

APENDICITIS AGUDAS EN CIEGO MOVIL

Dr. Carlos Prado D.*

Esta doble entidad morbosa—cecoapendicular que, la consideramos como una variedad clínica del síndrome apendicopático en general, no ha sido catalogada, que nosotros sepamos, por la nosología clásica ni registrada por los tratadistas quirúrgicos e investigadores clínicos modernos. Semejante variedad clínica aparece entre nosotros con relativa frecuencia presentando aspectos semiológicos novedosos, tanto a lo que a la problemática de orden diagnóstico se refiere, cuanto a la problemática de orden terapéutico quirúrgico, lo cual a su vez, plantea mandatoriamente la aplicación de ciertos procederes que deben cumplirse durante el acto operatorio, so pena de que su inobservancia acarreará secuencias tormentosas en el post-operatorio más o menos alejado; secuencias que, para ese entonces llegarán a constituir episodios de compleja sintomatología que, han sido tipificados como síndrome de post-apendicectomía o postpendicular.

En lo que a la problemática del diagnóstico se refiere, la certeza diagnóstica de la variedad apendicular que nos ocupa se obtiene, como es obvio, solamente en el momento operatorio al constatar la inflamación aguda del apéndice, el cual al ser liberado de algunas adherencias peria-pendiculares se exterioriza fácilmente juntamente

Ex—profesor de clínica quirúrgica y semiológica

con el ciego —ciego móvil— fuera de la herida operatoria, facilitando así efectuar la apendicectomía, pues recostado el apéndice a flor de piel al alcance de la mano, todos los tiempos operatorios de la apendicectomía se simplifican enormemente.

Al afirmar que la certeza diagnóstica de la variedad apendicopática que nos ocupa, solamente se puede obtener como hallazgo operatorio por laparotomía, queremos significar con ello que, dicha variedad nosológica no engendra, o que por lo menos nosotros no hemos logrado hasta ahora, como corolario de nuestras investigaciones, sorprender alguna signología patognomónica pre-operatoria que, evidencie de una manera unívoca su existencia en un caso particular dado.

Sin embargo un razgo de sospecha diagnóstica pre-operatoria, utilizable en lo sucesivo, sería la concomitancia circunstancial en un 20 por ciento, —como hemos observado en los 25 casos de nuestra casuística, de que tal variedad suele acompañar en el porcentaje anotado— a la apendicitis retro—cecal o para—cecal, cuyo diagnóstico es mucho más fácil de acertar y que, sentada la diagnosis de retro—apendicitis cecal, debe hacer sospechar la concomitancia de una posible apendicitis en ciego móvil y, entonces frente a tal posibilidad, el cirujano, desde ya, debe planear la terapéutica integral que nosotros preconizamos para solventar el problema terapéutico—quirúrgico, caso de presentarse.

Naturalmente que, al principio de nuestras investigaciones no disponíamos, como es lógico suponer, de ningún parámetro y/o de ningún conjunto de hallazgos objetico—morbosos, a la exploración física, que nos hiciera inclinar o que, por lo menos nos orientara a la meta diagnóstico de aquella variedad clínica— hasta ahora no descrita y que estuviera cristalizada en alguna fórmula ecuasional semiológica capaz de sugerir en la mente del explorador, frente a un paciente desconocido, la posibilidad de encontrarse ante semejante variante clínica o que, permitiera columbrar y/o mejor aún si permitiese autonomizarla como resultado del diagnóstico diferencial planteado sobre el conjunto de patologías que, frecuentemente engendran el abdomen agudo quirúrgico.

Sin embargo de ello, preconizamos para solventar la problemática de la diagnosis una fór-

mula semiológica de sospecha, especialmente aplicable para los casos que cursen subaguda y/o crónicamente. Tal fórmula sería la siguiente: las crisis abdominales suelen durar desde algunas horas hasta un día — de predominio en fosa ilíaca derecha— que simulan un ileo dinámico, el cual queda terminado por la expulsión de abundantes emisiones gaseosas por el ano. También suelen terminarse las crisis por el cambio de posición del enfermo. Objetivamente por palpación se aprecia por el exámen físico a nivel de fosa ilíaca derecha un balón de paredes elásticas, timpánico; si ahora se coloca al paciente en decubito lateral izquierdo, al cabo de pocos minutos, la mano exploradora ya no recibe el balón en fosa ilíaca sino que lo encuentra desplazado hacia la línea alba, esto, es que se desplazó hacia adentro recorriendo en conjunto un tercio de arco de concavidad superior. Al retirar la mano que contacta con el ciego, éste recupera su posición primitiva, lo cual constituye un signo cuasi tipificador de sospecha diagnóstica, de alta valía.

