

UNA FORMA RARA DE APENDICITIS

POR EL DR. GABRIEL M. MALDA

A MEDIDA que el tiempo pasa y que la observación hacia el apéndice se afoca más y más, expresándose ya en una verdadera especialidad, más también son las sorpresas que nos proporciona este órgano en apariencia insignificante y raquítrico, que ha sido y es, el comentario por tantos años, de clínicos y anatómo-patologistas. Si la visión se dirige a épocas retrospectivas en que los estudios de anatomía patológica de las vísceras abdominales estaban en embrión, nada ni nadie había definido en aquellos tiempos la verdadera etiología y patogenia de múltiples padecimientos de la cavidad abdominal que hoy englobamos con el calificativo de «síndrome agudo abdominal», y que suscitan y se presentan a cada momento como una de las grandes incógnitas que revelan la deficiencia en que aun estamos en el terreno de la diagnosis en nuestra azarosa profesión. La evolución sufrida por la anatomía patológica cooperó sin ninguna duda a esclarecer muchos de los errores que en otros tiempos se cometían en la clínica del abdomen, y fué borrándose de la nosología el término genérico de «peritonitis» con que eran firmados muchos de los certificados de defunción en tiempos remotos; fueron distinguiéndose ya en el género peritonitis, las especies y aumentándose por este procedimiento lógico el bagaje que formaría más tarde el material para construir la etiología y patogenia de un inmenso grupo de padecimientos abdominales.

El descubrir que un órgano en apariencia tan insignificante y raquítrico era la causa en múltiples ocasiones de un drama, de una tragedia en el abdomen, que se terminaba por la muerte, causó una conmoción y una renovación en las ideas reinantes de aquellos tiempos. «No hay enemigo pequeño» dice el aforismo, y la patología y clínica del abdomen aseveran esta proposición; la pequeñez del apéndice tal vez lo hizo insignificante ante la clínica, y hoy nuestro asombro es tal del papel protagonista que puede tener el apéndice en el síndrome agudo abdominal, que nunca deja-

mos de pensar en él, ante un enfermo que se queja de un simple dolor en el vientre cualesquiera que sea su sitio y su intensidad. ¡Pero qué difícil aun es diagnosticar una apendicitis aguda o crónica en determinados momentos! ¡Como se encuentra uno perplejo para definirla y aislarla de las múltiples asociaciones patológicas que pueden acompañarla y obscurecerla en determinadas ocasiones! Si genéricamente, si globalmente, permítaseme la palabra, puede dudar el médico de lo que se trata, más aun cuando se intenta pormenorizar «la especie de apendicitis» y catalogarla clínica o anatómicamente. ¡Cuántas formas hoy conocemos y más seguimos conociendo que ya forman una lista, y que solo la intervención quirúrgica o la necropsia nos han revelado su verdadero nombre! Porque hay que convencerse que ni el estudio pormenorizado del dolor espontáneo, ni la investigación meticulosa de las zonas de Head, ni radioscopía, radiografía, o laboratorio, llegan a definir muchas de las especies, sin congestivas, irritativas, calculosas, inflamatorias, por torsión, por codo, supuradas, toxémicas, etc., etc., que en un momento dado puede sufrir un paciente y que solo la intervención o el estudio histo-patológico hecho más tarde pueden definir.

De este estudio de los diferentes tipos de apendicitis han nacido verdaderos *corolarios clínicos* que antes estaban sin explicación; por ejemplo las formas de peritonitis que se encuentran en la intervención quirúrgica y que muchas de ellas ya clínicamente se pueden predecir: «las peritonitis difusas desde un principio o primitivas», con sus dos tipos anatomo-clínicos, el purulento franco, agudo, y el tipo de peritonitis pútrida que es un verdadero terror en el terreno de la terapéutica. También se han podido clasificar las «peritonitis difusas secundarias» que son las más alevosas, por lo oculto de sus síntomas, el disfraz que comunmente llevan y que en los tiempos actuales no se deberían ya presentar, si como debe ser, todos estos enfermos se entregaran con oportunidad en manos de la cirugía. En este grupo se han podido aislar las tres formas que la clínica nos proporciona en mayor contingente: «la peritonitis progresiva», culpable de su desarrollo la obnubilación de sus síntomas, determinada por los abstencionistas que esperan el enfriamiento de la dolencia, enmascarando y ocultando sus síntomas con el hielo, opio, morfina, e inyecciones de diferente naturaleza; esta forma es aquella que se va desarrollando ante los ojos del médico; pero frustrados sus síntomas, el médico permanece miope ante cuadro tan grave, y cuando toma una decisión es para ya no volver a la vida aquel organismo cansado; esta forma es la que se lleva más enfermos, y engaña más a los que pretenden que la operación siempre debe hacerse esperando el enfriamiento de la dolencia. Otro tipo que debe conocerse «la peritonitis llamada en dos tiempos»; forma también engañosa; su principal crueldad es hacernos creer lo que no existe, el principio había sido sin gran ruido, los síntomas

