

a una lesión pleural. Algo semejante a lo que sucede en la esplenoneumonía de Grancher, en la cual, a pesar de la ausencia real de derrame pleural, los signos de exploración somática hacen pensar en él.



Un caso de duplicidad del apéndice *

Por los Dres. GUSTAVO BAZ y TOMAS G. PERRIN

Sin ser común ni frecuente, no es de gran rareza el hallazgo de restos de un no reabsorbido conducto onfalomesentérico —ya en su normal punto de arranque íleal, ya ectópico, libre o adherido a órganos abdominales diversos—, así como formaciones diverticulares polipoides en puntos diferentes de la superficie externa del tubo intestinal desde el duodeno hasta el recto; muy especialmente a lo largo del apéndice vermiforme.

Pero en tales formaciones diverticulares (hecha excepción de la de Meckel), su forma generalmente hemisférica, ovoidea o esferoidal y sus atipias estructurales: ausencia de capas musculares o irregular disposición de éstas, bastarían para no identificarlas con el apéndice cecal. Sin contar con que el mayor número de divertículos yuxta o paraapendiculares, no son verdaderas dismorfias fetales sino falsas o adquiridas, condicionadas por tabicaciones en viejos procesos supurativos del apéndice.

El divertículo de Meckel sí puede presentar una estructura intestinal regular u ordenada, comparable a la apendicular; pero su alejamiento de la base del apéndice vermiforme es tal, que la menor distancia entre ambas implantaciones de que tenemos noticia es de treinta y cinco centímetros.

Por todo esto creemos de algún interés la presente observación, en la que dos formaciones de aspecto y estructura apendiculares, sin indicio alguno de lesiones supurativas o disecantes anteriores, se encontraban paralelas y contiguas divergiendo apenas en su base, ya que ésta correspondía a dos segmentos diferentes, aunque próximos, del tubo intestinal.

La señorita T. P., de 23 años de edad, con padres y hermanos sanos y sin antecedentes patológicos de importancia para nues-

* Trabajo de turno leído en la sesión del 9 de agosto de 1939.

tro estudio, sufrió una caída y, tras ella, notó un abultamiento en la región inguinal derecha, abultamiento que creció lentamente haciéndose a veces doloroso. Esta molestia la hizo presentarse en consulta médica sobre la conveniencia de una operación quirúrgica. El estudio clínico nos llevó al convencimiento de que existía una hernia inguinal y un proceso de apendicitis crónica que justificaban la hernioplastia y la apendicectomía, respectivamente. Aceptadas ambas y previas las pruebas preoperatorias generales,

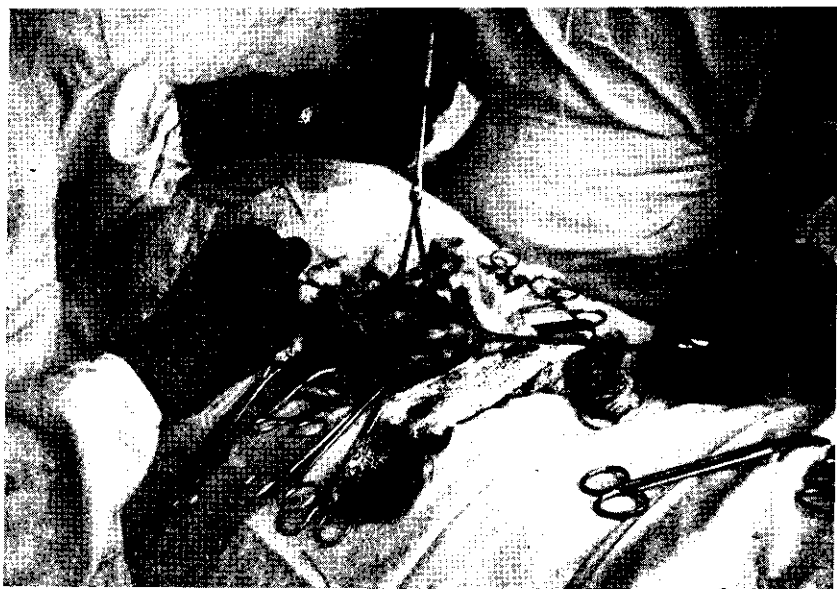


Fig. No. 1.—Los apéndices unidos.

que dieron resultados satisfactorios, se procedió a ejecutarlas iniciándolas con una incisión de diez centímetros paralela al arco de Poupart. La exploración evidenció un saco inguinal pequeño y, una vez abierto, se retrajo el ciego, encontrándose dos órganos cilíndricos, al parecer apéndices, con mesenteriolos propios y con implantación distinta, aunque contigua uno en el ciego y otro en el íleon, uniéndose después como en cañón de escopeta. Se ligaron los mesos aisladamente y se procedió a la doble apendicectomía, según la técnica de uno de nosotros.

