

## ***Oclusión intestinal por apendicitis crónica***

Dr. ALFONSO SANTOS-DUBRA \*

Un número elevado de apendicitis aguda, estimado en algo menos de la tercera parte, puede evolucionar hacia la regresión o finalización del período de estado con tratamiento médico expectante o incluso en forma espontánea. Según algunas estadísticas recientes el 5 % de tal grupo daría lugar a una perivisceritis previa, cuya evolución en un porcentaje que oscila entre el 1 y el 3 % se complica de oclusión intestinal con los caracteres de un íleo mecánico.

Resulta así que de la misma manera que una apendicitis aguda operada puede complicarse de oclusión intestinal, también puede suceder con la que no ha sido intervenida, y esto es justamente la inquietud que nos preocupa, y que constituye la razón de la presente publicación.

Esta forma oclusiva es característica en general de una apendicitis aguda de tipo congestivo que a consecuencia del tratamiento mé-

dico empleado (bolsa de hielo, antibióticos, reposo y régimen alimenticio hipotóxico), es conducido a su enfriamiento tanto más rápido y posible cuanto más leve ha sido el ataque, y cuanto en mejores condiciones es colocado el enfermo para solucionar esta situación.

Se trata de una complicación alejada en el tiempo, en la que no siempre es necesario la constitución de un estado de perivisceritis importante, pues a veces es capaz de producirla pequeñas adherencias. En este aspecto frente a la agresión peritoneal hay grandes diferencias individuales.

Por esta razón es de interés el relato de dos observaciones intervenidas con el diagnóstico primario de oclusión intestinal mecánica, debidas a adherencias íntimas y firmes del intestino terminal al apéndice, habiendo pasado entre ambos accidentes apendicitis aguda y oclusión intestinal un intervalo de tiempo que fue respectivamente de 5 y 3 años.

CASO Nº 1.—J. C. M. Edad 27 años.

Desde hace dos días, dolores abdominales de tipo cólico que se iniciaron al comienzo en hipogástrico y que posteriormente irradiaron al resto del abdomen.

---

Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el 1º de setiembre de 1971.

\* Profesor Adjunto de Cirugía.

Estado neuseoso al principio. Luego vómitos repetidos primero de alimento, luego biliosos. Al mismo tiempo detención del tránsito intestinal para materias y gases.

*Antecedentes personales.*—Hace 5 años historia de cuadro doloroso en F.I.D. de intensidad mediana, que fue diagnosticado como "principio de apendicitis" (que fue reconocido en el postoperatorio), tratado en domicilio con tratamiento médico (bolsa de hielo, antibióticos de amplio espectro, reposo y régimen higiénico dietético).

El cuadro clínico se fue atenuando progresivamente para desaparecer totalmente. Alta al tercer día.

No hay otro antecedente patológico a destacar.

*Examen del enfermo.*—Estado general bueno. Temperatura axilar de 37. Rectal 37 1/2. Pulso 80 regular. Lengua algo seca. Presión arterial: Mx. 13; Mn. 7. Corazón y pleuro pulmonar nada anormal.

*Abdomen.*—A la inspección balonamiento general. Tenso en su conjunto. Dolor difuso muy discreto. No hay defensa. Timpánico a la percusión. No hay sonoridad prehepática. Se auscultan ruidos hidroaélicos. No se reconoce ningún tipo de hernia.

Fosas lumbares libres.

Tacto recta discretamente doloroso.

*Radiografía simple de abdomen.*—Ansas delgadas distendidas. Numerosos niveles líquidos. No hay neumo-peritoneo.

*Colon por enema.*—Se rellena todo el colon, sin anomalías a señalar.

*Diagnóstico.*—Oclusión mecánica del delgado de etiología desconocida.

*Tratamiento preoperatorio.*—Intubación nasointestinal con aspiración intermitente. Hidratación por vía parenteral.

