

UN CASO DE PERITONITIS APENDICULAR Y OCLUSION
POR DIVERTICULO DE MECKEL

J. L. Sarroca y A. Mojoli
Paysandú (R. O. del U.)

Relatorio del Prof. D. Prat

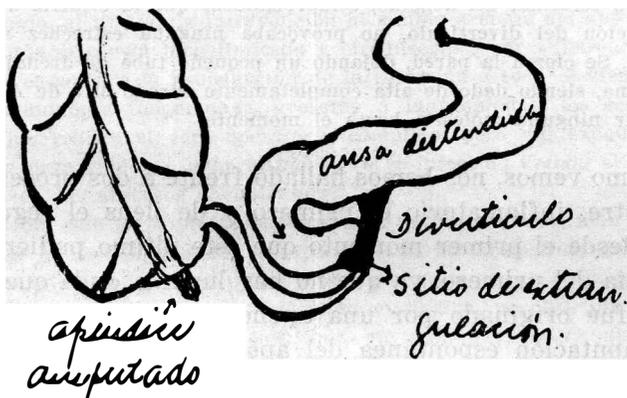
Los doctores Sarroca y Mojoli, de Paysandú, nos han enviado una interesante observación de apendicitis aguda con peritonitis, en que el paciente operado con éxito, realiza en el post operatorio, un íleo por divertículo de Meckel, que planteó una operación de urgencia y que permitió salvar al enfermo. La Sociedad de Cirugía del Uruguay, me ha encargado del relatorio de esta comunicación y dada la premura del tiempo de que dispongo y de la limitación de espacio en los Boletines, nos obliga a presentar un informe sintético y conciso.

He aquí la comunicación de los colegas mencionados:

Fernando T., de 25 años de edad, ingresa al Sanatorio el 4 de Febrero de 1942, por un cuadro agudo de vientre tipo inflamatorio. Su enfermedad actual comenzó el día 1º, con un fuerte dolor a nivel de la fosa ilíaca derecha que le obligó a guardar cama, creyendo que se trataba de algo pasajero, al día siguiente, toma un purgante de sulfato de sodio, agravándose su mal, por lo que consulta a uno de nosotros el día 4, quien lo hace ingresar de inmediato a nuestro servicio. El examen del enfermo dió lo siguiente: facies angustiosa, peritonéal, disnea sin presentar nada particular en sus pulmones. Corazón, taquicardia. Vientre, tenso, doloroso espontáneamente en todo el bajo vientre, dolor intenso a la presión sobre todo en la fosa ilíaca derecha, con contractura de la pared. Temperatura axilar 38°, rectal 39°8. Pulso, 130 al minuto. Se resuelve operar de urgencia con el diagnóstico de apendicitis aguda con peritonitis.

En cuanto a sus antecedentes personales, no recuerda haber tenido enfermedades de importancia, únicamente de dos años a esta parte venía sufriendo por temporadas, de algunos trastornos digestivos: arcadas y a veces vómitos, con dolor a nivel del epigastrio, no pudiendo comer nada en los días que se hallaba atacado, en cambio, una vez pasados sus trastornos, podía comer de todo sin causarle daño ningún alimento. Defecaba normalmente, no tenía ningún trastorno urinario. Antecedentes familiares sin importancia.

Operación. — Incisión Mac-Burnel. Se comprueba un absceso de la fosa ilíaca, con pus fétido, fecaloideo, que sale a presión. Se coloca un tubo y mechas de drenaje, sin tratar de exteriorizar el ciego por temor de una generalización. Cierre parcial de la pared. Evolución buena, retirándose el drenaje totalmente a los ocho días. Hallándose el enfermo en vías de completa curación, sin sentir ningún trastorno; el día 18 de Febrero, hace bruscamente un nuevo cuadro doloroso de vientre con ligera temperatura, predomina fuertes dolores en el bajo vientre, tipo cólico. Se le somete intensamente a minando un cuadro de ileus, con detensión completa de materias y gases y un tratamiento médico a base de sueros hipertónicos, Prostigmina, etc., sin



hallar ninguna mejoría. En vista de la gravedad siempre creciente y ante la aparición de repetidos vómitos que finalmente se hacen porráceos, se resuelve ir de nuevo a la intervención, pensando que el cuadro de oclusión estaría provocada por alguna brida, secuela de su peritonitis anterior.

