flanco derecho doloroso. En tales circunstancias si la forma de tratamiento ha sido la ablación del apéndice, se desencadena en el post-operatorio más o menos allejado, un cuadro dramático cuyo primer episodio se inicia unas semanas, meses o algo más tarde, luego de practicada la apendicetomía con una nueva crisis dolorosa igual o más dramática que la que motivó la intervención. Entonces se inicia el vía crucis del paciente y del

cirujano que intervino tan candorosamente, cuando otro colega es llamado para atender esta nueva crisis, quien diagnostica "adherencias" cuando no de "mal operado" y en consecuencia propone la reintervención para quitar las adherencias o rectificar lo mal hecho. El traumatismo de esta nueva intervención, naturalmente que puede engendrar adherencias por el amplio manipuleo de las vísceras en busca de las inexistentes adherencias o de lo mal hecho.

Cuando la paciente apendicectomizada sea una psicógena, la próxima crisis va a descargarla en otra víscera sobre la cual somatizará otro cuadro que simule un cólico renal, por ejemplo, o un uterino o salpingiano, vesical, u otro cualquiera de tipo visceral. De todos modos una tercera reintervención para extraer un supuesto cálculo renal o extirpar los anexos o aun el útero mismo, acabará por convertir a la paciente en un verdadero hospital ambulante, con las graves consecuencias médico-sociales que ello implica, pues el uso a larga mano de los sedantes del dolor o de los tranquilizadores, acabará por convertirla en una toxicómana. Otro de los motivos que nos indujeron a realizar este trabajo, fue el deseo de dar a conocer la manera como nosotros encaramos su estudio, observación clínica y modalidades de la enfermedad desde el punto de vista clínico sindrómico, que nos ha parecido la pauta más adecuada para el razonamiento analítico de los síntomas que nos permiten diferenciarla de otros cuadros nosológicos semejantes.

Para el estudio del tema nos hemos valido de nuestro propio material, es decir, de los casos estudiados y tratados en el Hospital "Eugenio Espejo" de esta Capital. El estudio clínico, punto central del tema, ha sido realizado de acuerdo a la forma y condiciones clínicas con que se han presentado nuestros enfermos, poniendo a prueba, para el diagnóstico, un cierto criterio sindrómico que lo hemos utilizado para cada caso, y luego de analizados e interpretados sindrónicamente a priori, lo hemos parangonado a posteriori con los hallazgos anatomo-patológicos durante la intervención quirúrgica. El desarrollo del tema lo hemos planificado de la siguiente manera:

a) **ESTADISTICA.—**

Desde el 15 de diciembre de 1962 hasta el 15 de enero de 1963, en Pabellón N° 2, sala A y durante nuestras guardias hemos practicado 53 intervenciones por síndromes apendiculares agudos y 17 por síndromes apendiculares crónicos, sobre un total de 183 operaciones de abdómenes agudos durante el mismo lapso.

Asimismo, han sido hospitalizadas en dicho servicio quirúrgico, 67 pacientes que han ingresado con el diagnóstico provisional de "apendicitis crónica", de las cuales 52 fueron dados de alta sin intervención. Las 16 restantes fueron intervenidas pero después de haberse rectificado su diagnóstico, según puede apreciarse en el cuadro adjunto.

CUADRO N° 1

PACIENTES INGRESADAS CON EL DIAGNOSTICO PROVISIONAL DE "APENDICITIS CRONICA".

Pacientes no intervenidas	Intervenidas con diagnóstico rectificado
20 casos. Apendicitis psicógena.	2 casos. Embarazo (Extrauterino. (Forma pseudo-apendicular).
5 casos. Colitis derecha.	1 caso. Quieste del Ovario Torcido. (Forma pseudo-apendicular).
6 casos. Anexitis derecha.	Hiemen. Abdomen
1 caso. Tensión pre-menstrual.	1 caso. Imperforación del Hiemen. Abdomen agudo. (Forma pseudo-apendicular).
6 casos. Ovaritis Escleroquistica.	10 casos. Polo inferior del flanco derecho doloroso. (Apendicitis refleja).
4 casos. Fiebre Tifoidea.	2 casos. Tuberculosis genital. (Forma pseudo-apendicular con Plastrón de fosa ilíaca derecha).
6 casos. Tiflitis Amebiana.	
3 casos. Gripe (forma abdominal).	
1 caso. Ciego Móvil.	
TOTAL: 52 casos	TOTAL: 16 casos

b) **EDAD Y SEXO.**—

En total se han operado 48 mujeres, 20 hombres y 2 niños. Respectivamente a la edad, los casos se descomponen así: 52 entre los 18 y 35 años de edad; 20 entre los 35 y 60 años. Los niños corresponden a menores de 8 y 6 años, respectivamente.

c) **DIVERSOS CRITERIOS PUESTOS EN PRACTICA PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME APENDICULAR AGUDO.**—

Los expertos tienen toda la razón al insinuar que cuando un apendicular se muere, alguien tiene la culpa. Según los cómputos del Instituto de Clínica Quirúrgica de Buenos Aires, que ha hecho una encuesta respecto del grado de culpabilidad, tomando en cuenta los diversos factores que intervienen en el problema, han llegado a establecer el siguiente porcentaje: por culpa de la enfermedad el 15%; el atribuido al paciente es el del 25%; y, el pertinente al médico el 60%. Esta súbita alza de culpabilidad atribuida al cirujano, creemos nosotros se debe, por lo menos, en lo que a nuestro medio se refiere, por ser el internista el primero que atiende estos casos agudos, quien en vez de llamar en consulta al cirujano, espera que el paciente presente todo el cuadro de complicaciones, tales como: vómitos, defensa muscular, es decir que según él, espera que el proceso se aclare con la ruptura de la apéndice para hacer el diagnóstico y enviarle al cirujano, aunque sea ya un poco tarde. En ocasiones el internista sigue actuando aún bajo estas precarias circunstancias, tratando de "enfriar" el proceso con la concebida bolsa de hielo o con la aplicación por millonadas de antibióticos hasta volverle resistente. Un cuarto factor de culpabilidad es el que debe atribuirse a los familiares de la enferma, pues ellos por su cuenta y riesgo suelen administrar, frente a cualquier "dolor de estómago" el consabido purgante o la famosa lavativa con lo cual acabarán por terminar la obra destructura que la infección provoca sobre el apéndice.

De ahí que lógicamente el 80% de los casos que se presentaron en nuestras guardias fueron intervenidos después de la rup-

tura, es decir, casos con apéndices supurados, casos con apéndices gangrenados, cuando no desprendidos por su base o fundidos formando una papilla pútrida en medio de las asas intestinales incardinadas en el proceso patológico.

Por eso encontramos muy laudable la preocupación de los Profesores de Clínica Quirúrgica por encontrar una fórmula clínico-semiológica que permita facilitar y agilizar el diagnóstico precoz. Pero por más buenas fórmulas que se propongan, si estas no son aplicadas con recto criterio clínico, sentido práctico y honorabilidad profesional, no se habrá adelantado gran cosa en la inmensa tarea de salvar a los pacientes atacados de tan grave proceso.

