

Neumoperitoneo por perforación apendicular *

Dr. ATANASIO J. SIERRA OBIOL

La comprobación radiológica (excepcionalmente clínica) de un neumoperitoneo por perforación apendicular en el curso de una apendicitis aguda, es un hecho por todos conocido, aunque evidentemente raro.

Un nuevo caso se ha dado en nuestro medio y creemos de interés su presentación, así como realizar un somero análisis de las circunstancias que en este paciente existieron para hacerlo posible.

E. I. I., 56 años, sexo masculino. Procede del Interior. Ingresa por dolor en hemiabdomen derecho y periumbilical. Estando en plena salud, comienza 24 horas antes, con molestias epigástricas vagas, sensación de indigestión. Estado nauseoso, sin vómitos. Deposición normal 16 horas antes del ingreso. Anorexia, limitándose a ingerir líquidos, que no vomita. Persiste su molestia dolorosa vaga de epigastrio e H.D. Sensación de fiebre. Tres horas después, unas 5 horas antes del ingreso, dolor intenso, brusco, agudo, iniciado en hemiabdomen superior y epigastrio, pero que rápidamente difunde a región periumbilical y a todo el resto de hemiabdomen derecho. Dolor de gran intensidad, que presenta ciertas remisiones y exacerbaciones, pero siempre sobre un fondo álgico severo.

Visto por médico, que es quien lo trae a la Institución, lo encuentra en shock de tipo primario por dolor, y con un vientre prácticamente "en tabla". Lo calma, y lo transporta 200 km.

Antecedentes.— Como datos positivos: lúcido. No síndrome de shock actual. Muy dolorido. Temperatura: 38 axilar y 39½ rectal. Abdomen: dolor difuso espontáneo y provocado, a predominancia en hemivientre derecho, con contractura intensa, que respeta F.I.Iz. y Fl.Iz. Tacto: Douglas doloroso.

El diagnóstico que se realiza es de peritonitis difusa por perforación. Un detalle humorístico, si cabe, es que el médico que traía al paciente, tenía diagnóstico de úlcera perforada; en tanto el enfermo insistía en que él tenía una apendicitis.

Se hace estudio radiográfico de abdomen, acostado y de pie, y en la radiografía de pie, enfocando cúpulas diafragmáticas, se pone de manifiesto un neumoperitoneo mínimo derecho (ver fig. 1).

Estando el paciente ya bajo el efecto de la premedicación anestésica, es visto nuevamente, comprobándose algo realmente importante: la acalmia por la medicación, ha disminuido y concretado el foco de máximo dolor, localizándose éste en periumbilical derecha y F.I.D. alta.

Con diagnóstico de apendicitis aguda perforada, con neumoperitoneo de origen apendicular, se procede a la intervención.

Operación (4-IX-64. Dr. Bermúdez. Dr. Sierra).— Incisión de Mac Burney, ampliada hacia el flanco. Abierto peritoneo, viene abundante líquido turbio, con olor a coli. Se comprueba apéndice muy grueso, largo, en situación laterocecal interna, ascendente y premesentérica. Está necrosado prácticamente en totalidad, con una amputación de la punta, amplio orificio por donde salen materias fecales formes, que se encuentran en el foco. Aspiración del líquido. Apendicectomía, resecano una virola de ciego involucrado. Cierre del ciego en dos planos. Lavado peritoneal con suero y antibióticos. Drenaje del Douglas por tubo, con aspiración "en brocal". Cierre.

La evolución postoperatoria fue buena, con alta al sexto día.

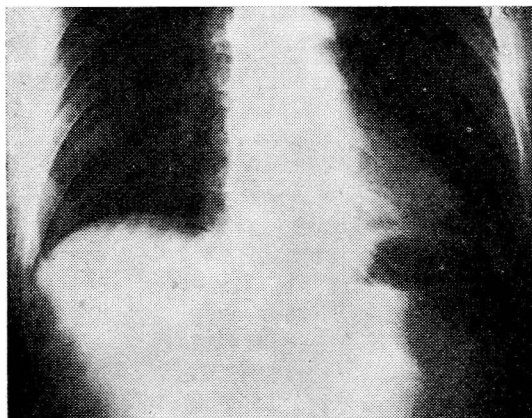


FIG. 1.

