

HIPERESTESIAS DE LA PARED POSTERIOR DEL ABDOMEN

LA PALPACION PROFUNDA

*Contribución al diagnóstico de las lesiones viscerales, subagudas
crónicas y agudas sin contractura de la pared abdominal
Como nació esta investigación*

Rafael Capurro

Este estudio se inició con motivo del diagnóstico de las apendicitis subagudas y crónicas.

Habíamos observado que en materia de apendicitis subagudas y crónicas, la palpación profunda revelaba la existencia de una zona dolorosa en la fosa ilíaca que no correspondía a la situación del apéndice, por ejemplo, un apéndice retrocólico, mesentérico o pelviano presentaban una zona dolorosa a distancia del órgano. Esto era particularmente evidente en las apendicitis con ciegos ptosados en la pelvis.

Con los Dres. P. A. Barcia y C. Menéndez pudimos establecer radiológicamente que la zona en cuestión correspondía al músculo ilíaco y la radiografía la localizaba próxima y por afuera de la línea articular sacro-ilíaca. Había por lo tanto una región de hiperestesia en la pared posterior de la fosa ilíaca que parecía estar relacionada con las lesiones apendiculares. Está demás decir la importancia que desde el punto de vista del diagnóstico esto comportaba, pues las apendicitis crónicas frecuentemente no presentaban Mac Burney y también con frecuencia no presentan apéndice doloroso. Pasa lo mismo aunque en menor grado con las apendicitis subagudas.

El diagnóstico radiológico por otra parte, como todos lo reconocen, es incierto. Se basa en la sensibilidad del apéndice

Diagnóstico y en la disposición del mismo. Ahora bien, el apéndice a veces, no es sensible y otras no es visible. La invisibilidad del órgano es considerada como síntoma positivo de apendicitis, pero de relativa importancia por diversas causas que no es el momento de apuntar aquí.

Volviendo a la idea que nos había sugerido el estudio clínico y radiológico, llegamos a la conclusión que, como lo repetimos, existía una zona hiperestésica sobre el músculo ilíaco que correspondía a una lesión apendicular y cuya existencia y posición eran independientes de la situación del órgano y de su sensibilidad. Respecto a esto último insistimos que el apéndice podía ser indoloro, tal cual un apéndice normal, pero sin embargo, existía una zona de hiperestesia en la región señalada que acusaba el padecimiento del órgano. Aprovechando las ventajas de la anestesia local se nos ocurrió explorar directamente la región afectada donde aparecía el algia provocada.

El 15 de octubre del año próximo pasado operamos primero una apendicitis subaguda. Abierto el peritoneo introdujimos la mano en la cavidad peritoneal y palpamos el músculo ilíaco por fuera y arriba de los vasos ilíacos externos. El enfermo acusó un vivo dolor que lo localizó en el ombligo. Concluimos entonces que la zona que habíamos palpado directamente mediante la operación era la misma que habíamos palpado al través de la pared abdominal en la exploración clínica, la misma que habíamos palpado en iguales circunstancias en el examen radiológico.

El mismo día operamos otros dos apendicitis de tipo subagudo en circunstancias semejantes. La palpación de la zona de la pared posterior de la fosa ilíaca provocó una reacción dolorosa en ambos enfermos. Pero ante este hecho y aceptando que la zona de hiperestesia estaba bajo la dependencia de la lesión apendicular, pensamos que la infiltración del meso con novocaína debía hacer desaparecer la hiperestesia de la región señalada. Infiltramos entonces el meso apéndice, la hiperestesia cesó, la palpación de la región afectada resultó completamente indolora a los pocos minutos de realizada la inyección en el meso.