Para nosotros el diagnóstico de una apendicopatía o mejor diríamos del síndrome apendicular ha sido como la ejecución de la apendicectomía misma, es decir que en unos casos será fácil y en otros muy difícil sentir el diagnóstico, así como la apendicectomía en unos casos es fácil y en otros muy difícil de realizarla. Ante tan apremiante dificultad y supuesto que el diagnóstico de apendicitis es uno de los más comunes y corrientes entre los de urgencia, hemos recurrido en la práctica a la utilización de ciertos criterios clínico-semiológicos condensados en ciertas fórmulas y elaboradas por los grandes maestros y de cuya capacidad y experiencia clínica no es posible dudar. Utilizando tales criterios en el discrimen de nuestros casos, hemos podido apreciar su gran valor semiológico de algunas de dichas fórmulas al obtener diagnósticos correctos, que se han traducido en una garantía de acierto en un elevado porcentaje de casos que con la utilización de alguna de ellas se eleva hasta el 90% de los casos.

Cuatro son los criterios que hemos utilizado para llegar al diagnóstico clínico del síndrome apendicular y que han sido alternativamente aplicadas, tomando en cuenta ya sea la anamnesis del paciente o la exploración manual de la zona supuesta enferma y en ocasiones del resultado de ambas cosas a la vez. Con ello queremos significar que utilizando estos criterios, sea uno u otro, desde el principio podemos orientarnos acerca de las dos grandes posibilidades anatómo-clínicas que puede acontecer con

el apéndice de los pacientes posibles de una apendicopatía, a saber: que estemos frente al caso de apendicitis en que la perforación aún no se ha producido o que nos encontremos eventualmente frente a las condiciones en que la perforación ya ha tenido lugar.

La primera posibilidad podemos colegirla por los datos que obtengamos del interrogatorio y lo segundo lo sabremos mejor por las características palpatorias que obtengamos de la exploración manual de la región. Ahora bien, el criterio que toma en cuenta los resultados del interrogatorio para fundamentar sobre ellos la base diagnóstica, es lo que nosotros llamaríamos criterio anamnéstico subjetivo, pues como su nombre lo indica consiste en escuchar al paciente el relato de sus padecimientos como sujeto que sufre y que lo declara al médico. Utilizando dicho criterio como punto de partida para la fundamentación del diagnóstico sintromático, tiene el clínico a su favor, la enorme ventaja de obtener una idea de conjunto acerca de la manera como han ido brotando los síntomas para integrar el cuadro y por consiguiente, conocer la cronología de aquellos mismos síntomas juntamente con su evolución.

Con ello obtenemos un registro sintomático y una imagen de los signos que han ido brotando durante el curso del proceso apendicopático, hasta llegar a formar lo que el gran clínico anglosajón Murphy llamó "la cronología de los síntomas de la apendicitis aguda". De la aplicación práctica de esta fórmula clínico-semiológica, dedujo el mismo Murphy dos consecuencias importantes: la primera que toda apendicitis típica ha de seguir esta cronología de los síntomas y, segunda, que hay que dudar del diagnóstico de apendicitis cuando esta cronología no se presenta.

Otro criterio que hemos puesto a prueba en el discrimen de las apendicopatías es el que pudiéramos llamarlo Criterio Objetivo y que como su nombre lo indica consiste en ir en busca de los signos locales del ataque (hallazgos objetivos morbosos), que permitirán orientarnos hacia lo lesional del proceso apendicular. Esta verificación palpatoria de los signos locales del ataque, permiten establecer dos subsíndromes objetivos: el síndrome mínimo

del Profesor Ivanisevich y el máximo de Dieulafoy. El primero tiene por fórmula la siguiente: dolor objetivo y subjetivo en el punto de Mac Burney. Ha sido denominado mínimo, entendemos nosotros, por la concomitancia del menor número de signos y de síntomas que pueden evidenciar el reconocimiento del apendicitis y el otro, que hemos dado en llamarlo máximo porque en su fórmula concurren el mayor número de síntomas y signos que caracterizarían una apendicopatía, desde luego ya complicada como veremos después. Su fórmula está integrada por la clásica triada de: hiperestesia cutánea, defensa muscular y plastrón en ilíaca derecha, cuyos dos últimos componentes, implican, desde luego, una complicación en el proceso y de los más graves, o sea, la perforación de la apéndice.

Esto naturalmente no quiere decir que en el discrimen de nuestra serie de apendicopatías nos hayamos contentado solamente con adherirnos al criterio anamnésico subjetivo, descuidando la constatación de los signos locales del ataque o viceversa, concretándonos solamente al examen regional quirúrgico y menospreciando la anamnesis. Nada de eso; por el contrario lo que queremos significar con ello es que hemos dado prioridad a uno u otro criterio, según ha convenido al tipo de apendicopatía que tengamos entre manos.

d) APLICACION PRACTICA DEL CRITERIO SUBJETIVO A LOS CASOS DE NUESTRA SERIE.—

Comenzamos primeramente por aplicar el criterio del síndrome cronológico de los síntomas, o sea, a aquellos casos que, según la anamnesis, habían seguido la pauta sindrómica de Murphy. Para facilitar nuestra labor en ese sentido, planeamos el itinerario semio-técnico que debíamos seguir en cada caso, de la siguiente manera: a) Historia anterior al comienzo del dolor. b) Orden de sucesión de los síntomas. c) Signos locales del ataque.

a) **Historia inmediatamente anterior al comienzo del dolor.**— Frecuentemente existe una historia de indigestión, el fa-

moso "empacho" (diagnóstico hecho en casa por los familiares del enfermo), que ha sido el responsable de la administración intempestiva de lavados y purgantes que tantos apéndices ha perforado. Es frecuente que también haya una historia de irregularidad en las deposiciones (razón por la cual también se le purga al paciente). En nuestra serie de 70 apendicectomizados han habido 23 casos, o sea, el 32% en que se ha puesto en evidencia la existencia de la famosa indigestión, durante los días inmediatos al comienzo del ataque doloroso.

b) **Constipación y Diarrea.**— La constipación ha sido el fenómeno constante en la serie de casos intervenidos, salvo el de 3 pacientes en quienes hubo diarrea y en los cuales el hallazgo operatorio fue Adenolinfitis Mesentérica (casos Nos. 6, 61, 73).

c) **Orden en la sucesión de los síntomas.**— La sucesión de los fenómenos que deben presentarse, según la cronología de los síntomas de Murphy, deben seguir el siguiente orden: dolor epigástrico o periumbilical que pronto se generaliza a todo el abdomen para algunas horas más tarde localizarse en fosa ilíaca derecha. Luego sobrevienen náuseas y vómitos y, por último, al cabo de 6 a 12 horas, temperatura.

En nuestra serie, en lo que al dolor se refiere, las constataciones han sido las siguientes: el dolor epigástrico no ha faltado nunca. Solamente el 40% de los casos han presentado el síndrome de Murphy completo, con su evolución típica desde epigastrio-ombiligo-fosa ilíaca derecha. En cambio el otro 40% de los casos han presentado un síndrome de Murphy incompleto en esta forma: epigastrio-fosa ilíaca derecha. El 20% restante han presentado un síndrome de Murphy invertido, esto es que el dolor ha nacido primeramente en fosa ilíaca derecha y luego se ha propagado al epigastrio. Hemos observado que los casos en que ha habido un síndrome de Murphy completo, el hallazgo operatorio ha consistido en apendicitis agudas obstructivas por impactación de coprolitos, y, cuando se ha presentado el síndrome de Murphy invertido, el hallazgo operatorio consistió en el encuentro de apéndices retrocecales o paracecales.

d) **Náuseas y vómitos.**— La náusea ha sido un síntoma constante de la seriedad, especialmente en mujeres. Ha hecho su aparición después de algunas horas de iniciado el dolor y en otras ocasiones se han presentado simultáneamente con él.

e) **Temperatura.**— Ha sido un valioso auxiliar diagnóstico la disociación térmica buco-rectal. La diferencia constatada ha sido tanto más grande, cuanto más cerca de la ampolla rectal se ha encontrado el foco inflamatorio apendicular.

