

Neumoperitoneo espontáneo en el curso de una peritonitis apendicular *

Dr. ROBERTO PERDOMO **

Relataremos una observación de neumoperitoneo espontáneo mínimo como hallazgo radiológico inusual en el curso de una peritonitis por apendicitis gangrenosa perforada. Contribuimos a la casuística nacional con esta nueva observación, precedida por las de Marella (4) y Vigil (5).

María Celia L. de D. L., 33 años. Procede de Capilla del Sauce. Ingresa al Servicio de Cirugía del Hospital de Florida de 8-III-1965.

1º-III-1965: Parto a término y alumbramiento normales. Atendida por el Dr. Dibarboure hace un puerperio inmediato normal y es dada de alta al tercer día.

4-III-1965: A las pocas horas de su egreso, consulta nuevamente por vómitos, diarreas y dolor en hipocondrio derecho. Se comprueba temperatura elevada y se interpreta como una gastroenteritis aguda, realizándose tratamiento médico. En los días siguientes continúa con intenso cuadro febril (temperatura axilar hasta 39°5) y hay dolor en todo el hemiventre derecho, predominando en F.I.D. El tránsito intestinal se ha normalizado. El examen practicado por el Dr. Dibarboure le muestra: moderada distensión abdominal; hernia umbilical sin alteraciones e indolora; fondo de saco de Douglas indoloro. Al cuarto día se toman radiografías de tórax en frente y perfil y se resuelve su traslado al Hospital de Florida. No hay antecedentes dignos de mención en la esfera digestiva.

Examen (8-III-1965).—Paciente obesa, con aspecto intoxicado. Se queja de dolor intenso en flanco y F.I.D. Lengua intensamente saburral. Temperatura axilar 39°, pulso 130 p.m., presión arterial 12-8.

Abdomen: Distensión moderada y uniforme. Hernia umbilical del tamaño de un puño de adulto, recubierta de piel roja, caliente y con edema que le confiere aspecto de piel de naranja; es dolorosa a la palpación e irreductible, pero no presenta tensión y es sonora a la percusión. Dolor y defensa netos en flanco y F.I.D. Resto del vientre depresible, pero doloroso a la decompresión.

Tacto rectovaginal: Por el tacto vaginal y rectal no se provoca dolor. Con el tacto combinado y deprimiendo profundamente el periné, se alcanza casi la altura del promontorio y a ese nivel existe dolor peritoneal neto. El útero se encuentra aumentado de volumen como corresponde al octavo día del puerperio.

Radiografías de tórax, frente y perfil: En ambas se observa un neumoperitoneo mínimo subdiafragmático derecho (figs. 1 y 2).

Diagnóstico clínico: Se hace diagnóstico positivo de peritonitis difusa por apendicitis perforada con neumoperitoneo, en virtud de la neta sintomatología física. Desechamos la posibilidad de una complicación de su hernia umbilical, considerando las modificaciones a su nivel como una expresión de la peritonitis difusa.

Operación de urgencia (8-III-1965. Dr. Perdomo, Dr. Dibarboure, Pte. Segal. Anestesia general, Dr. Schwartzman).—Incisión de MacBurney con abertura de la vaina rectal. Abundante pus fétido libre en la cavidad peritoneal. Apéndice en posición inferointerna con sus dos tercios distales gangrenados, de color verdoso, con una amplia perforación por la cual asoma un coprolito libre y a punto de expulsarse en la serosa. El ovario derecho se halla por encima del estrecho superior pelviano e íntimamente unido al apéndice; está muy engrosado y con una amplia cavidad abscedual desgarrada y abierta en el peritoneo (absceso apendiculoovárico roto). Apendicectomía y resección de un trozo parietal de la cavidad ovárica, que se envían a estudio anatomopatológico. Se explora el anillo herniario umbilical que permite la fácil penetración del índice.

Útero aumentado de volumen que impide el avenamiento suprapúbico del Douglas. Se drena solamente el foco apendicular por contrabertura en la F.I.D., con tubo en cigarrillo. Cierre por planos con puntos separados de catgut simple y cromado. Piel abierta.

Evolución postoperatoria.—Sin incidentes. Se retira el drenaje a las 48 horas y es dada de alta al sexto día en buenas condiciones.

Anatomía patológica.—Material quirúrgico que consta de un apéndice largo de unos 10 cm. y un fragmento cuneiforme de ovario. El primero tiene totalmente necrosada su mitad distal, con caracteres de una apendicitis gangrenosa. Hay surco de delimitación nítida con la parte proximal que está poco alterada. En la zona límite hay una perforación de

* Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 28 de abril de 1965.

** Observación del Servicio de Cirugía del Hospital de Florida.

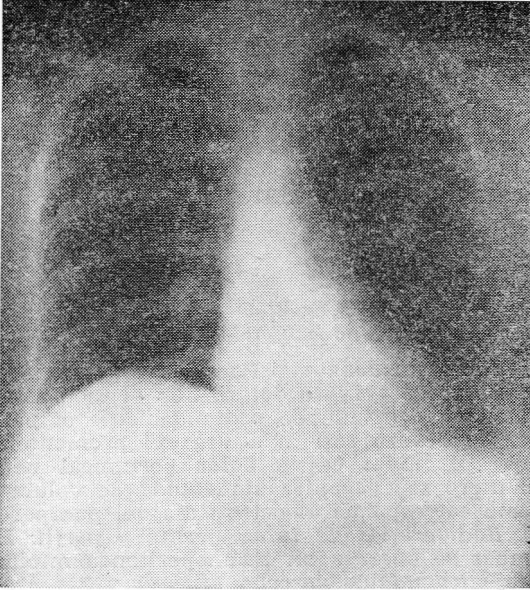


FIG. 1.