2ª operación. Día 20 de Febrero. — Laparotomía media sub-umbilical. Se recorre el ansa intestinal delgada muy dilatada para llegar al sitio de la oclusión; llegándose con gran sorpresa al hallazgo de un Divertículo de Meckel de unos 10 cm. de longitud, que aprisionaba, estrangulándola a un ansa intestinal delgada, cerca de su terminación en el ciego. Se revista el ciego comprobándose un apéndice seccionado cerca de su base por el proceso agudo anterior, en un magma de adherencias inflamatorias sin que éstas provocaran molestias al tránsito intestinal. La oclusión terminaba en el sitio de estrangulación por el divertículo sobre el ansa delgada. Ligadura y sección del divertículo en su base de implantación, sin invaginación por temor de obstruir la luz intestinal, ya que con la sola ligadura se reducía ésta considerablemente, dada la amplia base de implantación que alcanzaba unos 2 cm. de diámetro, y debido al estado precario del enfermo, se practica a más, como medida de seguridad, una fístula intestinal.

El divertículo extirpado estaba implantado como dijimos a unos 40 cm. del ciego, sobre el borde libre del delgado, de 10 cm. de longitud, turgente,

muy agudo, acodándose en su punta con la que enganchaba al ansa intestinal. Asemejaba un dedo de guante, ya que su diámetro era sensiblemente igual de la base a su punta.

El post-operatorio siguió normalmente, pero como la fístula no cerraba espontáneamente y la desnutrición del enfermo aumentaba, el día 3 de Marzo, se procede con anestesia local el cierre de su fístula, pero que desgraciadamente al 6º día se reproduce.

El 19 de Marzo, se resuelve ir a una nueva intervención, practicándosele una laparotomía sobre la cicatriz operatoria anterior, liberando al ansa intestinal de las adherencias, y como la fístula era extensa, se procede a la resección del intestino, extirpando la fístula, abocamiento látero-lateral. Se explora la porción terminal del delgado, comprobándose que la cicatriz de la base de implantación del divertículo, no provocaba ninguna estrechez a la luz del intestino. Se cierra la pared, dejando un pequeño tubo de drenaje. Evolución muy buena, siendo dado de alta completamente curado el 5 de Abril de 1942, sin sentir ninguna molestia hasta el momento.

Como vemos, nos hemos hallado frente a dos procesos agudos de vientre, inflamatorio el primero y de ileus el segundo, pensando desde el primer momento que este último pudiera ser consecuencia del primero, ya que no hay lugar a duda que el cuadro inicial fué originado por una apendicitis aguda con peritonitis por amputación espontánea del apéndice que pudo ser comprobada en la segunda intervención y un segundo cuadro de oclusión intestinal, que se pensó era provocada por bridas inflamatorias y que el acto operatorio nos dió la sorpresa de hallarlos frente a un divertículo de Meckel originando una verdadera oclusión intestinal por estrangulación.

Los colegas Sarroca y Mojoli operan un caso de apendicitis aguda de cuatro días de evolución, con peritonitis difusa, que se revelaba por un vientre tenso y contracturado, con dolor espontáneo y a la presión; sensibilidad y contractura, más marcadas en la fosa ilíaca derecha. Facies peritoneal, con 38° de fiebre, (39°8 rectal) y 130 pulsaciones.

El diagnóstico clínico de peritonitis apendicular estaba correctamente establecido y se comprobó en la operación. No les reprocharé a los doctores Sarroca y Mojoli, el que no hayan completado el diagnóstico clínico, con una radioscopia y una radiografía, porque la gran mayoría de nuestros buenos cirujanos, no acostumbran a hacerlas en la práctica corriente; pero, conviene destacar, que es tiempo ya, de que esta excelente práctica semiológica, se generalice y cuando se opera un vientre agudo en un medio apropiado, que dispone de Rayos X, cómo en el que actuaron los colegas mencionados, *debe realizarse sistemáticamente* el examen radiológico, desde luego, sin comida opaca; examen que puede dar datos semiológicos muy importantes y a veces fundamentales para el cirujano.