Signos Locales del Ataque

a) **Hiperestesia Cutánea.**— La hiperestesia cutánea ha estado presente solamente en el 20% de los casos. Hemos tenido la oportunidad de constatar un caso, el N° 20, en que la hiperestesia estuvo acantonada en toda la fosa ilíaca derecha, ocupando una área triangular descrita con el nombre de triángulo hiperestésico de Schon.

b) **Dolor Objetivo en el Punto de Mac Burney.**— Este dolor sobre el punto de Mac Burney no es constante ciento por ciento, como generalmente se cree y enseña, pues aquella sensibilidad dolorosa del Mac Burney, según opinión unánime, está dada por el mismo apéndice inflamado y, por consiguiente, el sitio de mayor sensibilidad a la presión variará de acuerdo a la posición anatómica del apéndice. Además hay otra razón para que tales variaciones se produzcan, según la experiencia de los cirujanos ingleses, para que la sensibilidad en el Mac Burney se despierte, es necesario que el apéndice no esté cubierto por ninguna de las vísceras abdominales; caso contrario el dolor objetivo a la presión no se presenta de una manera franca y definida, sino que lo hace de una manera obtusa o embotada, por lo mismo poco favorable para la comprobación palpatoria, tornando en el mejor de los casos, dudosa su existencia e induciendo a error.

A propósito de estas observaciones prácticas respecto de lo equívoco de los signos locales del ataque, pensamos nosotros que

para que se presente el dolor parietal en la metámera correspondiente (punto de Mac Burney), que sea sintomática de inflamación apendicular es necesario que haya contacto del apéndice inflamado con alguna de las hojas peritoneales de la pared anterior o posterior de la pared abdominal, sin interposición de víscera alguna, a fin de que se complete el circuito nervioso o se cierre en el momento en que el explorador apoye su dedo sobre el punto de Mac Burney. En caso de hallarse interpuesta una víscera, el dolor no se manifestaría porque aquella haría el papel de aislador, impidiendo de este modo que el circuito se cierre.

Solamente así tendría explicación cabal el caso del apéndice retrocecal, por ejemplo, afección en la cual el dolor sobre el Mac Burney a veces no existe, o se halla muy embotado, por hallarse el apéndice recubierto por el ciego, lo que impide que al buscar el punto apendicular el apéndice tome contacto con el peritóneo parietal anterior. Sin embargo se consigue despertar dolor típico, presionando sobre la fosa lumbar que estando recubierta por el peritóneo parietal posterior, desde allí puede ser aproximado lo suficiente para que contacte con la víscera inflamada y se despierte el dolor típico. Semejante explicación sería aplicable al caso de la apendicitis pelviana en la cual únicamente el tacto rectal pone de manifiesto el dolor en el fondo de saco posterior. Esto sucede en el momento en que el dedo colocado en la ampolla rectal, empuja el peritóneo del fondo de saco de Douglas hasta llevarlo a contactar contra la víscera inflamada, despertando el consiguiente dolor.

c) **Defensa Muscular Localizada.**— En nuestra serie el 70% de los casos han presentado defensa muscular localizada; se comprende que así sea, si se toma en cuenta que se han presentado a la consulta después de la ruptura del apéndice. Queremos aclarar que en el porcentaje anotado, la defensa muscular ha sido del grado máximo, en el cual la pared abdominal anterior está persistentemente rígida e inmóvil con los movimientos de la respiración. En el 30% restante de casos, la rigidez localizada ha variado, desde el grado menor en que el músculo parietal se

ha contraído desde el momento mismo de poner los pulpejos de los dedos sobre la piel, hasta el grado leve, en que solamente se despierta la contractura hundiendo un tanto los dedos en fosa ilíaca o hacia el sitio en donde yace el apéndice.

Errores de Diagnóstico Registrados al Utilizar el Criterio Sindrómico de Murphy

Enfocando la atención hacia el criterio anamnésico de Murphy como pauta diagnóstica para tipificar la apendicopatías intervenidas en nuestra serie, y fundándonos exclusivamente en este criterio para la interpretación, hemos cometido OCHO ERRORES, los cuales han constituido para nosotros una sorpresa en la mesa de operaciones por la similitud de los cuadros clínicos en ellos registrados semejantes a los de la apendicitis típica.

Por consiguiente, los errores cometidos diríamos las sorpresas encontradas en la mesa de operaciones en el momento de la intervención, han dependido más bien de las entidades nosológicas con que nos ha sido dable encontrarnos. En otras palabras, ha sido tal el parecido en la evolución de los síntomas, en lo que a su sucesión cronológica se refiere, con el típico síndrome de Murphy, que juzgamos inoficioso, en los pocos momentos de tiempo de que dispone el cirujano de guardia para elaborar un diagnóstico diferencial, que lo ponga al abrigo de posibles errores.

Por lo tanto, la culpa por estos errores de diagnóstico no han dependido del criterio semiológico empleado, sino que han provenido de la misma enfermedad, puesto que aquellas afecciones abdominal agudas habían evolucionado con una sintomatología tan parecida y que concordaba tan perfectamente con la signología cronológica de Murphy, que no dejaba lugar a dudas acerca de la tipificación del proceso, pues su simple constatación era de por sí suficiente garantía de acierto diagnóstico. Sin embargo, como lo había afirmado desde antaño el mismo Murphy, de que había de dudar del diagnóstico de apendicitis cuando la crono-

logía por él establecida no se presentaba en forma típica, pero como aquellos casos concordaba con la fórmula establecida había que admitir su existencia.

El cómputo de los errores cometidos se descomponen así: 5 casos de Adenofinitis Mesentérica, casos en los que se pudo constatar la concomitancia de Amigdalitis Crónica o Faringitis Crónica. 1 Caso de Ileítis Regional, el cual no presentó diarrea ni antes ni después de la aparición del dolor, lo cual hubiera hecho sospechar el diagnóstico. 1 Caso de Diverticulitis de la porción terminal del ileon. 1 Caso de Tiflitis.

A continuación presentamos resumidamente las historias clínicas de los casos mencionados y una solamente de la serie de Adenofinitis Mesentérica; he aquí los casos:

Caso N° 60. M. T. Pabellón N° 1 Sala A. Edad 25 años. Ocupación: Agricultor. Estado: Casado. Lugar de nacimiento: Quito. Ingresa el 31 de marzo de 1956 con el diagnóstico de Apendicitis Aguda. Se interviene de urgencia.

Características del Dolor Subjetivo.— Dolor epigástrico que se irradiaba a ambas fosas ilíacas, pero con mayor intensidad hacia la derecha.

