

Trabajo de la Clínica Quirúrgica Infantil — Profesor: Dr. Ricardo Yannicelli

EPILOITIS AGUDA RETRACTIL POST-PERITONITIS APENDICULAR (*)

Dra. María Teresa Cabrera Roca

Posta Central de Anatomía Patológica. Dr. Alberto L. Matteo

La presencia de epiploitis agudas en las peritonitis apendiculares de mayor o menor grado es la regla, pero la variedad que hemos encontrado de epiploitis retráctil supurada creemos que justifica su interés de ser presentada.

Historia. — Las epiploitis, ampliamente conocidas desde el pasado, han sido exhaustivamente estudiadas por Arthur E. Hertzler, de Kansas, en su libro el Peritoneo, 1921, así como en el tratado de cirugía del gran Epiploon, publicadas por A. Aims en 1926 y en la sesión del 3 de octubre de 1927 del Congreso de Cirugía Francés, J. Silhel, de Marsella.

Todos esos trabajos me fueron cedidos gracias a la gentileza del profesor don Domingo Prat, a cuyo conocimiento llegué por indicación de nuestro presidente, Dr. E. Vigil Sñora, al informarle mi deseo de reportar este caso.

Hay un trabajo aún inédito del profesor don Domingo Prat, sobre epiploitis crónica que será presentado en breve.

Historia Clínica. El caso que motiva esta presentación es el siguiente:

L. E. S. P., 11 años, ingresa al Servicio de Cirugía de Niños el 25 de junio de 1962. Motivo de ingreso: dolor abdominal, vómitos y constipación.

Enfermedad actual: desde hace tres días comienza con dolor epigástrico que luego irradia a F. I. D. Vómitos, constipación y fiebre.

Antecedentes personales: es la primera vez que tiene un dolor abdominal. Resto de interrogatorio: s/p.

Examen: Niño febril, 39 R. Intoxicado, algo deshidratado, lengua saburral, garganta roja. Abdomen: distendido, dolor espontáneo en F. I. D. y defensa difusa predominante en F. I. D. Tacto rectal: Douglas doloroso y bombante. Resto de examen: s/p. Diagnóstico: Apendicitis aguda con reacción peritoneal difusa. Se coloca sonda de Cantor. Intervención quirúrgica, IV/25/62. Doctora Cabrera Roca. Practicante: Laborde. Anestesista: Dr. Wimer.

Incisión de Mac Burney Gosset. Abierto peritoneo sale un líquido turbio fétido de olor fecaloideo. Se exterioriza el ciego y con él un apendicitis de unos 2 centímetros de largo y grueso como de un centímetro y medio que no explicaba el pus con los caracteres antes anotados. Al exteriorizarse el ileo

(*) Trabajo presentado en la media hora previa en la Sociedad de Cirugía el día 12 de setiembre de 1962. -

muy alterado viene pus de la región retromesentérica con olor cloacal y se toca una tumefacción alargada que se despega y se exterioriza encontrándose que es el apéndice amputado de unos 8 cms. de largo de color verdoso en su totalidad y que se deshace en la mano en varios sectores. El meso está trombosado totalmente y en la zona de adherencia de intestino hay varias placas que hacen pensar en la posibilidad de deshiscencias posteriores. Se deja por lo tanto ampliamente abierto con un tubo de goma en el Douglas, otro en el foco y un cigarrillo. Cierre de la pared parcial.

Post-operatorio inmediato, bueno. Se indican: sueros intravenosos. Terramicina intramuscular. Aspirar por la sonda de Sutor. La evolución es buena siendo dado de alta el día 5/VII/962. Apirético y con buen estado general.