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Profesor Dr. Oscar Bermúdez. Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 26 de mayo de 1965.

Como vemos, se trata de un nuevo caso de neumoperitoneo de origen apendicular, que si bien era mínimo, era evidente.

Su presencia, más el cuadro clínico particular de este paciente, pudieron llevar al justificado error de diagnóstico de creer en una perforación ulcerosa.

Para nosotros, tanto la existencia del neumoperitoneo, como la de ese cuadro doloroso brusco y alto, con rápida difusión, se debieron a las características anatómicas y topográficas del propio apéndice, cuya situación ascendente, su grosor, su largo, su permeabilidad y su gran perforación con amputación de su punta, explican perfectamente la presencia de los hechos clínicos y radiológicos citados.

RESUMEN

Se presenta un nuevo caso de neumoperitoneo diagnosticado radiológicamente y motivado por una perforación apendicular.

Se analizan los hallazgos operatorios que a nuestro entender explican perfectamente el porqué de este raro, aunque no excepcional, hecho clinicoradiológico.

RÉSUMÉ

On présente un nouveau cas de pneumopéritoine diagnostiqué radiologiquement et motivé par une perforation appendiculaire.

On analyse les trouvailles opératoires, qu'à notre avis, expliquent parfaitement le pourquoi, de ce rare, mais pas exceptionnel, fait clinico-radiologique.

SUMMARY

A new case of pneumoperitoneum, diagnosed roentgenologically, and provoked by appendix perforation, is reported upon.

Operative findings accounting for this uncommon —although not exceptional— clinico-radiological occurrence, are discussed.

DISCUSION

Dr. Muzio S. Marella: Esta presentación tiene varios aspectos de interés. En primer término, el neumoperitoneo en una peritonitis apendicular, como ya se ha dicho, es un hecho

raro. Nosotros, con motivo de una presentación que hicimos aquí en el año 1963, estuvimos revisando la bibliografía y es muy escasa sobre este tema. El último trabajo en la literatura internacional, es una Revista: el "Singapore Journal of Surgery", publicado en Singapur, a propósito de un caso de neumoperitoneo en peritonitis apendicular. En nuestro medio, el primer caso que se menciona es el de Vigil. El caso que presenté era el segundo y en él habíamos hecho algunas consideraciones del tipo patogénico sobre los motivos que pueden llevar a que la peritonitis apendicular haga un neumoperitoneo visible radiológicamente, debajo del diafragma. Ya que el neumoperitoneo debajo del mesocolon es lógico que haya, pero no se diagnostica porque se confunde con los gases intestinales. La primer razón es de orden topográfico, como ya lo ha dicho el Prof. Suiffet. Y el Dr. Sierra lo dijo; insistió en la posición premesentérica. En esa posición es más fácil que el gas se escape y que vaya hacia la pared anterior, y se deslice hacia arriba. La otra que puede intervenir, nosotros hemos pensado en la posibilidad de que en la posición en la cama, del sujeto en decúbito dorsal, sea un factor favorecedor cuando se perfora el apéndice, que ascienda hacia la pared anterior y luego se deslice hacia arriba. El otro factor que se tiene que tener en cuenta es el obstructor, ya que en la apendicitis aguda, la gran mayoría de las veces es una apendicitis obstructiva. Para que haya neumoperitoneo es necesario el desenclavamiento del coprolito obstructor. En el caso nuestro era evidente, porque encontramos en medio del pus el coprolito obstructor. Es decir, que se había establecido una comunicación entre la luz del ciego y la perforación apendicular. El otro aspecto que quería resaltar ya lo ha dicho el Dr. Suiffet. Si se hiciera estudio radiológico más seguido, lo habíamos dicho en 1963, es posible que se pudiera individualizar con mayor frecuencia neumoperitoneo en peritonitis apendicular. La prueba está que, en tres años, se han presentado a esta Sociedad, tres casos.