Conclusión. — Existe una zona de hipertesia en o sobre el músculo ilíaco de la extensión de más o menos una moneda de 5 centésimos (\$ 0.05) de acuerdo con los resultados que nos su-

ministró la palpación de las zonas adyacentes, que está determinada por las lesiones apendiculares. Con ausencia de Mac Burney y con apéndice indoloro esa zona podía poner de manifiesto la existencia de la enfermedad. Las experiencias se continuaron con resultado satisfactorio. Otros cirujanos, Dr. Gallarza Herrera,



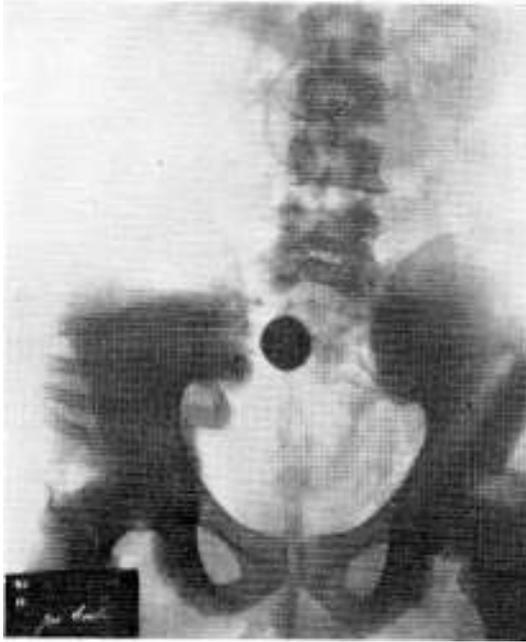
Proyección del punto doloroso para el apéndice

Dr. Gómez y Dr. Ardao, las realizaron también y todos estuvieron contestes en aceptar la veracidad del hecho.

Conjuntamente con el Dr. R. D. Ardao hemos realizado la experiencia en más de 40 casos. Tanto estas experiencias como las de los otros cirujanos constan debidamente en los protocolos operatorios.

Solamente en un caso la experiencia no tuvo resultado. En ese caso la zona indolora que habíamos palpado antes de la operación resultó indolora a la palpación intraabdominal. Suponemos que la anestesia profusa que se practicó en la pared abdominal pueda haber influido en esa alteración.

Aplicación clínica en el diagnóstico de la apendicitis. — Nos hemos acostumbrado a realizar metódicamente la palpación profunda de la fosa ilíaca; es decir, del músculo ilíaco donde reside esa zona de hiperestesia de origen apendicular. A partir de la espina ilíaca ántero superior hacia arriba y hacia adentro de



Proyección del punto doloroso para una anexitis derecha

primimos lentamente la pared abdominal hasta sentir la resistencia de la fosa ilíaca externa donde se provoca el dolor. Naturalmente que esto lo hacemos previa palpación de la pared anterior a la antigua usanza, donde obtenemos los dolores objetivos de la piel, más comúnmente del músculo y luego de las vísceras a través de esa pared pudiendo entonces despertar un dolor en el apéndice mismo. Este dolor depende de la posición del apéndice. En cambio la hiperestesia de la pared tanto anterior como posterior es independiente de la posición del apéndice, pues se trata de hiperestesias reflejas dependientes del metámero medular que inerva la región y por eso tienen siempre la misma localización. Por ejemplo apéndice látero cólico con ciego alto,

la palpación provoca un dolor externo y arriba de la fosa ilíaca. La zona de hiperestesia de la pared anterior (Mac Burney) y la zona de hiperestesia en el músculo ilíaco no están afectados en su situación. Hemos incorporado la exploración de la pared posterior en nuestra práctica diaria del diagnóstico de las apen-

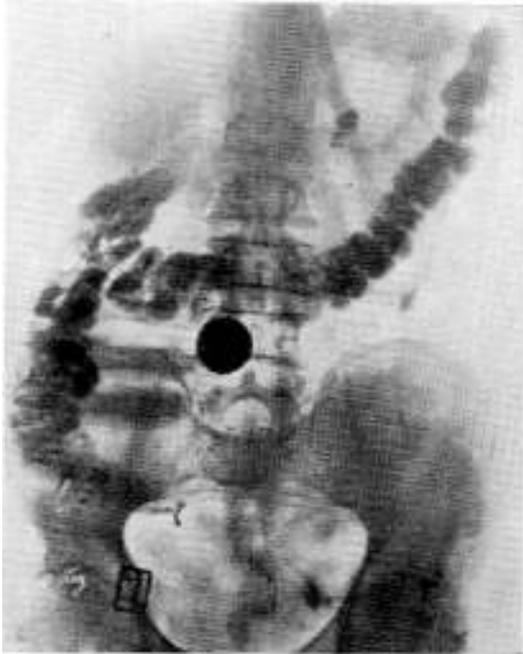


Proyección del punto doloroso para la vesícula

dicitis crónicas subagudas y agudas sin contractura y después de unos meses de paciente labor, podemos manifestar que constituye un precioso auxiliar para el diagnóstico.