Durante las crisis hay alza térmica mayor que la clásica de 38,5 °C, pero es de corta duración. Fuera de la crisis la exploración radiológica suele poner en evidencia el síndrome radiológico del "ciego erecto", cuyo hallazgo contribuirá a confirmar las sospechas.

De cursar, como anotamos desde ya, acompañando a la apendicitis retrocecal, dijimos de más fácil diagnóstico, se cobija bajo el matiz del bien conocido síndrome de Murphy invertido, esto es, (1), cuando la fórmula directa queda retorcida en esta forma: dolor en fosa ilíaca derecha con irradiación al epigástrico; disociación térmica buco-rectal, náuseas acentuadas sin llegar al vómito. En lo que al hallazgo exploratorio concierne se halla objetivado: a la inspección por un abombamiento del cuadrante inferior derecho del abdomen que, a ese nivel protagoniza un relieve en forma de balón, de pequeño o mediano tamaño, inmóvil con los movimientos respiratorios. Palpatóricamente a nivel de dicho abombamiento, se aprecia una masa amorcillada, tensa, elástica y dolorosa, adherida a la pared lateral de la pelvis y que es timpánica. Interpretamos la masa morcillada y/o aquel balón de paredes tensas y elásti-

cas que, a la auscultación deja percibir abundantes ruidos hidro-aéreos, como que se trata del ciego rechazado hacia adelante por la masa retrocecal, accesible al tacto rectal, esto es, que se trata del clásico plastrón apendicular originado en la ruptura de aquel y siempre que se halle acantonado en situación baja, pelviana.

Por para-clínica, el examen hemático muestra la ecuación biológica típica del proceso inflamatorio apendicular agudo: leucocitosis de 10 a 12 mil que, raras veces asciende de 15 a 20 y aún hasta 30 mil, juntamente con la consabida neutrofilia de 80 a 90 por ciento, lo cual hace sospechar la abscesación apendicular, máxime si se encuentran granulaciones tóxicas.

La radiografía del abdomen al vacío suele demostrar el ciego dilatado y, cuando hay tiflitis concomitante, las paredes están engrosadas. De haber insuficiencia de la válvula ileo-cecal, las asas delgadas circunvecinas se encuentran dilatadas y a veces son niveles líquidos.

Diagnóstico Operatorio.— Practicada la Laparotomía a nivel de fosa ilíaca derecha y cuando ya se ha seccionado el peritoneo, inmediatamente se destaca el ciego balonado con sus paredes engrosadas, edematosas. Yace ampliamente adherido a la pared lateral de la pelvis y fondo de la fosa ilíaca; por esta circunstancia resulta problemático la localización del apéndice, sobre todo en caso de apéndice retrocecal bajo y/o para-cecal; entonces se debe proceder tínosamente a deshacer las adherencias con pinza montada, y/o a dedo, para ir en pos del apéndice profundamente empotrado hacia el fondo de la fosa ilíaca derecha y/o cobijado bajo la cara posterior del ciego y por la porción correspondiente de la asa terminal del ileon, la cual al ser liberada deja escapar pus fétido que brota del lecho del apéndice, donde yace en avanzado estado de putrefacción gangrenosa cuando no fundido o desprendido del ciego.

En caso de concomitancia con el ciego móvil, liberadas algunas adherencias periapendiculares, caso de no estar abscedado, se desprende el apéndice juntamente con el ciego, ciego móvil, el cual se deja exteriorizar, como anotamos desde ya, fuera de la herida operatoria coronado de su apéndice rojo vinoso, erecto y barnizado de

granos purulentos; tal hallazgo de doble morbilidad, apéndice —cecal, comprueba el diagnóstico de la variante clínica que tratamos de incorporar al ámbito nosológico del síndrome apendicular.

Respecto de la problemática terapéutica quirúrgica que debe atender conjuntamente a solventar la doble patología: ceco—apendicular, reconocimos en lo que atañe a la apendicectomía que debe ser lo más completa posible cuidando de que no quede ningún residuo adherencial fibrinoso y peor aún gangrenoso. Para cumplir adecuadamente con este requisito usamos aún la cureta para eliminar toda piltrafa del lecho como del pecho, o sea que, hay que afanarse por eliminar el capullo adherencial en el que estuvo encunado el apéndice. Cumplida esta faena se pasará al segundo tiempo operatorio, o sea, al tratamiento quirúrgico del ciego móvil.

Dicho tratamiento consiste en la realización de la Cecopexia hechando mano ya sea de las técnicas americanas o francesas según aconsejen las circunstancias del hallazgo operatorio y aquí intervienen el criterio del cirujano para aplicar la táctica operatoria que convenga en cada caso particular condicionando al hallazgo del grado de movilidad cecal. Revizando ahora los diferentes grados de libertad del ciego, podemos ejemplificar algunas soluciones.