Dr. Boris Asiner: Lo lógico es que felicitemos a los autores por la presentación del caso. Queremos referirnos a un aspecto. Al gesto tenido en el examen preoperatorio del enfermo ya anestesiado. Creo que debe haber sido ésta la circunstancia que concretó el foco originario peritoneal. Es una costumbre que seguimos, que hemos aprendido, que en los casos de duda y aun sin ella, antes de comenzar la intervención de exploración en agudo, volver a examinar el vientre del enfermo anestesiado. Así hemos podido ubicar exactamente incisiones adecuadas y tratar correctamente focos que de otro modo nos hubiéramos ubicado lejos de ellos.

Dr. W. Suiffet: Esta es la tercera observación que en poco tiempo se presenta en la Sociedad de Cirugía y que documenta la presencia de neumoperitoneo en la apendicitis aguda.

El primer punto que queríamos referir es que en las tres observaciones se hizo estudio radiológico, sospechando que había otra afección. Esto nos hace meditar. Es posible que exista con más frecuencia el neumoperitoneo en la apendicitis aguda, pues llama la atención que precisamente en los tres casos, en que el estudio radiológico se hizo, cosa que habitualmente no se realiza, cuando el diagnóstico clínico orienta hacia la apendicitis aguda, se encontró neumoperitoneo. Sería interesante radiografiar, dentro de lo posible, todos los casos de apendicitis aguda, para ver si existe o no una mayor frecuencia de esta complicación, que si no se documenta radiológicamente, puede pasar completamente desapercibida en la exploración operatoria.

El segundo punto que queríamos hacer mención, es un elemento de interés semiológico. Esta observación difiere de las dos anteriores, la presentada por el Dr. Marella y la presentada por el Dr. Perdomo, en la topografía del neumoperitoneo. En este documento radiológico, es evidente que el gas está situado a la izquierda del ligamento falciforme. Neumoperitoneo radiológico que se observa en pequeñas perforaciones o en perforaciones ulcerosas con poco gas y que se sitúa a la izquierda del ligamento falciforme, siendo la expresión radiológica del clásico y conocido signo de Chutro. Nos llama la atención ese elemento semiológico, pero el Dr. Sierra ha dicho las causas. El no lo ha desarrollado, pero se trasluce lo que él quiso decir cuando insistió en los detalles del protocolo operatorio. La topografía del apéndice situado en la posición laterocecal interna y premesentérica, justifica la topografía del neumoperitoneo. Esa topografía del apéndice no es la habitual. El apéndice con topografía interna, prácticamente siempre está en situación retrome-

sentérica. Ello impediría, aún cuando hubiese una perforación y pasaje de gas a la cavidad peritoneal, que se establezca el tránsito de ese gas en la zona previsceral, por delante de la masa del intestino delgado y del epiplón, como para llegar a la zona subfrénica derecha. De manera que la explicación de este tipo de neumoperitoneo está dada por los datos que nos ha proporcionado el Dr. Sierra en el protocolo operatorio. Esta observación tiene aspectos de interés que la hacen muy útil.

Dr. Atanasio Sierra: Con el Dr. Asiner estamos de acuerdo en que la maniobra de examinar un paciente una vez anestesiado es muy útil, sobre todo cuando se trata de hacer la semiología de una tumoración.

En este caso, como lo que logramos fue concretar dónde era el foco de máximo dolor, no fue con el paciente anestesiado, sino con el paciente con la premedicación, sedado por la premedicación.

Evidentemente, creo que en cuanto a radiografías, lo que pasa es que las que se hacen es cuando el diagnóstico está en duda, como en este caso, que el médico que lo traía tenía el diagnóstico de peritonitis por perforación ulcerosa. Si se hicieran radiografías, como decían los Dres. Suiffet y Marella, en apendicitis agudas, creo que se encontrarían muchos más neumoperitoneos como éste.

Los detalles que dí, insistiendo en la permeabilidad del apéndice, en que se habían volcado materias fecales formes en pleno peritoneo, eran justamente para hablar con respecto al hecho de que estaba permeable. La situación, no sólo premesentérica, sino ascendente y muy largo, de tal manera que la punta era casi subhepática, explicaba el dolor en puñalada epigástrico, que el paciente había tenido.