Características del Dolor Objetivo.— Dolor objetivo más acentuado en fosa ilíaca derecha. A la palpación profunda hay contractura de defensa en dicha zona.

Diagnóstico Operatorio.— Adenofinitis Mesentérica.

Caso N° 64.— Niño F. P.— Ficha N° 1.875. Asilado en el Pabellón N° 6. Ingresa el 13 de abril de 1957, con el diagnóstico provisional de Parasitosis Intestinal. Tres días antes de su ingreso al Hospital se inicia su enfermedad a consecuencia de haber comido fanesca, con dolor epigástrico. Se acompaña de escalofrío y evacuaciones diarreicas que contienen anillos de tenia. En el Servicio permanece algunos días bajo tratamiento antiparasitario que no logra mejorar al paciente. Se queja de dolor en fosa ilíaca derecha acompañado de fiebre.

Al examen físico: Facies peritoneal. Lengua seca saburral. Hay hipertrofia de los pilares anteriores y del vello del paladar. Los demás aparatos sin particularidades. Temperatura bucal: 37,5. Rectal: 38.

Abdomen.— Abarquillado, flácido. En fosa ilíaca derecha se palpa plastrón en forma de salchicha, inmóvil y doloroso. El resto del abdomen sin particularidades.

Característica del Dolor Subjetivo.— Dolor epigástrico que se irradió a ambas fosas ilíacas.

Características del Dolor Objetivo.— Dolor a nivel de la masa palpable en fosa ilíaca derecha.

Se opera de urgencia encontrándose: Tiiflitis y Adenoflitis mesentérica. Caso N° 58.— J. A. C. Pabellón N° 3. Sala A. Ficha: 4.997. Ecuatoriano, de 50 años de edad. Profesión: Carpintero. Residente en Quito. Ingresa el 29 de septiembre de 1957, con el diagnóstico de abdomen Agudo. En el Servicio se hace el diagnóstico de Apendicitis Aguda Perforada y se interviene de urgencia.

Características del Dolor Subjetivo.— Dolor muy agudo en fosa ilíaca izquierda que a poco se propagó hacia la fosa derecha y luego a todo el abdomen.

Características del Dolor Objetivo.— Dolor exquisito en el Mac Burney. Maniobra de Blumberg positiva.

Observación.— Este caso no se acompañó de diarrea ni antes ni después del comienzo del dolor.

Diagnóstico Operatorio: Ileítis Regional.

Caso N° 27.— Paciente F. A. A. Pabellón N° 2. Sala A. Ecuatoriana, nacida en Quito, de 15 años de edad. Ingresa el 21 de febrero de 1956, con el diagnóstico de Apendicitis Aguda.

Características del Dolor Subjetivo.— Dolor de tipo cólico localizado en fosa ilíaca derecha con irradiación al hipogastrio.

Características del Dolor Objetivo.— Dolor en el Mac Burney exageradamente positivo. Defensa muscular localizada.

Diagnóstico Operatorio: Diverticulitis Gangrenosa localizada en el tercio medio de la porción terminal del ileon.

CRITERIO OBJETIVO UTILIZADO EN EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME APENDICULAR

(Síndrome Mínimo de la Apendicitis)

El Profesor Ivanisevitch en su libro "Junto a mis Enfermos" ofrece una nueva fórmula semiológico-clínica a la resolución del problema sindrómico apendicular. En efecto, en la Pág. Nº 211, se lee lo siguiente: "Cuando hay dolor espontáneo y provocado en el punto de Mac Burney el síndrome mínimo está constituido y la operación debe ser indicada inmediatamente. ¿Cuántas veces hemos equivocado el diagnóstico en nuestra ya larga experiencia fundándonos en este síndrome mínimo? Cuatro veces. En dos enfermos se trataba de apéndices epiploicos; en uno de inflamación del divertículo de Meckel y el cuarto, de una granúlica discreta peritoneal".

Ante esta optimista declaración del Autor y pensando que habíamos encontrado el desiderátum para la resolución clínica del problema diagnóstico de la apendicitis, y, antes de iniciar este trabajo, comenzamos por recoger algunas observaciones preliminares, confiándonos para el diagnóstico única y exclusivamente del criterio del síndrome mínimo, y, al final de la encuesta nos preguntamos igual que el Autor: ¿Cuántas veces hemos equivocado? Confrontando luego los diagnósticos así obtenidos con los resultados operatorios, llegamos a constatar que habíamos extirpado apéndices sanos (comprobados histológicamente), lo cual no dejó de desilucionarnos por que desde el principio habíamos depositado grande confianza en los resultados de esta nueva fórmula que se nos ofrecía como una flamante pauta diagnóstica, con que de hoy en adelante podía contar el cirujano.

Ante la magnitud de esta nuestra, primera desilusión, surgió en nosotros la idea de hacer una discriminación minuciosa de las causas del fracaso. Al fin, y al cabo de mucho meditar, pudimos vislumbrar que en el planteamiento semiológico de la pauta semiológica mínima, debían hacerse ciertas consideraciones previas, a saber: representa el síndrome mínimo la expresión clínica constante de una perturbación lesional del apéndice. No podría también ser dicha fórmula, la expresión clínica de un trastorno funcional, de origen reflejo que se suscite sobre el apéndice. ¿Acaso, aquella manifestación semiológica mínima no podría también tener un origen psicógeno?

Antes de entrar en el estudio de estas consideraciones previas, debemos anticipar una explicación acerca del alcance de los términos empleados y contenidos en nuestras preguntas. Desde ya se presume que podrían existir tres subtipos de síndromes mínimos: orgánico el uno, reflejo (funcional) el otro y psicógeno el tercero. Así, consideramos como síndrome mínimo lesional u orgánico, cuando a la sintomatología mínima de dolor espontáneo y provocado en el punto de Mac Burney, se sobreañade un síndrome infeccioso que se halla acantonado en el mismo apéndice, proceso infeccioso que puede variar, naturalmente, desde el simple endo-apendicitis hasta la peri-apendicitis con peritonitis más o menos localizada.

Consideramos como síndrome apendicular reflejo, cuando la sintomatología anotada, especialmente a la de los signos locales del ataque (dolor en el Mac Burney), no correspondan a un proceso lesional infeccioso en el apéndice, sino que simplemente representa una verdadera apendicalgia de origen reflejo debida a espasmos dolorosos suscitados en el apéndice, o sea, que aquella apendicalgia pueda ser inducida desde una víscera extra-apendicular. Tal el caso del ovario o de la vesícula biliar.

Conforme avanzó nuestras investigaciones semiológico-clínicas, llegamos a concluir que los casos que podrían darse, en la práctica, de síndrome apendicular de origen reflejo, estaban constituidas por dos entidades anatómo-clínicas distintas: el síndrome del flanco derecho doloroso y la llamada apéndice-ovaritis, en

menos escala por el síndrome h pato-ovariano, según hemos podido comprobar últimamente.