Antes, y dada la infrecuencia del caso, fueron fotografiados los apéndices, conservando la relación de íntima contigüidad en que se encontraron, y previa separación de ellos.

Reconstruída la pared, con empleo de catgut atraumático número 1 en las suturas viscerales y número 2 en las parietales profundas y con grapas en la piel, no se registró accidente o complicación alguna, operatorio ni postoperatorio. Ha transcurrido mes y medio y la señorita T. P. se encuentra en satisfactorias condiciones de salud.

Los apéndices fueron colocados en formol al 10% para su estudio histológico. A las veinticuatro horas en que fueron extraídos para ser cortados por congelación, presentaban, entre sí, aspecto y dimensiones diferentes: digitiforme el de implantación ileal, ligeramente incurvado, de treinta y cinco milímetros de longitud, con diámetros transversales de veinte milímetros en la base, de cuatro en la región media y de siete milímetros en la extremidad distal. Vermiforme el de implantación cecal, con doble incurvación en forma de S; de sesenta y cinco milímetros de longitud y con diámetros transversales variables entre cuatro y seis milímetros.

Ninguno de los dos órganos estaba parastiado, ni contenía fecalitos, cálculos ni otros cuerpos extraños.

Con las manifestaciones patológicas que en seguida diremos, ambos presentaban estructuras de tipo apendicular, tanto estromáticas como parenquimatosas.

El ileal mostraba su aparato glandular normal, dijéramos más bien, exuberante; pero el linfoide pobre y aplásico. En las tunicas musculares eran francamente apreciables las proliferaciones neurales del plexo mientérico características de las llamadas apendicitis neurógenas de Masson. En el apéndice cecal, por el contrario, se comprobaban lesiones moderadas de aplasia glandular con hiperplasia folicular evidente; es decir, el cuadro, aunque incipiente, de la llamada apendicitis crónica folicular hipertrófica. La cavidad del primer órgano presentaba en corte transversal el aspecto normal de hendidura en Y. La del segundo era amplia y circular, como iniciándose un proceso ectásico.

Si tenemos en cuenta que ni la morfología ni la estructura de las formaciones que hemos descrito pueden corresponder a los

divertículos accesorios o falsos —impropiamente llamados adquiridos y estimados, más bien en la actualidad como quistes para-intestinales—, acaso la explicación menos ilógica en que a la luz de los hechos embriológicos pudiéramos pensar, sería la persistencia del conducto vitelino u onfalomesentérico con atopia tal, que haya permitido converger ese divertículo ileal con un apéndice cecal, acompañándole en casi todo su trayecto. La histología no puede darnos razones suficientes para separar a tal divertículo



Fig. No. 2.—Los apéndices separados.

de un apéndice, ya que, como hemos dicho, las cuatro tunicas fundamentales del intestino (mucosa adenolinfoide, con exigua base muscular, submucosa, capas musculares en doble disposición y serosa), pueden hallarse en uno u otro.

La curiosa evolución del brote, botón o yema cecal que hacia el primer mes del desarrollo fetal aparece en la rama inferior del asa intestinal o segmento medio del tubo digestivo, evolución que cuatro meses más tarde ha de constituir en su porción proximal el ciego, para quedar la parte distal tubulosa y estrecha, apen-

dicular o accesoria, como detenida en su desarrollo, tendríamos que verla en cierto modo repetida en el íleo, lo que parece suposición aventurada. No lo sería tanto quizá, la persistencia del segmento inicial del conducto vitelino (hallazgo que en algunas estadísticas alcanza el 2% de los cadáveres estudiados); admitiendo la circunstancia de una implantación mucho más próxima a la válvula íleocecal que las comúnmente señaladas. Concesión nada gratuita, ya que en esta distancia —estimada por lo general en noventa centímetros— se ha podido comprobar variaciones entre treinta y cinco centímetros y tres metros.

Cabría decir, por tanto, que pudiera tratarse de un divertículo de Meckel de topografía paracecal; pero si toda anomalía debe ser enjuiciada con criterio embriológico, no sólo ontogénico, sino filogénico, cabe también recordar no tanto la duplicidad del apéndice cecal en algunos vertebrados inferiores cuanto la persistencia normal del conducto onfalomesentérico en gran número de aves, constituyendo en ellas el llamado apéndice ileal.

Así, pudiéramos catalogar provisionalmente nuestra observación como un caso de duplicidad de apéndice, en la que uno representa el de tipo humano con implantación cecal y el otro pudiera representar el tipo ancestral, con afloramiento en el íleo, a que acabamos de hacer referencia. *

* La lectura del trabajo fué acompañada de la presentación de las dos fotografías que en él se mencionan y de diez microfotografías en negro y autocrómicas.