Y el Mac Burney? — Respecto al Mac Burney nosotros siempre consideramos que es un signo de alto valor para el diagnóstico no obstante la menor importancia que le dan autorizadas escuelas que se refieren sobre todo a las zonas de hiperestesia que Mackenzie y Head han descrito en relación con el 12º segmento dorsal medular. El Mac Burney es una reacción dolorosa que se provoca por una presión moderada en la pared anterior, generalmente esa reacción se provoca en el músculo, la hiperes-

tesia cutánea es menos común. La zona en cuestión responde a la palpación profunda y está en o sobre el músculo iliaco y nuestra experiencia clínica nos permite decir que es más persistente que la de la pared anterior y por lo tanto de mayor valor diagnóstico. El Mac Burney es sobre todo del período agudo,



Proyección del punto doloroso para el duodeno

la zona en cuestión es de todos los períodos y es de singular persistencia. Con esto no queremos afirmar, como se comprende, que sea de una persistencia absoluta.

La palpación del músculo iliaco se puede hacer fácilmente, salvo en los casos de contractura y de sujetos obesos, neuropatas, etc., que hay que descartar. Con frecuencia podemos notar el desplazamiento del ciego y colon ascendente hacia adentro, esto no garantiza que la palpación no se hace a través de la viscera lo cual podía inducirnos a error. También se puede palpar a menudo perfectamente la cuerda del psoas que ayuda a fijar la situación topográfica de la zona explorada. Naturalmente que el estudio radiológico del colon y del ciego y apéndice es conve-

niente y debe, siempre que puede, hacerse, para precisar la zona de palpación, además de la importancia que él tiene para el estudio de la morfología, posición del intestino, lesiones intestinales, etc., sobre lo cual está demás insistir.

Como es de suponer, mientras trabajábamos clínicamente



Proyección del punto doloroso para una úlcera de estómago

no dejamos de revisar la anatomía; en los libros, en el cadáver y también en el vivo con motivo de algunas laparatomías amplias que por razones operatorias nos vimos obligados a efectuar. Nada vimos aparte de la simplicidad de su descripción corriente. Ciego y colon ascendente muchas veces libres otras adherente, peritoneo parietal, tejido celular subperitoneal, fascia ilíaca, tejido celular subfascia, músculo ilíaco, elementos nerviosos, el fémoro cutáneo que corre por debajo de la fascia ilíaca entre ésta y el músculo en el tejido celular, arteriolas dependientes de la ilio-lumbar y circunfleja ilíaca, linfáticos tributarios de los ganglios ilíacos externos.

La hiperestesia corresponde probablemente al músculo o al

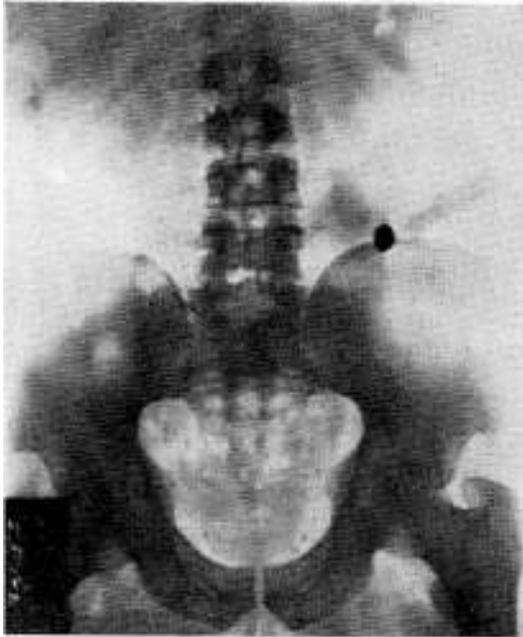
peritoneo parietal. La hiperestesia del psoas ilíaco es conocida y se ha descrito como una hiperestesia de todo el músculo que corresponde a las lesiones de los órganos innervados por el 12º segmento dorsal, pero no se ha hablado por lo que yo sé de una zona circunscrita de localización que tenga los caracteres de la