Ahara bien, nosotros hemos demostrado que cuando el síndrome del flanco derecho doloroso se encuentre lo suficientemente evolucionado, consta de dos polos; uno superior y otro inferior los cuales entran en actividad alternativa y así, cuando el infra-polo abre la escena, se manifiesta con dolor subjetivo y objetivo en el punto de Mac Burney y el primer explorador que constate este hallazgo, lo interpretar , justamente, como síndrome mínimo y suscribir , con razón, el diagnóstico de apendicitis aguda, haciendo en consecuencia la indicación operatoria de emergencia. Pero si este mismo caso hubiera sido explorado cuando el suprapolo se hallaba en actividad, se habría concluido que lo que aqueja al paciente es una colecistitis aguda, por que se habría encontrado en punto vesicular, maniobra de Murphy positiva, o a lo mejor se habría palpado una vesícula grande y dolorosa, haciendo la indicación de tratamiento médico.

De esta suerte surge la discrepancia de criterios y de apreciación diagnóstica y por consiguiente de indicación terapéutica, pues mientras uno de los exploradores afirmó que se trata de una colecistitis, lo cual acarrea la desorientación del cirujano y de los familiares del paciente; pero como el paciente es temeroso del apéndice, el médico y los familiares se deciden por que se practique la apendicectom . En tales circunstancias es llamado el cirujano para que la efectúe. Con el paciente ya en el quirófano, el cirujano se sorprende en tener que extirpar un apéndice sano.

Pero al cabo de una semana o un mes después, el cirujano que intervino es llamado nuevamente por que a su paciente le repitió el cólico, exactamente igual o peor aún que el que tenía antes de operarse. Ahora comienza el rompecabezas para el novel cirujano quien primeramente piensa que le fall  algún detalle de técnica, o que se han formado adherencias y que talvez a lo mejor qued  una parcela de apéndice incluido en la jareta o en fin, que el muón del apéndice qued  muy largo.

Pero esto no para ahí, sino que conforme avanza el proceso, un buen día se presenta otra crisis, esta vez no ya en el polo

inferior, sino que se descarga con furia sobre el polo superior, dando lugar a la aparición de una crisis de cólico hepático o de algo parecido al cólico nefrítico. Si se realiza una colecistografía se encuentra que hay cálculos en la vesícula. Esto cuando el caso es típico de apendicitis de origen reflejo con manifestación sindrómica apendicular mínima de causa refleja, o funcional, muy similar al síndrome mínimo de la auténtica apendicitis autóctona, como la llamamos nosotros, o sea, de la apendicitis lesional, inflamatoria.

El otro caso en que puede presentarse un síndrome mínimo de característica aguda, principalmente por las manifestaciones dolorosas, está constituido por los espasmos del apéndice de causas psicógenas. Los trabajos de Wespahl y Knothe y posteriormente los de Chon han podido demostrar que, aunque sean en cierto modo tórpidos, los movimientos del apéndice existen y su función consiste en regular el intercambio de líquidos y contenido sólido entre el apéndice y el ciego. Ahora bien, de acuerdo a estas nuevas adquisiciones sobre la fisiología del apéndice, se admite la posibilidad de que se manifiesten trastornos neuro-motores puros sobre dicha viscera, verdaderas disquinencias apendiculares, comparables en cuanto a su génesis, a las disquinencias de las vías biliares con las mismas consecuencia fisiopatológicas que tal tratamiento implica. De manera, pues, que bien pudiera hablarse de hipertonía apendicular con espasmo del esfínter de Gerlach que se traduciría por la consiguiente manifestación apendicálgica, de la misma manera que un espasmo de Oddi, produce dolor comparable al del cólico hepático, sin necesidad de que haya emigración de cálculos o de clavamiento de uno de ellos en dicho esfínter.

Ahora bien, en pacientes psico-somáticas angustiadas por alza de la tensión por control obligado de sus emociones, es verosímil que lancen por los canales del sistema neuro-vegetativo dicha descarga y se exterioricen en manifestaciones distónicas o disquinéticas, sus trastornos psíquicos. En nuestra serie hemos tenido 20 casos de síndrome apendicular mínimo del subtipo psi-

cógeno que no fueron intervenidos, según consta en el cuadro N° 1.

Luego proseguimos nuestras investigaciones sobre el síndrome mínimo en los casos de apendicitis crónica, encontrando que están presente en todas aquellas afecciones etiquetadas de crónicas, y, aquí asoma un gran escollo para la utilización práctica de aquella fórmula sindrómico-clínica. Efectivamente en fosa derecha existen una serie de procesos patológicos que pueden simular el cuadro de la apendicitis, y, por consiguiente, pueden y dan de hecho un síndrome mínimo que resulta equívoco y por lo tanto, llevar en la práctica, a la realización de apendicectomías por lo menos inútiles cuando no perjudiciales.

Es sabido que los procesos de fosa ilíaca derecha de tipo doloroso que pueden simular apendicitis son numerosos y variados y para no cansar la atención no citaremos sino algunos de los principales, comenzando desde la pared abdominal anterior. A ese nivel pueden tener lugar rupturas de fibras musculares o una trombosis de la arteria epigástrica que puede simular el cuadro mínimo apendicular. A nivel del mismo ciego, una tiflitis o peritiflitis y a veces el ciego móvil o un divertículo cecal simulan perfectamente el cuadro mínimo apendicular. A nivel del uréter: una pielitis o pielonefritis; una crisis de Dietel en los casos de ptosis del riñón o el enclavamiento de un cálculo a nivel del estrecho superior de la pelvis dan también cuadros apendiculares mínimos. No queremos recordar sino de paso que también los órganos genitales de la mujer dan síndromes apendiculares mínimos como el caso del dolor intermenstrual o el de la ovaritis esclero-quística.

Errores de Diagnóstico que hemos Registrado al Utilizar el Criterio del Síndrome Mínimo.—

Aplicando el criterio del síndrome mínimo como pauta y criterio doctrinal para tipificar la existencia de una apendicopatía en un paciente desconocido, hemos cometido 30 errores, o sea que computando de las 183 intervenciones practicadas por ab-

dómenes agudos en el lapso de 13 meses, el porcentaje de error llega a la alarmante cifra del 27,4%, lo cual no nos ha sorprendido dado que ya habíamos sospechado que la fórmula semiológica del síndrome mínimo, por contener tan escasos componentes sintomatológicos y signológicos que permitan definir un proceso patológico, y por otra parte, repitiéndose los síntomas en los más variados cuadros patológicos, resulta una fórmula equívoca y de poca confianza, para fundamentar sobre ella y en firme un diagnóstico certero. Por otra parte, existiendo una multitud de cuadros clínicos similares en fosa ilíaca derecha, que dan lugar a la aparición del síndrome mínimo, como puede colegirse si se recuerda la lista de cuadros de iliacaalgia derecha, que pueden simularlo, solamente el razonamiento de uno o varios síntomas permitirá orientar con seguridad, toda vez que dichos síntomas comunes tendrán un matiz peculiar en cada una de las diversas enfermedades, lo cual, junto con los otros síntomas y la exploración objetiva ayudan a la diferenciación.

Tal el caso cuando trate de discriminar el cuadro de iliacaalgia derecha en una paciente, pues es bien sabido que, en el sexo femenino, los cuadros de iliacaalgia derecha de origen ginecológico que pueden evolucionar bajo la máscara apendicular son frecuentes y variados. Basta citar como ejemplo, la forma pseudoapendicular del embarazo extra-uterino.