Así por ejemplo, en caso de que solamente estuviese libre el fondo de la ampolla cecal solemos aplicar, por ser de nuestra preferencia porque nos ha ido bien con esa técnica, la cecopexia a la americana que consiste en tallar una cincha o correa, mediante dos cortes paralelos en el peritoneo posterior de la fosa ilíaca derecha, separados entre sí por uno o dos centímetros. Uno de los cortes, el superior, inmediatamente por debajo de la parte alta de la ampolla cecal libre, y, el otro por debajo, más o menos a la altura a la que cuelga el ciego. Terminando este tiempo operatorio se procede a desprender dicha faja o cincha peritoneal del tejido laxo posterior y mantenerla abierta, o sea, separado de la pared posterior de la fosa, hasta la ejecución del siguiente tiempo, que consiste en enfundar o enterrar el fondo de la ampolla cecal bajo este cinturón peritoneal con lo cual se consigue dosarlo a la pared posterior de la pelvis. Se

termina la intervención colocando puntos de anclaje de los bordes de la cincha peritoneal alrededor del ciego.

En caso de que el ciego estuviera totalmente libre por falta de acolamiento del colon ascendente, en tales circunstancias la movilidad de que goza el ciego le transforma en un verdadero péndulo. Para tratar de corregir esta anomalía congénita usamos la técnica francesa. Consiste en reparar el ciego y exteriorizarlo en tanto que, las asas delgadas quedan rechazadas hacia la parte súper—interna mediante compresas entonces se procede al descubrimiento del plano parietal posterior. Inmediatamente por fuera de la arteria ilíaca, paralelamente a ella, se incide el peritoneo hasta alcanzar el punto de fijación de la cara posterior del colon a la fosa lumbar. Se pone así al descubierto el tendón del psoas menor o en su defecto el borde interno del músculo psoas y entonces con aguja curva montada con hilo, se colocan 3 o 4 puntos de anclaje de arriba abajo, primeramente sobre el tendón de la psoas y luego, con la misma aguja montada, en la banda posterior de la asa cecoascendente. Se anudan los hilos comenzando por el más profundo y luego se siguen anudando los otros más superficiales. De esta manera ciego y colon quedan fuertemente fijados a la fosa ilíaca con lo cual se ha evitado la aparición del síndrome de post—apendicectomía.

Síndrome de Post—apendicectomía.— De no cumplirse los quehaceres tecnológicos tanto para resolver el problema de la apendicitis y/o en igual forma en lo referente a la cecopexia, se presentará indefectiblemente como secuela post—operatoria el síndrome de post—apendicectomía, cuyos parámetros sintomatológicos y signológicos podemos esquematizarlos en la siguiente fenomenología sindromática: por un síndrome funcional consistente en: estreñimiento pertinaz, alternando con episodios de iliacalgia derecha que, ceden con la emisión de abundantes gases por el ano. En el curso evolutivo posterior, dos accidentes pueden desencadenarse, uno de ellos es, el así llamado, amenaza de torción y/o volvulo crónico, y el otro está constituido por las colitis a repetición.

El volvulo crónico, esto es el "cólico cecal", o sea, las amenazas de torción se desencadenan después de período anormalmente prolongados

de constipación, sobreviniendo al acabo de aquellos períodos vivos dolores en fosa ilíaca derecha. Dichos dolores que fingen reagudizaciones de apendicitis sub-aguda o crónica, se caracterizan por algias violentas, y regulares, entrecortadas por períodos de calma se acompañan de retención de materias y de gases, lo que se traduce por las amenazas de torción. A veces una elevación térmica significativa pero de corta duración acaba por simular con bastante cabalidad el cuadro de la apendicitis reagudizadas o recidivada.

En lo que al síndrome objetivo se refiere se materializa en la presencia de un meteorismo localizado que, se concretiza en una avolladura redondeada u ovalada mediana, peri o subumbili-

cal. La palpación a ese nivel protagoniza una sensación de resistencia elástica. Signo del balón de Von Wahl y, la persecución, naturalmente, evidencia sobre él una sonoridad timpánica. El síndrome radiológico muestra, en las radiografías sin preparación, la gran cámara gaseosa solitaria que, constituye el equivalente radiológico del signo de Von Wahl.

BIBLIOGRAFIA

- (1).— Dr. Carlos Prado D. Apendicitis Agudas. Criterios doctrinales Diagnósticos. "El Día Médico" Buenos Aires, 19 de Junio de 1969.