A. Muestra la zona ilíaca dolorosa en una apendicitis crónica,
y B. La proyección del punto de Mac Burney

que nosotros hemos estudiado y menos conozco que se haya dado esa demostración experimental que puede contribuir a afirmar su patogenia. Nosotros hemos dedicado poco tiempo a la parte de fisiopatología, pues para nosotros lo primero y lo fundamental era establecer la exactitud del hecho y casi todos nuestros esfuerzos los dedicamos a ese objeto. Hicimos la experiencia inyectando una cantidad reducida de novocaína en el meso, pues pensamos que una inyección abundante podría extender la infiltración anestésica hacia el músculo ilíaco y falsear el resultado de la observación, pero el resultado de la experiencia fué el mismo. Hasta resecamos al apéndice sin anestesia del meso, igualmente

se comprobó la desaparición de la hiperestesia aun cuando debimos aguardar más tiempo para que la palpación resultase indolora. El profesor H. García Lagos, que observó dos casos, fue partidario de una vez inyectado el meso apéndice reintegrar el intestino a la cavidad abdominal para que la palpación subsi-



Proyección del punto doloroso para el riñón izquierdo

guiente se hiciera en circunstancias más normales, el resultado fué el mismo, él pudo comprobar la desaparición de la hiperestesia. Nosotros hasta entonces realizábamos la experiencia manteniendo el ciego con el apéndice fuera del vientre.

Pero nuevas comprobaciones venían a afirmar y dar más importancia al hecho observado. La palpación profunda pelviana del promontorio sobre la 1ª vértebra sacra, cara anterior, parte lateral, revelaba una zona dolorosa que correspondía a las lesiones anexiales. Zona derecha e izquierda de acuerdo con el anexo afectado.

Era difícil tener la oportunidad de una operación con anestesia local que permitiera infiltrar el meso salpinx en circunstan-

cias adecuadas, para tratar de obtener un resultado similar al que se había obtenido en el apéndice.

Se nos ocurrió entonces estudiar lo que pasaba en las lesiones del aparato genital masculino. Con motivo de un caso de epididimitis gonocócica observamos que la palpación profunda despertaba un dolor en una zona que tenía la misma localización que la de las anexitis: partes laterales de la 1ª vértebra sacra. La lesión se presentaba en un órgano externo, por lo tanto las circunstancias eran especiales para inyectar el pedículo del órgano para interrumpir la conexión nerviosa del órgano lesionado con la zona afectada desde el punto de vista de su sensibilidad. Con el Dr. H. Scoseria inyectamos el cordón con novocaína, la hiperestesia de la zona señalada desapareció.

El Dr. H. Scoseria realizó con otras epididimitis experiencias similares. Epididimitis agudas en zonas de hiperestusias sacras, hiperestusias que se apagaban al inyectar con novocaína el cordón escrotal. Este hecho si bien no tiene mayor importancia desde el punto de vista del diagnóstico por tratarse de un órgano externo, la tiene y mucha como hecho experimental para demostrar la existencia de zonas de hiperestesia circunscritas en la pared posterior del abdomen relacionadas con lesiones viscerales. La situación de la zona de hiperestesia está completamente aparte y a distancia del cordón vehículo de los elementos nerviosos y vasculares del órgano genital masculino lo que da aún mayor valor al hecho.

La hiperestesia sacra en las epididimitis de acuerdo con lo que hemos observado es poco duradera, pierde en seguida su intensidad y desaparece con el mejoramiento de la lesión. Con respecto a la próstata y el útero el dolor objetivo existe en la cara anterior, en la parte mediana de la misma vértebra sacra.