De ahí que, después de enumerar la larga lista de caídas que podemos tener y de sorpresas que nos tiene reservada la Clínica, llegar al diagnóstico cierto de apendicitis solamente fundándonos en el criterio del síndrome mínimo, va a llevarnos a cometer bastantes errores, que ciertamente, unas veces serían intrascendentes y sin peligro para el paciente, siempre que quien cometa el error sea capaz de enmendarlo con su técnica.

Por ello muchos cirujanos celosos de su prestigio y conscientes de su responsabilidad profesional, han seguido para discriminar tales casos, el criterio propuesto por la Escuela Lyonesa del Profesor Merriell, quien exige, para fundamentar el diagnóstico de apendicitis crónica, tres clases de "pruebas". En primer lugar la llamada "prueba clínica" que consiste, cabalmente, en la larga

discriminación diagnóstico-diferencial con todos los procesos quirúrgicos dolorosos de fosa derecha que mencionamos anteriormente. La segunda exigencia consiste en la llamada "prueba radiológica" por la cual se debe verificar la existencia de la apendicitis, fundándose en la constatación de ciertos síndromes radiológicos, provenientes de signos directos o indirectos originados en el apéndice enfermo. Por último, viene la prueba "biológica". Dicha prueba se basa en la búsqueda sistemática en la sangre de la monocitosis. Según el Profesor Merriell, cuando la monocitosis llega a sobrepasar el 10%, se está autorizado, en concomitancia con las otras pruebas que resultaren positivas o congruentes, a sentar el diagnóstico de apendicitis crónica. Nosotros en nuestra serie, nunca hemos llegado a constatar una cifra tan alta de monocitosis, siendo la más alta constatada la del 7% (caso N° 30).

Y es así como nosotros hemos encarado el problema de la apendicitis crónica que evoluciona bajo la fórmula del síndrome mínimo y del subtipo lesional, para cuyo diagnóstico positivo nos hemos acogido a las pautas y criterio del Profesor Merriell, que a nuestro juicio ofrece las mejores seguridades de acierto diagnóstico. Fundándonos en este mismo criterio, dejamos de considerar como apendicitis crónicas de entrada o de primera intención, si se nos permite la expresión, a aquellas del subtipo reflejo o psicógeno, pues deben ser consideradas como un epifenómeno de otros síndromes complejos, tal el caso del fianco derecho doloroso o del síndrome hépato-ovariano, que repercuten sobre el apéndice.

Síndrome de Dieulafoy

Está clásicamente constituido por hiperestesia cutánea, defensa muscular y plastrón en fosa ilíaca derecha. Tal tríada signológica la hemos constatado en los casos de apendicitis después de la ruptura del apéndice, lo cual significa desde ya que es un síndrome tardío, pues de hecho implica una complicación en la evolución de la enfermedad, lo cual constituye una enorme desventaja en contra de la validez semiológica del síndrome, lo que contrasta con la finura y elegancia pragmática de los otros sín-

dromes utilizados en este trabajo, con el propósito declarado de estudiar su utilidad diagnóstica práctica en los síndromes dolorosos de fosa ilíaca derecha que hagan sospechar en la apendicitis antes de la ruptura del apéndice, lo cual redundará en un enorme beneficio, tanto para el paciente cuanto para el cirujano, por que en tales casos la apendicectomía practicada es limpia y no riesgoza.

Según indicamos anteriormente a su debido tiempo, los casos en que se presentaron unas veces completo y otras incompleto el síndrome de Dieulafoy, han sido los más numerosos de nuestra serie, debido como dijimos desde ya, a la culpa del médico y del paciente en partes iguales. Por parte del paciente la culpa debe imputarse directamente a la administración inconsulta del purgante o a la administración, por los allegados o amigos del paciente de la famosa "lavativa". Tal intempestiva e inconsulta terapéutica casera ha constituido la granada de mano que ha hecho estallar muchos apéndices y particularmente en nuestra serie, en los que han habido casos en que no habiendo conseguido tener efecto purgante con la primera dosis, se le administró una segunda que acabó con el apéndice.

Por parte del médico, la forma de tratamiento conservador antiflojístico y esperanzado en que la inflamación ha de ceder, ha sido responsable de la ruptura de muchos apéndices y la obligada intervención en plena peritonitis con gran impregnación tóxica que ha llevado al exitus letalis de algunos casos.

En la intervención no es raro encontrar que toda la cavidad abdominal se halla convertida en un lago de pus cremoso y mal oliente, pues con la administración del segundo purgante se han fisurado y resquebrajado las adherencias que formaban el plastrón, permitiendo la inundación de la cavidad peritoneal.

Errores de diagnóstico que hemos registrado al utilizar el criterio Sindrómico de Dieulafoy

Usando el criterio de Dieulafoy, hemos equivocado dos veces, debido a la similitud del hallazgo objetivo con otros procesos

patológicos de fosa ilíaca derecha, especialmente con los de origen genital y con algunos otros de origen extra-apendicular. El primer error fue protagonizado por una paciente (caso N° 24), joven muy nerviosa y pusilánime que después de una serie de episodios dolorosos, presentó defensa muscular generalizada y luego plastrón localizado en fosa ilíaca derecha, concomitantemente con temperatura en agujas. En la intervención se encontró que toda la cavidad abdominal se hallaba convertida en un lago de pus cremoso por ruptura de una anexitis derecha. El segundo error (caso N° 37), fue el de una paciente de 50 años de edad que desde 15 días antes de su ingreso al Hospital fue acometida por un dolor generalizado a todo el abdomen, trastornos del tránsito intestinal con episodios de diarrea y estreñimiento, náuseas, temperatura y presencia de plastrón muy doloroso en fosa ilíaca derecha. En la intervención se encontró cáncer de la válvula ileocecal.

Criterio mixto en los casos de apendicitis sin signos locales del ataque

Para resolver este problema, que desde luego es de más difícil diagnóstico, hemos recurrido al criterio de los cirujanos americanos que se halla consignado en la revista "Surgical Clinics of North América" (noviembre de 1956) en la que se puede leer textualmente: "en los casos en los que a pesar de la sospecha diagnóstica de apendicitis no es posible encontrar los signos locales del ataque" se propone la búsqueda anamnéstica de la así llamada "cronología de las ocho primeras horas", cuya procesualidad consiste en que el paciente acusa dolor en el epigastrio o hipocondrio en las proximidades del ombligo, con la característica de que este dolor persiste por ocho horas sin remitir. Mientras transcurren estas críticas ocho horas, el paciente experimenta un deseo imperioso de defecar y a veces, dolor con sensación imperiosa de defecar. Algunas veces logra expulsar algún gas o parcelas de materias fecales en las que no hay moco, sangre o gleras. Al examen físico, el punto de Mac Burney es negativo, lo

mismo que los otros puntos apendiculares subsidiarios; en cambio hay un punto doloroso suprapúbico sobre la línea media del abdomen. Hay sensibilidad al tacto rectal y todo esto concomitantemente con fiebre y leucocitosis.