*Intervención.*—Anestesia general. Incisión mediana infraumbilical. Abierto el peritoneo se comprueba ansas delgadas distendidas, sin exudado entre las mismas. Siguiendo un asa se llega a la fosa iliaca derecha donde se comprueba la presencia de bridas que fijan el apéndice al ileon terminal, acodándolo y obstruyéndolo. Se libera el intestino delgado que no está comprometido en su vitalidad. Apéndice duro fibroso sin signos actuales de proceso inflamatorio agudo. Apendicectomía. Se conduce la sonda hasta el ángulo duodeno yeyunal, y se aspira el contenido intestinal.

*Anatomía patológica.*—Apéndice con paredes engrosadas. Abundante esclerosis. Infiltración linfocitaria. Reducción de la luz.

Buena evolución postoperatoria.

CASO Nº 2.—C. B. 35 años.

Inicia su enfermedad hace 36 horas, con dolores abdominales de tipo cólico. Vómitos biliosos repetidos. Detención total del tránsito intestinal.

*Antecedentes personales.*—Hace 3 años internado por cuadro doloroso de fosa iliaca derecha que cedió mediante tratamiento médico con bolsa de hielo, antibióticos, reposo y régimen hipotóxico.

No hay otro antecedente a destacar.

*Examen del enfermo.*—Estado general bueno. Temperatura axilar 37,2, rectal 37,1/2. Pulso 80 regular. Lengua húmeda. Pleuro pulmonar y cardiovascular normales.

*Abdomen.*—Uniformemente distendido. Tenso a la palpación. Timpánico en su conjunto. No hay sonoridad prehepática. Se auscultan ruidos hidroaélicos. No se reconocen hernias.

Fosas lumbares libres.

*Tacto rectal.*—Ampolla libre, apenas dolorosa.

*Radiografía de abdomen de pie y acostado.*—Ansas delgadas distendidas. Numerosos niveles hidroaélicos.

*Diagnóstico.*—Oclusión intestinal de tipo mecánico. Se piensa recordando el caso anterior en la posibilidad de un proceso plástico adherencial a nivel del apéndice.

*Tratamiento preoperatorio.*—Intubación nasointestinal con aspiración intermitente. Hidratación parenteral.

*Intervención.*—Anestesia general. Incisión mediana infraumbilical. Abierto el peritoneo se comprueban ansas delgadas distendidas. No hay exudado intraperitoneal. Se comprueba a nivel de la fosa iliaca derecha, proceso plástico formado por un conglomerado de ansas delgadas y epiplón pegados entre sí y al apéndice. Se liberan las ansas acoladas que no están comprometidas, desde el punto de vista vital. Apéndice duro arrollado, sin signos presentes de estado inflamatorio. Apendicectomía. Se termina la operación conduciendo manualmente la sonda hasta el ángulo duodeno yeyunal y se aspira su contenido. Las ansas intestinales quedan chatas.

Cierre de la pared abdominal por planos.

*Evolución.*—Excelente.

## CONSIDERACIONES TECNICAS

El origen del proceso se inicia ya en las primeras 24 horas, en la fase de apendicitis aguda, donde el apéndice se muestra congestivo y algo tumefacto. La serosa peritoneal reacciona a menudo con la formación de exudado y depósito de fibrina al estímulo de las toxinas que atraviesan la pared, pues en este momento no ha habido aún paso de bacterias. Esta reacción peritoneal con formación de exudados y depósito de fibrina aglomera las ansas intestinales alrededor del foco inflamatorio apendicular, formándose adherencias, una perivisceritis.

El período de regresión o de enfriamiento se caracteriza desde el punto de vista clínico por la secuencia siguiente:

1. Atenuación del dolor espontáneo y provocado en forma lenta y progresiva.

La regresión completa del proceso se cumple en forma tal que al finalizar la primera semana ha desaparecido totalmente. Naturalmente que la duración de este período puede variar en función del grado de alteración inflamatoria que tenga el apéndice, de la intensidad de la irritación peritoneal, así como de la precocidad e intensidad del tratamiento médico aplicado.

2. Desaparición de la inmovilidad local y de la resistencia parietal, generalmente circunscrita a la fosa iliaca derecha.