se habían apaciguado, el estado general del enfermo parecía excelente, una calma completa sucedía a la alarma del diagnóstico escuchado, calma que anuncia una tempestad; bajo el pretexto de la suspensión del tratamiento o la ausencia de una de sus fases, como el hielo, el suero, o la posición de Fowler; bajo el pretexto del cambio de una alimentación por complacencia; o lo que es peor, la administración de un purgante, se ven aparecer con gran sorpresa, con verdadero asombro, los grandes síntomas de la peritonitis: dolor, fiebre, vómitos, facies característica, todo un drama anunciando una muerte próxima. Otra forma también engañosa, «la peritonitis llamada en tres tiempos», no hay que olvidarla. Se encuentra uno ante un enfermo con el cuadro de una apendicitis: los síntomas se van apagando, la mejoría se hace franca en pocos días; pero tiempo llega en que la fiebre aparece de nuevo; sin darse una explicación clara del hecho puede aquella fiebre persistir, o lo que es aun peor, desaparecer y todo hacer creer que el padecimiento está terminado: ¡no confiemos en esta segunda elevación de temperatura, que es el segundo acto de la tragedia! No es esta fiebre inexplicable o explicada con algún esfuerzo de imaginación, sino la continuación del proceso que terminará su fallo con la muerte de nuestro enfermo; esta segunda elevación traduce fenómenos localizados de periapendicitis supurada; es el absceso en vías de formación o ya formado. Para muchos médicos los hechos se encuentran consumados, el enquistamiento, las adherencias se han verificado, no hay sino esperar aun, para que la fiebre desaparezca, o se intervenga o lo que es mejor aun, se dé de alta aquel enfermo, sujetándole únicamente a la observación. ¡Falsa creencia, falsa seguridad! ¡Aquel paciente lleva la muerte en el interior de sus entrañas! De repente en medio de la calma más absoluta y en un tiempo muy variable con relación a aquellas manifestaciones de mejoría, se le ve caer como fulminado por un rayo, con una sintomatología hipertóxica, que demuestra lo falso de nuestras concepciones clínicas, de creer terminado lo que no era sino una etapa en la evolución del proceso: es el tercer tiempo este final, es la peritonitis difuso-hipertóxica, provocada por la apertura del absceso en la gran cavidad peritoneal. ¡Todo ha terminado!

Todas estas peritonitis relacionadas con la apendicitis, por su aspecto ruidoso y dramático, nunca se olvidan, siempre se les recuerda, y en el espíritu queda grabado de una manera impresionante si se ha visto cuadro tan doloroso; pero hay otras formas que existiendo y expresando síntomas, estos se ofuscan ante la sintomatología del apéndice o de la repercusión del padecimiento a otros órganos. Todo depende, todo se relaciona con la lesión anatómica, y con la perturbación funcional que acarree el órgano en cuestión. Hace quince años operaba yo una enferma enviada por un médico de provincia con el diagnóstico de apendicitis crónica; la sintomatolo-