Utilizando este criterio hemos acertado en el único caso que nos fue dado observar en nuestra serie. La observación recogida es la siguiente: se trataba del caso N° 69 en el que figura un muchacho de 21 años de edad, que estando en pleno goce de salud, es atacado por un dolor epigástrico acompañado de deseos incesantes de defecar sin conseguir expulsar ni gases ni materias fecales. Transcurridas unas cuatro horas del inicio, el dolor se generalizó a todo el abdomen, luego escalofrío y alza térmica hasta 38,5. Hubo también disuria y oliguria en las cuatro horas subsiguientes. Al examen físico: punto de Mac Burney completamente sliente. Otros puntos dolorosos apendiculares negativos; en cambio el punto suprapúbico era marcadamente positivo. Tacto rectal doloroso. En la intervención se encontró apéndice de situación pelviana, encarcerado entre adherencias formadas por mesenterio de la porción terminal del ileon sobre reborde de la línea innominada, próximo a la línea media.

Nuestro criterio para el diagnóstico del síndrome apendicular psicógeno y del síndrome apéndice-ovariano

En nuestra serie de 51 casos no intervenidos por haber sido rectificado el diagnóstico de apendicitis con que fueron ingresados, el dolor ha sido uno de los síntomas constantes en todos ellos. Este dolor va generalmente acompañado de sensaciones de pinzamiento, ardores o quemadura en fosa ilíaca derecha. Cuando se ha tratado del síndrome apéndice-ovariano, hemos registrado un fenómeno característico respecto de la irradiación del dolor y que ha estado presente en el 99% de los casos. Se trataba de la irradiación dolorosa hacia el miembro inferior derecho; la sensación dolorosa recorre la cara interna y llega algunas veces a la rodilla y en otras hasta el pie. En los casos Nos. 47, 49 y 51, era tal la intensidad dolorosa de la rodilla que simulaba una gonalgia sintom-

mática de coxitis derecha, que fue descartada radiográficamente.

Este síndrome apendículo-ovariano, se agudiza generalmente durante los periodos menstruales, el dolor que subjetivamente es localizado en el punto de Mac Burney, objetivamente se constata sobre el punto ovárico. El tacto rectal suele demostrar en tales casos: útero hipoplástico en retroversión y uno o ambos ovarios aumentados de volumen y muy dolorosos. En algunos casos se ha recurrido a la ginecografía para demostrar el aumento de volumen de los ovarios (casos Nos. 4, 6, 21 y 32).

Nuestro Criterio para el Diagnóstico del Síndrome de la apendicitis psicógena

Utilizando el criterio subjetivo para el diagnóstico de la apendicitis psicógena, se pueden descubrir en el curso del interrogatorio ciertos estigmas o predisposiciones psicógenas, tales como: antecedentes hereditarios de ataques epiléptiformes en los ascendientes o colaterales. A veces las mismas pacientes adolecen de tales ataques o sus equivalentes (epilepsias de tipo visceral, ausencias, etc.) o ciertos estigmas (paladar ojival) o de cierto estado de nerviosismo que las delata al instante. Son de carácter pueril y de temperamento susceptible y sobre todo muy sugestionables, hasta el punto que tres de las pacientes de nuestra serie (casos Nos. 8, 14 y 19), reprodujeron la sintomatología típica apendicular que sufrieron, respectivamente el padre de la paciente en el caso N° 19; la hermanita en el caso N° 14 y una amiga en el caso N° 8, quienes fueron operados meses antes y oyeron de sus propios labios el relato de sus síntomas y padecimientos. Dada su subestionabilidad estas pacientes reprodujeron somáticamente los síntomas que habían escuchado y llegaron al Hospital con el diagnóstico de apendicitis hechos por ellas mismas y con la súplica de que se les operara cuanto antes para no sufrir tanto como habían sufrido sus respectivos allegados.

Utilizando el criterio objetivo para dilucidación de estos casos, se comprueba que efectivamente es el punto de Mac Burney el doloroso en 7 de cada 10 casos, pero en los restantes, el dolor

objetivo se localiza mucho más abajo, coincidiendo con el punto ovárico; en otras ocasiones existe un triángulo hiperestésico que ocupa toda la fosa ilíaca derecha. El dramatismo del dolor es tan grande que contrasta con la ninguna alteración del estado general, aún con 24 horas de evolución del cuadro doloroso ni siquiera hay alza térmica ni bucal ni rectal; tampoco se encuentran trastornos del tránsito intestinal. Objetivamente los signos locales del ataque se reducen a una ligera sensibilidad en el Mac Burney o a la presencia del triángulo hiperestésico. En los casos dramáticos, debido al llanto continuado y a los sollozos hay contractura de la pared abdominal que puede ser tomada como defensa muscular y dar lugar a graves errores de diagnóstico.

En contraste con esta pobreza de los signos locales del ataque, se encuentran abundantes signos generales que nos han permitido catalogar a estas pacientes como portadoras de apendicitis psicógeno o por lo menos sospechar dicha posibilidad y diferir la intervención hasta completar la exploración con los exámenes paraclínicos de rutina. Los hallazgos generales han consistido en lo siguiente: abolición del reflejo conneal; abolición del reflejo ovular; paladar en ojiva; abolición o exageración del reflejo cutáneo abdominal; dermografismo persistente; exageración o abolición del reflejo rotuliano. Como dijimos desde ya, la constatación de estos signos nos han servido de poderosos auxiliares para sospechar y luego tipificar la apendicitis como de origen psicógeno. Efectivamente puestas en observación estas pacientes, no se encuentra la mínima alteración en el cuadro térmico; los exámenes hemáticos de rutina tampoco demuestran signos biológicos de infección y esto aun cuando se tomen las muestras de sangre en plena crisis.

En resumen nuestro criterio para el diagnóstico de apendicitis psicógena, se fundamenta en los siguientes hechos: 1º La constitución de una sintomatología frondosa y atípica que no encaja dentro de los cánones clásicos, sindrómicos apendiculares, que hemos descrito anteriormente. 2º En caso de que se presentara alguna similitud evolutiva con el síndrome de Murphy, por ejemplo, tomamos como dato de gran valor diagnóstico diferencial, la no

existencia del síndrome infeccioso concomitante, salvo naturalmente el caso de coexistencia de dos afecciones, tales como apendicitis psicógena y amigdalitis o simplemente un estado gripal. 3º En caso de presentarse alguna similitud con el tipo mínimo, que dicho sea de paso es con el que más puede confundirse, la constatación de los estigmas psicógenos anteriormente descritos, tales como: abolición del reflejo corneal, del ovular, del cutáneo abdominal, dermografismo, etc., nos han servido de puntos de apoyo para poner en duda la existencia de apendicitis orgánica, lesional inflamatoria y, por consiguiente, hacen pensar en la posibilidad de encontrarnos frente a una apendicitis de tipo reflejo o psicógeno.

En cuanto al síndrome apendicular psicógeno y al síndrome apendículo-ovariano, podemos afirmar que en algunos casos pueden evolucionar paralelamente e intrínsecamente el cuadro de tal manera que es muy fácil cometer cualquier error; sin embargo la comprobación de un síndrome dismenoréico conjuntamente con un trastorno de la regla en el sentido hipo o hipermenoréico y la constatación objetiva por tacto rectal de un útero hipoplástico, hablan muy decididamente en favor de un síndrome apendículo-ovariano. Cuando sea posible medir la acidez vaginal por medio de papeles tornasoles de distinta sensibilidad para el PH, la constatación de una disminución del PH vaginal sería otro argumento que hablaría en favor de dicha posibilidad.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Valor Acertivo de los distintos Síndromes

a) Síndrome de Murphy:

1º—El síndrome de Murphy cuando imita al síndrome doloroso agudo abdominal con su cronología completa, ha presentado un 92% de especificidad positiva para apendicitis agudas y, por tanto, tiene valor semiológico acertivo para los casos típicos en el alto porcentaje indicado, lo cual crea confianza en

el cirujano para usarlo como parámetro diagnóstico y como criterio doctrinal acertivo, pues dicho síndrome se presenta antes de la ruptura del apéndice, lo cual entraña gran utilidad práctica al permitir intervenir en tiempo oportuno y con bajo riesgo quirúrgico.