3. Normalización del pulso y del a fiebre, así como de la respiración (que vuelve a hacerse abdominal).

4. Normalización de las funciones intestinales.

5. Mejoría del estado general.

El diagnóstico etiológico de esta forma de oclusión intestinal casi siempre es operatorio, pero puede ser realizado si se piensa en su posibilidad, y la anamnesis, tal vez lo más valioso, bien conducida lleva a su reconoci-

miento. Es habitual el hallazgo de antecedentes de lesiones inflamatorias apendiculares anteriores, a veces en períodos muy alejados al episodio oclusivo. Pensando de esta manera, en especial en pacientes que han sufrido crisis anteriores, explorando cuidadosamente a los pacientes, y valorando muy bien los síntomas puede llegarse a establecer la causa determinante.

Naturalmente que si este diagnóstico no ha podido ser establecido, el enfermo no ha de resultar muy perjudicado, siempre que se haga el diagnóstico de oclusión intestinal, y se opere como corresponda a esta grave complicación.

Este tipo evolutivo es debido al uso de los antibióticos en el tratamiento actual de la apendicitis aguda. Pero no debe olvidarse que si la infección comienza en la mucosa (apendicitis catarral), es muy difícil que se limite a esta estructura. Casi siempre se extiende hacia afuera y alcanza las capas externas del órgano. El empleo del antibiótico puede pues disminuir en pocos días el proceso inflamatorio, pero el órgano nunca recobra su normalidad y amenaza permanentemente al enfermo. Lo habitual del resultado de este tratamiento es la comprobación operatoria de apéndices rodeados de numerosas adherencias, acodados y estrechados, o sometidos a torsiones o fijados y arrastrados a una posición anormal. Iguales alteraciones puede sufrir el meso que aparece por lo general retraído.

Según Cokkins existen muchos motivos por los cuales es más seguro una intervención precoz que el tratamiento conservador.

1. Resuelve las dudas y corrige los errores del diagnóstico.
2. Evita la mayor mortalidad y frecuencia de complicaciones que acompañan a las operaciones realizadas después del fracaso del tratamiento expectante.
3. Protege al paciente poco inteligente que ha ingerido un purgante, a escapar de las consecuencias de su desatino.

Las excepciones son bastante definidas, aunque estamos convencidos de que prácticamente no existe ninguna, y consisten cuando el cuadro no se presenta con síntomas alarmantes en las siguientes:

1. Los pacientes en malas condiciones para la operación o la anestesia, debido a enfermedades cardiovasculares o respiratorias, edad avanzada y problemas análogos.
2. Los casos en que se ha formado un absceso, y parece racional esperar hasta que pueda ser drenado.

Actualmente todos los cirujanos están de acuerdo que la apendicitis aguda debe ser operada precozmente. La apendicectomía practicada en las primeras 24 horas del ataque agudo, es el tratamiento ideal. En esta fase de apendicitis no complicada, el apéndice está libre y sin adherencias, si se trata del primer ataque, donde el peritoneo se encuentra poco o nada infectado y alterado. En estas condiciones la operación es fácil y tiene grandes probabili-

dades, casi seguridad de éxito. Puede decirse que prácticamente no tiene mortalidad, salvo algún caso excepcional y muy desgraciado por accidente de anestesia, embolia, etc., que por otra parte son cada vez más raros con los progresos de la anestesia, la movilización precoz y los antibióticos.

La operación debe ser precoz, todo lo más posible en cuanto haya sido hecho el diagnóstico; cuanto más precozmente se realice, menores serán los peligros y mejores los resultados. Este concepto aceptado unánimemente por todos los cirujanos no ha sido modificado hoy en lo más mínimo ni aún con el advenimiento de los antibióticos.

Este criterio intervencionista de operar de urgencia toda apendicitis aguda va demasiado lejos pues comprende aquellas formas de apendicitis simples, benignas y que aparentemente pueden curar sin intervención. Pero lo difícil es saber cómo va a evolucionar una apendicitis aguda, aunque se inicie con manifestaciones leves perfectamente controlables con el tratamiento expectante.

Los resultados que se obtienen con este criterio quirúrgico son altamente beneficiosos y mejoran de día en día en todas las clínicas y en manos de todos los cirujanos.