gia en efecto era reveladora del padecimiento; pero había algo más que no podía precisar a que se refería en el abdomen: dolores vagos, espontáneos, en diferentes puntos del vientre, zonas de hiperestesia, diseminadas en varios puntos de la pared abdominal, y correspondiendo a reflejos musculares del recto abdominal y del gran oblicuo; la exploración ginecológica bimanual me hizo descubrir un empastamiento doloroso en el fondo de saco de Douglas; todo este cuadro sintomatológico esparcido, coincidía con síntomas bien definidos por parte de la región apendicular, y si no hubiera aido esto nunca me habría comprometido a abrir el vientre, pues soy de los que sostienen que el cirujano cuando interviene, debe antes que todo tener un diagnóstico bien definido. Ya en plena cavidad abdominal y en la región cecoapendicular pude precisar el sitio del apéndice, el que se me mostró con suma espontaneidad muy grueso, y poco largo, libre de adherencias y marcadamente congestionado; presentaba además una forma moniliforme: al tacto llamaba la atención su consistencia blanda, pero sumamente gruesas sus paredes; la apendicectomía fué hecha sin ninguna dificultad llamándome la atención una perforación que descubrí en el órgano mismo al aplicar el portalligadura de Cleveland en el meso-apéndice con el objeto de ligar los vasos que a él se dirigen; estaba cubierta por el meso y de ella escurría un líquido mucoso de gran densidad parecido a la gelatina fluída. Impresionado por el hallazgo y surgiéndome la idea de que pudiera ser una degeneración maligna del apéndice, procedí después de hacer intervenir el termocauterio en el muñón y de sepultarlo a explorar los ganglios de las diferentes regiones del abdomen obteniendo resultados negativos pero, encontrándome productos también mucoides como los del apéndice en sitios diversos, que recordé eran los de los dolores espontáneos y zonas hiperestésicas encontradas en mi exploración. El Douglas principalmente era el que estaba ocupado por mayor cantidad de producto mucosido; el interés que despertaba la pieza anatómica me hizo enviarla a su estudio histopatológico, pero desgraciadamente las circunstancias anómalas por las que atravesaba el país en aquel año hizo que no se cumplieran mis deseos, y quede con la incógnita ante mi vista sin poderla resolver. Aquella enferma diez años después la encontré en perfecto estado de salud general y por parte de su vientre; muchos kilos había aumentado; el tiempo transcurrido y el estado de mi paciente daban un mentís a la idea de que hubiera habido en ella algo maligno. Dos casos después del anterior y uno hace mes y días de la misma índole me han hecho consignar estas cuantas líneas y entrar en algunas explicaciones.

Estos quistes y dilataciones quísticas del apéndice que Elbe (de Rostock) estudió en 1909 en un trabajo en que reunió 150 observaciones, son debidas según él a una obliteración completa de su luz, a una distancia va-

riable de la extremidad libre del vermium; su contenido, líquido, mucoso, es estéril o contiene raros microbios; su pared presenta la estructura del apéndice normal, pero con las distintas tunicas aplastadas y la mucosa casi desprovista de elementos linfoides. Kelly también habla de estos quistes con el nombre de «Residual Apendicitis». El proceso de formación de estos quistes es muy lento y requiere dos condiciones esenciales: 1º obliteración gradual de una porción de la cavidad del apéndice por cualquier agente; 2º que el contenido del apéndice distendido, quístico, sea estéril o casi estéril; se ha llegado a hacer el análisis químico del líquido, encontrándose en él mucina, con huellas de grasa y colessterina y nunca substancia coloide.

En mis cuatro escasas observaciones hago notar que en la primera existía perforación y por ella había salido la substancia mucoide, a no dudar lentamente; en las otras no encontré ninguna solución de continuidad, los apéndices estaban cerrados y llenos de moco. En el último de los casos operados, el apéndice estaba enteramente oculto en la pared del ciego y siguiendo una dirección ascendente; no había visualmente nada que indicase su presencia y solo la palpación lo hacía suponer, por el enorme enguesamiento de la pared del ciego a ese nivel; tuve que esculpirlo verdaderamente con delicadeza para no abrirlo, y no abrir el intestino. Creo indudablemente que la cantidad de líquido mucilaginoso que puede caer en el peritoneo depende de las dimensiones de la abertura del apéndice; si esta es pequeña el derrame mucinoso es poco abundante y dispuesto en forma de vesículas o de esférulas; cuando la desgarradura es extensa y el quiste voluminoso, el derrame se hará en una masa amorfa que recuerda el verdadero mixoma. Cuando he abierto estos apéndices para su estudio me he encontrado en ellos, verdaderos tabicamientos en su interior determinados por repliegues salientes ocupando las dos terceras o tres cuartas partes de su circunferencia recordándome por su semejanza a las salientes que forman las válvulas de Houston en el interior del órgano de la defecación; estas salientes, estas válvulas interiores se traducían exteriormente por depresiones, que separan alternativamente a dilataciones de la pared, dando el aspecto moniliforme al órgano ya marcado al principio de mi descripción.