Se opera de urgencia al paciente, sin establecer en la observación, con que anestesia realizaron la intervención. Practican la incisión de Mac-Burney, que es la mejor y la de elección en esta cirugía.

Al abrirse el peritoneo, encuentran "un absceso de pus fétido, fecaloideo, que sale a presión" y que drenan con tubo y mechas, "sin tratar de exteriorizar el ciego por temor a una generalización".

Los doctores Sarroca y Mojoli han sido muy concisos en la descripción de su operación y creo que han omitido detalles de sus maniobras técnicas, pero como relator, tengo que ceñirme a los términos precisos de su descripción y admitir que ellos no realizaron exploración alguna del foco apendicular y aceptar, que sólo se limitaron a abrir y drenar el absceso.

Esta conducta operatoria, constituye un excelente y fundamental principio de cirugía, al limitar la intervención al simple drenaje del absceso apendicular, cuando éste está bien limitado y circunscripto por adherencias resistentes y que exponen a la propagación de la infección a todo el vientre, si se realizaran maniobras inoportunas, groseras o inapropiadas. Lo esencial, es que el cirujano realice el acto operatorio completo, pero sin exponer al paciente a una propagación o generalización de la infección a todo el abdomen, tan factible en los abscesos apendiculares.

Ahora bien, este principio quirúrgico, está regido por otro, más general y absoluto, que se ha consagrado como dogma en la terapéutica de las peritonitis y que establece, que lo fundamental en el tratamiento de la peritonitis, es la supresión cuanto antes, de su causa etiológica, es decir de la lesión productora. Queda establecido pues, que en toda peritonitis apendicular, el cirujano debe proceder a la extirpación del apéndice, como elemento primordial y fundamental del tratamiento y está autorizado y eximido de no practicar esta esencial e imprescindible indicación terapéutica cuando haya practicado una cuidadosa, delicada y completa exploración del foco operatorio y compruebe la imposibilidad de localizar el apéndice enfermo o que admite, que su eliminación ocasionaría la generalización del proceso infeccioso. El cirujano no debe ni puede prescindir de esta exploración del apéndice, para extirparlo hecho fundamental para el éxito del tratamiento de peritonitis; sobre todo cuando ésta es difusa o generalizada como en el caso que comentamos y entonces el pus no está colectado en una logia limitada y tabicada de la fosa ilíaca como ocurre en el absceso apendicular bien circunscripto y de muchos días de evolución en cuyo caso la simple abertura del absceso constituye el tratamiento de elección.

Nuestros colegas de Paysandú, nada dicen de la realización de esta exploración del apéndice enfermo; por el contrario, por el texto, parece que se limitaran a realizar directamente el drenaje de la fosa ilíaca y felizmente la evolución del caso les ha dado razón, porque evolucionó bien, aunque desgraciadamente, no siempre ocurre así, puesto que al dejar un apéndice esfacelado en el vientre, éste suele ser causa de la continuidad de la peritonitis o de una trombo flebitis mesentérico hepática, que puede producir la muerte del paciente.

En el caso de peritonitis difusa que comentamos, existía una razón más, para realizar esa exploración, puesto que el cirujano que opera, debe saber

si existe o no, pus colectado en la pelvis, para drenarlo y como en este caso, ese dato no se tenía, puesto que se *omitió el tacto rectal*, o al menos no consta en la historia clínica, el único medio de saber entonces, si había pus en la pelvis, era la exploración por el foco operatorio.