2º—Según los protocolos de nuestra serie de apendicectomizados, el síndrome de Murphy ha hecho acto de presencia con la cronología completa, cuando la patología suscitada en el apéndice ha sido la de la cavidad cerrada por coprolitos impactados en su luz.

3º—Cuando el síndrome de Murphy se ha presentado con el matiz de la inversión, en lo que al componente doloroso se refiere, la localización topográfica del apéndice ha sido la retrocecal o la paracecal, aunque en tales circunstancias su valor acertivo calculamos que baja al 80%.

4º—Cuando la cronología de Murphy se ha presentado incompleta y/o distorsionada hay que dudar del diagnóstico de apendicitis y pensar más bien en que pueda tratarse de un síndrome ab-apendicular (apendicitis psicógena y/o referida).

5º—El 8% del porcentaje no acertivo para apendicitis corresponde a los síndromes que pudiéramos tipificarlos como para-apendiculares, y, cuya sintomatología y signología son idénticos al cuadro de apendicitis aguda; de ahí el inevitable error cometido. Tales cuadros han sido: Enfermedad de Crohn, adenofiliítis mesentérica, tiflitis; en la mujer, el embarazo extrauterino roto (forma pseudo-apendicular) y en las niñas la anexiítis T.B.

b) **Síndrome Mínimo:**

1º—El síndrome mínimo es uno de tipo plurívoco y se presenta en todos los procesos dolorosos, agudos y crónicos de fosa ilíaca derecha (más de 25 patologías) con las cuales hay que entablar diagnóstico diferencial. Merece confianza como criterio

doctrinal evocatorio y/o recordatorio para los jóvenes cirujanos a solicitar una consulta a los colegas de experiencia, y para compartir la tremenda responsabilidad de la duda.

2º—En los casos dolorosos crónicos de fosa ilíaca derecha, para que al síndrome mínimo pueda atribuírselle valor acertivo en los casos de apendicitis crónica o crónica reagudizada, debe plantearse, a forçiori, el diferencial siguiendo la pauta doctrinal de las "pruebas", tanto clínicas como hematológicas y radiológicas, descritas en la parte pertinente de este trabajo.

c) **Síndrome Cronológico de las Ocho Primeras Horas:**

1º—Es un síndrome relativamente nuevo, descrito por los cirujanos anglosajones. Según la experiencia de los autores, es de gran importancia y utilidad práctica en los casos en los que no se encuentren signos dolorosos locales del ataque apendicular en la fosa ilíaca derecha.

2º—En nuestra experiencia solamente hemos podido encontrar dos casos que fueron correctamente diagnosticados con la ayuda de este parámetro diagnóstico. No podemos con tan poca experiencia sacar conclusiones respecto del grado de confianza y/o de acertividad que pueda otorgársele a esta nueva fórmula semiológico-clínica.

3º—Dicha cronología de las ocho primeras horas se ha presentado en los casos anotados, cuando la patología apendicular fue de topografía pelviana baja (para-ámpullo-rectal).

d) **Síndrome de Dieulafoy:**

1º—Es de presentación constante cuando en la evolución de un síndrome apendicopático ha habido un error de tratamiento con la administración intempestiva de purgantes y/o lavados intestinales, lo cual como es bien sabido, origina la ruptura del apéndice con la formación consiguiente del plastrón.

2º—Es por tanto, un síndrome objetivo tardío originado en errores terapéuticos en el 95% de los casos, debido a la reventazón del apéndice. La intervención en tales circunstancias ofrece grandes dificultades técnicas.

3º—Es desde luego un síndrome objetivo plurívoco. Se presenta en todo proceso inflamatorio de fosa ilíaca derecha, tanto en los de origen apendicular como en los de origen extra-apendicular. En la mujer se presenta en las ginecopatías inflamatorias, lo cual obliga al discrimen con todas las gineco-flogosis.

e) **Síndrome Apendículo-ovariano:**

1º—Diagnosticamos síndrome apendículo-ovariano, cuando a la fórmula paramétrica del síndrome mínimo, según nuestro criterio, se sobreañaden trastornos o irregularidades del ciclo menstrual en el sentido de hipo, hiper y/o poliomenorrea.

2º—Solemos sospechar también, dicho síndrome, en los casos en los que a la fórmula sindrómica mínima, acompañe concomitantemente la irradiación dolorosa típica hacia miembro inferior derecho que es constante en este caso. A fortiori se pensará en dicho diagnóstico cuando coexistan los parámetros del síndrome mínimo con los del síndrome dismenorreico en pacientes jóvenes. Es de gran valor diagnóstico diferencial para discernir y solventar el problema, la pelviografía y/o la ginecografía.

f) **Síndrome Apendicular Psicógeno:**

1º—Fundamentamos nuestro criterio diagnóstico en los siguientes parámetros: en la frondosa anamnesis con matices atípicos que no encajan en la esfera de ninguno de los síndromes apendiculares descritos, que tipifiquen las diversas patologías de fosa ilíaca derecha.

2º—En casos de semejanza con alguno de los síndromes dolorosos, particularmente con el mínimo, la constatación anamnéstica de ciertos estigmas psicógenos, tales como: ataques epi-

leptiformes y/o baile de San Vito en ascendientes o colaterales y en el mismo paciente, junto con un temperamento nervioso, pusilánime o sugestionable, obligan a inclinarse el criterio clínico hacia el origen psicógeno de la pretendida apendicopatía, que en este caso la tipificamos como ab-apendicular.

3º—También en los casos en que se encuentran junto al parámetro mínimo la presencia de estigmas psicógenos objetivos, tales como: abolición del reflejo corneal, del uvular, del cutáneo abdominal y/o del reflejo rotuliano. En otras ocasiones puede haber, por el contrario, un estado de hiper-reflexia. Semejante conjunto paramétrico nos ha servido de punto de apoyo para poner en duda que aquella pretendida apendicitis sea lesional, y, más bien hacer sospechar, que sea de origen reflejo y/o psicógeno.

4º—Cuando por lo agudo y/o dramático del síndrome apendicular mínimo hiciera sospechar organicidad inflamatoria del cuadro en cuestión, la evolución apirética del proceso, por una parte y, el hallazgo por otra, de una fórmula hemática normal o casi normal, hablan en contra de la existencia del componente inflamatorio, o sea de la "itis" de la apéndice-itis, por tanto, quedaría tipificada aquella "itis" como funcional y/o psicógena.

BIBLIOGRAFIA

Surgical Clinics of North America. Diciembre de 1956. Vol. III.

Dr. Humberto Fernández Auvert. Apendicopatías crónica. Revista del Hospital de Chiquinquira. Julio de 1958. Tomo III.

Dr. Ignacio A. Villafoñe. Apendicitis Agudas. El Día Médico. Año XXX. Nº 38. Diciembre de 1958.—