Permítaseme hacer ahora la semblanza de lo que acontece en el ovario. Es bien sabido que la patología y clínica del ovario es dominada por dos clases de tumores: el quiste dermoide y el quiste mucoide; a este último es al que afoco la semejanza con los quistes mucoides del apéndice vermiforme que acabo de describir. El cistadenoma seroso y el cistadenoma pseudomucinoso tienen una sintomatología clínica muy parecida pero difieren en sus fases anatómicas, pues mientras el primero tiene un contenido flúido enteramente y claro, en el otro la gran proporción de pseudomucina lo vuel-

ve espeso o semifluido parecido a una jalea. Ambos generalmente son múltiples con uno o más grandes quistes y otros pequeños más numerosos. Su superficie es de un blanco aperlado con cápsula espesa y rara vez es redondo como en el simple quiste seroso, sino que presenta amplias jibosidades separadas por constricciones. A veces el ovario presenta tal número de quistes que parece un racimo de uvas. Por las estadísticas parecen más numerosos los cistadenomas serosos que los pseudomucinosos, y por otra parte, hecho muy favorable, tiene menos tendencia el pseudomucinoso a la degeneración maligna, que el cistadenoma seroso. La invasión papilar en estos últimos es menos frecuente y cuando se verifica empieza en uno de los quistes y puede crecer hasta invadir todas las cavidades. Estos crecimientos papilares pueden aparecer precozmente aun cuando el quiste esté aun pequeño. Rompiéndose estos quistes la cavidad peritoneal es contaminada y los papilomas implantados producen nódulos que son difíciles de distinguir en sus primeros estados de la diseminación tuberculosa difusa del peritoneo. La ruptura de uno de estos quistes papilomatosos puede ser seguida de fiebre ligera y de síntomas de peritonismo y de peritonitis atenuada. Cuando la cavidad peritoneal contiene el fluido mencionado, la membrana se encuentra mucho más gruesa y marcadamente inyectada. Se puede obtener la curación cuando la malignidad está en bajo grado y después de extirpar los tumores primitivos. Se ha hablado de cambios regresivos en tumores diagnosticados en la laparotomía bajo la influencia de masajes y percusiones y muchos de estos tumores han sido quitados años después cuando la malignidad peritoneal y local parecen haber disminuido espontáneamente. En algunos casos la simple laparotomía exploradora parece haber ejercido un efecto benéfico sobre el padecimiento primario y la serosa peritoneal, parecido al que ejercen la luz y el aire en la tuberculosis del peritoneo.

Por todo lo anteriormente expuesto es muy legítima la comparación que puede hacerse entre la forma pseudomucinoso del apéndice y los quistes pseudomucinosos del ovario. Estas dos formas pueden simbolizar una misma etiología para el desarrollo de una variedad de peritonitis que no es ruidosa, que no es dramática; en la que los síntomas se encuentran atenuados y en la que la sagacidad y el talento clínico pueden estrellarse para llegar a un diagnóstico etiológico y patogénico. Esta peritonitis ha sido designada con los nombres de pseudomixoma o enfermedad gelatinosa del peritoneo y si antes se le consideraba de origen ovárico hoy tenemos todo el derecho de darle también una etiología apendicular. Esta peritonitis es grave, muy grave, y su forma silenciosa lo mismo que la de las lesiones ováricas y apendiculares que le dan origen, hace que el clínico confíe, y que muchos de estos enfermos no sean operados, principalmente cuando el ori-

gen es claramente apendicular pues no se encuentra una sintomatología alarmante en la cronicidad del padecimiento para decidir la intervención. Argumento de más poderosa razón en aumento, es esta forma anatómico-clínica de apendicitis, a todos aquellos que en el transcurso de los años, he manifestado en mis diversos trabajos con entusiasmo y convicción, de que toda apendicitis debe operarse pues tarde o temprano expresará sus nefastas consecuencias que nadie puede predecir ni adivinar. Un apéndice enfermo de este llamado «mucocele apendicular», quitado a tiempo, antes que la degeneración papilar maligna lo invada y lo rompa, esparciendo la contaminación al peritoneo, puede ser el renacimiento de una vida, y un triunfo para el cirujano. Tengamos precisión y decisión para enfrentarnos ante los síndromes abdominales, y no el esperar en muchas ocasiones: «el saber esperar» tan pregonado por los especialistas en obstetricia, es la espera de la muerte, en estos casos, es intervenir cuando las lesiones son irremediables, cuando la vida ya acabó para el enfermo, y para el cirujano se extirpó por completo el sublime ideal de la esperanza, al contemplar las catástrofes demostradas por la laparotomía.

Octubre 15 de 1930.

GABRIEL M. MORA