FIG. 2.

4 mm. En la luz hay un coprolito a la misma altura. El trozo de ovario contiene una zona de aspecto inflamatorio de color amarillento. Histología de cuatro trozos apendiculares y uno de ovario.

Microscopia.— Se comprueban las lesiones correspondientes a una apendicitis aguda gangrenada y supurada, con intensa peri y mesoapendicitis. El trozo de ovario contiene parte de la pared de una zona supurada, con intensa reacción exudativa purulenta.

CONSIDERACIONES

1º) Se trata evidentemente de una apendicitis gangrenosa instalada por el mecanismo de la obstrucción luminal, con producción inicial de un absceso apendiculoovárico y luego perforación del absceso y del apéndice mismo en la cavidad peritoneal, dando lugar a la peritonitis difusa. La movilización secundaria del agente obstructor (coprolito) permitió, con toda probabilidad, el pasaje gaseoso desde el ciego a la serosa, a través del tercio proximal poco alterado del apéndice, produciéndose un neumoperitoneo mínimo radiológico subdiafragmático derecho. Marella (4) se ha ocupado en detalle de la interpretación patogénica del fenómeno.

La observación presenta otras particularidades que nos parecen de interés co-

mentar brevemente y que derivan del hecho (poco corriente en la cirugía de la peritonitis apendicular) de transcurrir el proceso en la primera semana del puerperio.

2º) Tanto el tacto hecho por el médico tratante como por nosotros por vía vaginal y por vía rectal, fueron negativos en su búsqueda del dolor del Douglas. Pero realizado el tacto combinado rectovaginal que nos permitió deprimir profundamente el periné complaciente de la puérpera, provocamos intenso dolor al alcanzar casi la altura del promontorio. Estimamos que ello debe atribuirse al ascenso experimentado por el fondo de saco de Douglas y que el dolor a su nivel debe buscarse muy alto en la embarazada del último período y en la puérpera reciente.

3º) Al abordar la fosa iliaca derecha de esta paciente, recordamos que el Profesor Suiffet nos refiriera en cierta ocasión cómo en la embarazada a término una incisión de Mac-Burney ubicada en su posición habitual, arriesga caer encima de la vaina del recto y hacer penetrar en ella al cirujano inadvertido. Por ello realizamos la incisión casi contra la espina iliaca anterosuperior, y a su pesar, nos sorprendió cuán cerca de ésta se hallaba el borde externo de la vaina rectal. Los músculos

anchos aparecían en esta paciente puérpera como plegados sobre sí mismos y la vaina rectal expandida ampliamente hacia afuera, como consecuencia de la distensión parietal provocada por el embarazo reciente. Nos parece un detalle útil a tener en cuenta en situaciones similares.

4^o) Finalmente, señalamos el inconveniente que implica el útero grávido o en involución puerperal reciente —por su volumen— para cumplir la norma ortodoxa del avenamiento del Douglas en la peritonitis. Con toda evidencia no podíamos colocar un dren suprapúbico que hubiera rodeado al útero como una U invertida, con riesgo de lesionarlo por decúbito y fácil desplazamiento de su extremo hacia arriba. Del mismo modo, no podíamos situarlo desde la F.I.D. ante el riesgo de comprimir los vasos ilíacos, aumentado por el mayor volumen del útero. Decidimos abandonar el avenamiento del Douglas en estas condiciones y colocar solamente un dren en cigarrillo a nivel de la F.I. interna.

SUMARIO

Se presenta una observación de neumoperitoneo espontáneo comprobado radiológicamente, en el curso de una apendicitis gangrenosa perforada con peritonitis difusa, acaecida en una puérpera de 33 años.

Se hacen además consideraciones relativas al diagnóstico y a la técnica quirúrgica en la apendicitis del puerperio reciente.

RÉSUMÉ

On présente une observation de pneumopéritoine spontané prouvé radiologiquement, au cours d'une appendicite gangréneuse perforée avec une péritonite diffuse, apparue au post-accouchement d'une femme de 33 ans.

On fait, en plus, les considérations relatives au diagnostic et à la technique chirurgicale de l'appendicite apparue au post-accouchement récent.

SUMMARY

A report is made of a case of spontaneous pneumoperitoneum with roentgenographic evidence, in the course of a gangrenous appendicitis with diffuse peritonitis in a 33-year old puerpera.

The diagnosis and surgical technique of appendicitis in conjunction with recent puerperium, is dealt with.

BIBLIOGRAFIA

1. BOSCH DEL MARCO, L. M. Neumoperitoneo espontáneo. Sin perforación visceral aparente. *Arch. Urug. Med. Cir. Esp.*, 41: 107, 1952.
2. DEL CAMPO, J. C. El neumoperitoneo espontáneo. Estudio radiológico del ulcus perforado en las contracturas abdominales. *An. Fac. Med. Montevideo*, 24: 865, 1939.
3. GREEMBERG, B. E. Spontaneous pneumoperitoneum in appendicitis. *Radiology*, 77: 248, 1961.
4. MARELLA, M. E. Neumoperitoneo en una peritonitis apendicular. *Bol. Soc. Cir. Ur.*, 34: 295, 1963.
5. VIGIL, E. En discusión Bosch del Marco (1).