Después del conocimiento de los hechos descritos, una sugestión fluía naturalmente, la de que las lesiones de las otras vísceras abdominales debían también determinar zonas de hiperestesia en la pared posterior. Nos dedicamos a observar las litiasis hepáticas y las colecistitis, las úlceras del estómago y del duodeno y cual no fué nuestra sorpresa al comprobar que existía una zona de hiperestesia profunda al nivel del ombligo para las lesiones ulcerosas gástricas, que la palpación profunda, a la derecha del ombligo y próximas a él, descubría una zona de hiperestesia

para las úlceras duodenales y que un poco más afuera, hay una zona de hiperestesia para las lesiones vesiculares. Es decir que deprimiendo la pared abdominal en esas regiones hasta tocar el plano óseo encontrábamos sucesivamente una zona de hiperestesia en la parte mediana de la cara anterior del cuerpo de la vértebra lumbar para las lesiones gástricas, una zona de hiperestesia en la parte lateral derecha para las úlceras de duodeno y más afuera, casi sobre la cara lateral del cuerpo de la vértebra, una zona de hiperestesia para las lesiones de la vesícula biliar. Las radiografías que presento dan una idea clara de la localización de estas zonas y tenemos la impresión que su situación resulta de la posición del ombligo y que por lo tanto varía con relación a las vértebras, puesto que la proyección umbilical sobre la columna lumbar tiene un margen de variaciones, por eso es que evitamos dar una referencia con determinada vértebra lumbar.

La zona hiperestésica de la vesícula biliar la hemos comprobado con más frecuencia debido a que el material que tenemos es más abundante. La hemos comprobado muchas veces y también observado su persistencia después de la desaparición de cólicos hepáticos y con el cuadrante superior derecho absolutamente indoloro a la palpación.

En cuanto a las zonas hiperestésicas de las úlceras del duodeno y estómago que se presentan con particular constancia en el período de crisis, hemos observado en algunos enfermos que un tratamiento riguroso de la enfermedad con veinte días de decúbito dorsal y régimen y medicación adecuadas las hace desaparecer en algunos casos, en otros la hiperestesia continúa.

Respecto al riñón hemos también observado una región dolorosa a la palpación situada en la horizontal de las zonas hiperestésicas del estómago: duodeno, vesícula, pero muy externa, lejos del uréter, sobre la cresta ilíaca en el límite de la fosa ilíaca y el flanco derecho, pero en esta localización tenemos poca experiencia, pues solamente hemos comprobado tres casos.

En resumen consideramos que hemos establecido con base experimental las zonas de hiperestesia de la pared posterior del abdomen correspondientes a lesiones viscerales del mismo. Esa base experimental puede ampliarse todavía, merced a la anestesia local en las intervenciones abdominales. Inyectar, por ejemplo, el meso del basinete y del cístico, inyectar el tejido periul-

ceroso en la úlcera del estómago y del duodeno y observar si existen modificaciones en las regiones señaladas de las algias provocadas. Por otra parte, queda por hacer desde ese punto de vista el estudio de otras vísceras. Además se debe ante todo precisar y contralorear los datos que nos es dado comunicar.

En cuanto al verdadero alcance de su aplicación clínica, que yo considero que es grande, solamente el trabajo de muchos observadores dotados de preparación clínica suficiente podrá determinarlo y hasta qué punto nuestras esperanzas sobre el interés clínico de este estudio en el diagnóstico quirúrgico abdominal, están justificadas.

Discusión del trabajo del Dr. Rafael Capurro

Dr. Loubejac. — En lo que respecta a apendicitis crónica y apendicitis subaguda, hace dos o tres años que vengo estudiando con interés los cuadros dolorosos de fosa ilíaca derecha en los cuales el responsable no es el apéndice, en la mayoría de los casos, sino la adenitis mesentérica.

En este tipo de enfermos, que por el sufrimiento se rotulan como apendicitis crónica o apendicitis subaguda, he encontrado que el apéndice no es el responsable del cuadro y que, a lo más, presenta a veces lesiones de apendicitis crónica. En la mayoría de los casos el apéndice no tiene nada y el cuadro doloroso encuentra su explicación en la presencia de numerosos ganglios infartados en el mesenterio. Son enfermos con buen estado general, poca o nada de temperatura, en general jóvenes, y en donde el diagnóstico de apendicitis se hace con frecuencia. Tengo más de 60 operados de este tipo en los que el dolor de la fosa ilíaca derecha hubiera hecho pensar, si no se conoce la entidad clínica llamada "adenitis mesentérica", hubiera hecho pensar, digo, en un cuadro apendicular. El dolor es predominantemente para-umbilical derecho, como sucede en algunas de las observaciones que relata el Dr. Capurro.