Reingresa el 19/VII/962. Por cuadro febril. Temp. R. 39 y dolor en hi-

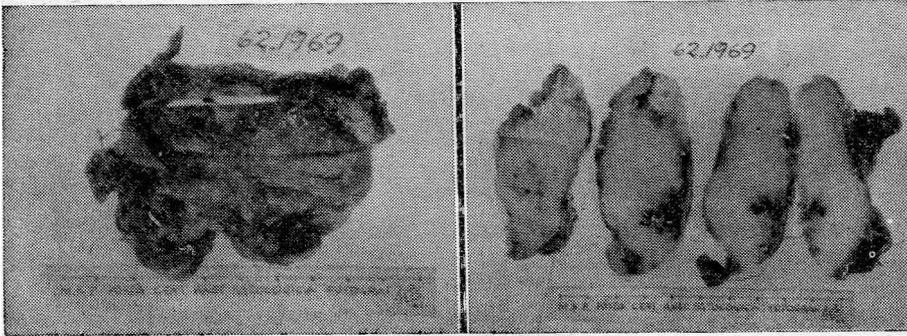


Fig. 1. — Epiploitis retráctil que comprende la epiplón total de frente.

Fig. 2. — Epiploitis retráctil que comprende la epiplón total de perfil en corte.

pocondrio derecho y flanco del mismo lado que comenzó progresivamente hace 5 días.

Examen: Lúcido, buen estado general, piel y mucosas bien coloreadas. Dolor intenso en hipocondrio derecho sobre el recto derecho y en el flanco del mismo lado. Como aún drena algo por la herida operatoria se reabre saliendo una pequeña cantidad de pus de color oscuro; se indican antibióticos.

VII/22/962. En vista de que por el drenaje no viene más pus sino una poca cantidad de cerosidad sanguinolenta, se hace anestesia local con novocaína y se entreabre ampliamente la herida por la cual tampoco se obtiene más que la cerosidad antedicha. Tacto rectal: no hay absceso del Douglas. Radiografía de abdomen de pie, no hay absceso sufrénico, la fiebre persiste, el dolor y la contractura al nivel del recto derecho es más importante. Se decide explorar esa misma tarde. Dra. Cabrera. Practicante: Laborde. Anestesia, doctor Grois.

Incisión transversa supra umbilical derecho, debajo del recto derecho hay un plastrón abcedado que infiltra los planos superficiales y que se ha abierto en la vaina del recto. Por debajo hay una masa de epiplón constituido por la totalidad de éste de 7 x 5 x 3 cms., de aspecto tumoral reblandecida en zonas.

Se interpreta como una epiploitis retráctil como consecuencia de la peritonitis anterior. Se reseca el epiplón en su totalidad, despegándolo del colum con el cual aún no presenta solución de continuidad a pesar de que los abscesos están adheridos en toda su periferia. Por la incisión de Mac Burney de la ope-

ración anterior se explora el piso bajo el abdomen que no ofrece nada patológico. Cierre de la pared por planos de la incisión transversa. Se deja totalmente abierto el Mac Burney sacando los drenajes uno superior y otro en el Douglas de tubo de goma. La evolución fue buena y dado de alta el 2 de agosto de 1962.

Anatomía patológica. Posta Central de Anatomía Patológica, Dr. Alberto L. Mateo.

Examen macroscópico: El material recibido fijado en formol está constituido por una formación irregular que mide 70 x 50 x 30 mm. de superficie rugosa de coloración gris amarillenta y de consistencia elástica. Al corte está constituido por un tejido amarillento con focos irregulares pardos oscuros con aspecto infiltrado hemorrágico. Se toman para examen microscópico dos fragmentos, archivándose el material restante. (Dr. Kurdian).

Examen microscópico: Fragmentos de tejido celulo adiposo con densa infiltración leucocitaria y purulenta y áreas de transformación de tejido adiposo en tejido conjuntivo joven. (Dr. Alberto L. Mateo).

RESUMEN :

a) Nos referimos a un caso de epiploitis retráctil post-peritonitis apendicular.

b) Todo el epiplón estaba reducido a una masa de aspecto tumoral por retracción consecutiva al proceso supurado difuso intraperitoneal.

c) Este es el primer caso de epiploitis retráctil supurada que observamos en cirugía infantil.

BIBLIOGRAFIA

AIMOS, A. — Cirugie de Grand Epiplon. 2ª Edic. París, 1926.

HERTZLER, A. — El peritoneo. Kansas, Illinois, EE. UU. Traducc. Esp. Madrid, 1921.

SILHOL, J. (de Marseille).

CONGRES FRANCAIS DE CHIRURGIE. Sesión 3 de Oct. 1927.