Mencionan a continuación, los autores de la comunicación "que no exteriorizaron el ciego por temor a la generalización". He aquí, una declaración sumamente grata para mí, que en mi práctica y en mi enseñanza clínica, he enseñado siempre, que lo que diferencia fundamentalmente la operación de la apendicitis en frío o en caliente, es que la primera se hace habitualmente fuera del vientre, exteriorizando el ciego; mientras que la apendicitis aguda debe realizarse "in situ", dentro del vientre, sin exteriorizar el ciego, cuando éste esté fijo por adherencias inflamatorias, que al desprenderlas y romperlas para exteriorizar el ciego, se abre la logia del tejido celular subperitoneal posterior, propagando a esa región la infección y originando una celulitis retroperitoneal o pelviana, complicación muy seria y fatal a menudo. Generalmente, se puede movilizar el ciego y traerlo a la herida para facilitar la operación, enfrentando a la herida, la implantación apendicular; pero, *lo que no debe hacerse en la apendicitis aguda, es el desprendimiento y exteriorización del ciego, para facilitar la extirpación del apéndice, sino en los casos imprescindibles en que el apéndice es retro cecal*, porque esta maniobra expone muchísimo a la contaminación y propagación de la infección, al tejido celular subperitoneal.

En nuestra larga práctica y experiencia de 17 años de cirugía de urgencia, hemos podido establecer, que en estos casos graves de apendicitis aguda, en que el ciego está fijo e inmovilizado, lo que debe desprenderse y exteriorizarse, es sólo el apéndice, logrando realizar casi sistemáticamente, la extirpación del apéndice sin la movilización innecesaria y peligrosa del ciego.

Para terminar con lo referente a la peritonitis apendicular, consideraremos algunos detalles del caso que fueron comprobados en la segunda operación.

En la operación practicada para tratar la oclusión, se encontró el apéndice seccionado cerca de su base y envuelto en una magma de adherencias inflamatorias. No dicen, los colegas que hayan buscado ni extirpado el resto del apéndice amputado, ni del muñón seccionado por la infección. Quiere decir pues, que este enfermo ha quedado con gran parte de su apéndice libre en el abdomen, lo que puede ser causa de un nuevo proceso infeccioso, originado por su resto apendicular o por su mismo muñón.

Esto representaría un motivo más, que justifica la necesidad de extirpar el apéndice, cuando se opera por apendicitis aguda o peritonitis apendicular. Está bastante generalizada la opinión entre los médicos y aún entre los cirujanos, de que cuando existe una apendicitis supurada, el apéndice se digiere y se destruye. De acuerdo con mi práctica personal, puedo declarar, que la destrucción apendicular, por apendicitis aguda, o por absceso apendicular, debe ser la excepción, si es que esa destrucción o lisis se produce, pues, siempre que he operado en los casos agudos, he encontrado el apéndice más o menos alterado y esfacelado por la infección, pero existiendo siempre; en los casos, de operación en frío, después de graves procesos infecciosos, siem-

re lo he encontrado también y no destruido como se esperaba, sino por el contrario, con aspecto casi normal. Cuando no lo he encontrado, cosa que por excepción me ha ocurrido, he preferido admitir, que no había sabido encontrarlo o que las adherencias estaban tan organizadas, que convenía más no insistir en la búsqueda del apéndice.

Para mí y yo creo que para todos los cirujanos de experiencia, es un hecho comprobado también, que cuando el apéndice está perforado, casi siempre o siempre, *existe un cálculo estercoral* que ha provocado la perforación y si el cálculo no se encuentra en la luz apendicular, el cirujano debe explorar e investigar delicadamente, la presencia de ese cálculo en la fosa iliaca, porque su persistencia en el abdomen, puede ser la causa de una fistula interminable.

Los doctores Sarroca y Mojoli, terminaron la operación con un drenaje por tubo y mechas, cerrando parcialmente la herida operatoria. De acuerdo con el principio clásico que rige el drenaje abdominal; por mi parte, soy entusiasta partidario del cierre de la herida, alrededor del drenaje, porque se reconstituye así la presión intra abdominal y constituye esta excelente práctica el factor fundamental del drenaje, sin peligro a los flemones o infecciones de la pared, que no he comprobado en mi práctica, sino por excepción y como lo señalan algunos cirujanos como de producción frecuente. Podríamos plantear, ahora, la conveniencia del empleo de la sulfamidoterapia en este caso, pero como ella no fué usada por nuestros colegas, la pasaremos por alto; pero, destacando su positiva acción.