## RESUMEN

Un importante número de apendicitis agudas pueden enfiarse completamente mediante tratamiento médico. Pero estadísticas recientes muestran que así como una apendicitis aguda operada puede complicarse de oclusión intestinal, también puede suceder con la que no ha sido intervenida, pudiendo aparecer esta complicación largo tiempo después del accidente agudo.

Se presentan dos observaciones que responden a esta característica, en donde el cuadro oclusivo sobrevino a 5 y 3 años del cuadro agudo, a consecuencia de un proceso de perivisceritis desarrollado alrededor del foco inflamatorio.

Se hacen consideraciones sobre la formación y desarrollo del proceso patológico, con su correspondiente secuencia clínica.

Se analizan las dificultades existentes para determinar la causa etiológica del cuadro oclusivo, pero se destaca que una buena anamnesis puede poner en el camino de su determinación.

El uso de antibióticos puede disminuir rápidamente el proceso inflamatorio, pero el órgano no recobra su normalidad, dejando como secuela adherencias, acodamientos, etc., que amenazan permanentemente la vida del enfermo.

Por todas estas razones la intervención precoz es más segura que el tratamiento conservador. Se constituye en el tratamiento ideal.

## RÉSUMÉ

Un nombre important d'appendicites aiguës peuvent être réduites complètement au moyen d'un traitement médical. Cependant des statistiques récentes montrent que si une appendicite aiguë opérée peut se compliquer d'une occlusion intestinale, cela peut aussi se produire lorsqu'il n'y a pas eu d'intervention et la complication peut survenir longtemps après l'accident aigu.

Présentation de deux observations correspondant à cette constatation, dans lesquelles le tableau d'occlusion est survenu 5 ans et 3 ans après la phase aiguë, par suite d'un processus de pérviscérite développé autour du foyer inflammatoire.

Considérations sur la formation et le développement du processus pathologique, avec les séquelles cliniques correspondantes.

Analyse des difficultés à déterminer la cause étiologique du tableau d'occlusion, en soulignant qu'une bonne anamnèse peut mettre sur la voie qui découvre cette cause.

L'emploi d'antibiotiques peut diminuer rapidement le processus inflammatoire, mais l'organe ne redevient pas normal, et il subsiste des adhérences, coudure, etc., qui menacent constamment la vie du malade.

Pour toutes ces raisons l'intervention très tôt est plus sûre que le traitement conservateur. Elle constitue le traitement idéal.

### SUMMARY

A high number of cases of acute appendicitis may cool off completely through medical treatment. But recent statistics show that in the same manner as acute operated appendicitis may be complicated by intestinal occlusion, so can cases where no surgery has been performed and this complication may appear a long time after the acute accident.

Two cases responding to this latter characteristic are discussed. The occlusive picture appeared 5 and 3 years after the acute picture, as a consequence of a process of perivisceritis which developed around the inflammatory focus.

The formation and development of the pathological process is discussed, including its clinical sequence.

Existing difficulties in determining the ethiological cause of the occlusive picture are analyzed, but the authors point out that a good anamnesis may put the physician in the right track towards its determination.

The use of antibiotics may rapidly reduce the inflammatory process, but the organ does not become normal and there is a sequella of adhesions and kinks, etc., which constitute a permanente threat to the patient's life.

For all the abovementioned reasons it is considered that early surgery is safer than conservative treatment, and thus it becomes the ideal procedure.

### BIBLIOGRAFIA

1. COKKINS, J. Acute appendicitis and its complications. *Surg. Gynec. Obst.*, 73: 539, 1957.
2. FORGUE, E. Précis de pathologie externe. Collection Testut. Paris. 1939.
3. MAINGOT, R. Operaciones abdominales. Editorial Panamericana. Buenos Aires. 1966.
4. MICHANS, J. R. Patología quirúrgica. *El Ateneo*, 1964.
5. SANTOS DUBRA, A., VARELA, N. Síndrome de congestión pelviana y pseudo apendicitis en la mujer. *El Día Médico Uruguayo*, 25: 2131, 1958.
6. SANTOS DUBRA, A. Indicações del drenaje peritoneal postapendicectomia en agudo. *El Día Médico Uruguayo*. (A publicar, en 1971).