Sin entrar a considerar por el momento los puntos dolorosos de la pared posterior que responden a otras afecciones viscerales, me interesaría saber si el Dr. Capurro ha buscado los ganglios en el mesenterio en los casos que él ha operado con diagnóstico de apendicitis crónica o apendicitis subaguda.

De cualquier manera me parece muy interesante la contribución del Dr. Capurro y haré otras consideraciones cuando haya podido leer el trabajo en el Boletín.

Dr. Domingo Prat. — No hablaba sobre este asunto porque para mí es una cuestión nueva. Yo no he comprobado hasta ahora ninguna de esas manifestaciones semiológicas del dolor de la apendicitis crónica y

trataré en mi práctica corriente de ver si los hechos tan interesantes que nos cita el Dr. Capurro existen.

En estos días leía un trabajo de apendicitis crónica, donde la histología podía comprobar perfectamente, lesiones de atrofia de la mucosa con formación de neuromas del simpático en esa mucosa, neuromas que eran los que producían el dolor. Si algo es evidente, es el hecho de que una infiltración de novocaína del meso apéndice podría yugular el dolor, pero en una apendicitis aguda eso sería más difícil de explicar.

Citaré un hecho clínico que me ha llamado mucho la atención en la apendicitis subaguda, que todavía no me he podido explicar su patogenia ni resolverlo experimentalmente.

A menudo me ha pasado que cuando palpo una apendicitis crónica o subaguda, cuando tenemos dudas sobre el diagnóstico, al palpar la fosa ilíaca derecha se puede comprobar la existencia de un ciego acartonado, duro y que uno lo siente lleno, tenso y que nos inclina al diagnóstico de tiflitis.

Una niña que operé recientemente, tenía ese signo bien característico, con antecedentes de colitis y como tenía además esa tumefacción en el ciego decidí la intervención inmediata, sospechando una apendicitis con lesión cecal. Esperaba encontrar las paredes del ciego, duras y acartonadas, y con sorpresa me encontré que ese ciego era completamente normal y creo que comprobaciones semejantes han realizado muchos cirujanos. La única diferencia fundamental que existe generalmente cuando el cirujano palpa este ciego en el examen clínico o después cuando lo palpa directamente después de exteriorizado durante la operación, es la anestesia. Esto me permite suponer que lo que produce la induración o acartonamiento del ciego, es producido por el tono nervioso que provoca el sistema nervioso del apéndice, ya sea el simpático o los nervios del sector medular. Sólo así se explica que en la operación, el ciego aparezca normal, sin lesión patológica.

No he podido establecer concretamente aún a que puede deberse tal hecho, pero me parece que es un fenómeno físico del tonus visceral que traduce la reacción simpática o medular y origina un accidente espasmódico que desaparece con la anestesia.

Señor Presidente. — El interés del trabajo del Dr. Capurro es que se trata de un trabajo de confirmación. El Dr. Capurro ha tratado de eliminar el factor personal, primeramente, controlándose a sí mismo y al mismo tiempo haciéndose controlar con los demás colaboradores.

Es necesario y de gran interés que en la práctica traten de ponerse en las mismas condiciones en que el Dr. Capurro ha comprobado la existencia de ese punto de hiperestesia de la pared posterior y su modificación bajo la infiltración de novocaínas en el meso apéndice.

Respecto a la génesis, solamente pueden hacerse conjeturas; va a ser difícil el establecer cómo puede explicarse ese fenómeno.

Pero este problema también interesa relacionarlo con algo que surge del comentario del Dr. Prat.

Los trabajos del profesor Roch (de Ginebra), éste trataba de modificar una sensación viscerálgica que va acompañada de una hiperestesia cutánea, actuando sobre la inervación de la zona de hiperestesia cutánea. Se hizo en cólicos hepáticos una infiltración de novocaína y se notaba no solamente una disminución del dolor concomitante sino también una disminución de la tensión del órgano por supresión del espasmo.

Evidentemente es un fenómeno inverso de lo comunicado por el Dr. Capurro, puesto que se trataba de hiperestesia exteriorizada cutánea y la novocaína bloqueaba esa zona, actuando sobre la visceralgia concomitante.

Creo que este trabajo va a dar lugar a comentarios variados y espero que tenga confirmación, que es lo que dará gran interés.