Con esta operación, lograron los doctores Sarroca y Mojoli salvar y curar a su enfermo de la peritonitis apendicular, pero 14 días más tarde, casi en franca curación el paciente, hace éste un nuevo cuadro de vientre agudo, pero entonces de oclusión, con dolores paroxísticos del vientre, detención completa de materias fecales y gases; vómitos, distensión del vientre y fiebre ligera, que en las 48 horas subsiguientes, evoluciona rápidamente a la oclusión completa y que con la aparición de vómitos porráceos, permite establecer a los colegas el diagnóstico de oclusión por brida post operatoria y resuelven en consecuencia, operar el enfermo a las 48 horas de iniciado el proceso.

Cuando los autores de esta Comunicación establecieron el diagnóstico clínico de vientre agudo, sin recurrir a los Rayos X, dije que no correspondía reprocharles esa omisión; pero, aquí sí, ante el diagnóstico de oclusión, les hago el reproche grave, de no haber recurrido de inmediato a la imprescindible colaboración de los Rayos X. Hoy día, constituye una falta grave de todo clínico o cirujano, que plantea un diagnóstico de ileo y que no recurre, a los Rayos X, siempre que disponga de ellos y los tenga a mano. Se sobreentiende que realizará la radioscopia y la radiografía, sin comida opaca, en posición de pie y acostada y estamos seguros que este examen, suministrará datos semiológicos fundamentales para el diagnóstico y la orientación terapéutica del cirujano.

Es casi seguro, que si en el caso que comentamos, se hubiere hecho el examen radiológico, la presencia de niveles líquidos, hubieran dado la seguridad del diagnóstico y por lo tanto, se habría podido operar al enfermo 48 horas antes de lo que se hizo, puesto que el cuadro clínico de oclusión se

inició el 18 de Febrero y fué operado el 20 de Febrero. La colaboración capital de los rayos X, en el diagnóstico de ileo, es la seguridad diagnóstica, representada por la presencia de niveles líquidos y a veces, sólo por el meteorismo o dilatación de las asas intestinales. El examen por los Rayos X, además de precisar el diagnóstico de ileo, puede indicarnos la concomitancia de un proceso infeccioso con el ileo, cosa que se manifiesta por el *aspecto flus de la placa, inmovilización del diafragma, sombras intra abdominales*, y sobre todo, el aspecto de los tabiques de coalescencia de las asas intestinales, que *son nítidos y como líneas en la oclusión y gruesas e irregulares, por los exudados, en la infección*.

La presencia de masas abdominales, que se presentan como sombras anormales, guiarán al cirujano para el diagnóstico topográfico y representan una excelente orientación, para establecer la más conveniente incisión operatoria.

La segunda operación se realizó por medio de una celiotomía mediana infra umbilical, que creo, es la incisión de elección, pero también omiten aquí, decirnos los doctores Sarroca y Mojoli, que anestesia emplearon. Creo que la más indicada sería, una raquí con novocaína.

Encuentran en esta intervención un Divertículo de Meckel, de 10 centímetros de largo; llama la atención esta exagerada extensión, que provocó la oclusión por el mecanismo de la brida, puesto que su extremidad se adhiere al ileon cerca de su terminación, comprimiéndolo y acodándolo. Es la oclusión por brida, que constituye el mecanismo más frecuente de ileo, por el Divertículo de Meckel. La extirpación del Divertículo cuya base tenía 2 centímetros de diámetro, la realizaron los cirujanos, por la simple ligadura, sin sutura sero serosa de recubrimiento por temor a que estrechara la luz intestinal. No podemos aprobar la técnica empleada para el cierre de la implantación diverticular, porque, dada su amplitud de 2 centímetros, una simple ligadura expone mucho a su dehiscencia ulterior, por eso creemos, que mejor hubiese sido realizar el cierre por sutura perforante y su correspondiente peritonización. Si esta sutura estrechaba la luz intestinal, correspondía realizar la resección del divertículo, con la parte del asa en que estaba implantada.

Si el estado del paciente era muy precario y no podía resistir esta operación, el cirujano tendría el recurso de extirpar simplemente el Divertículo y emplear su brecha de implantación para establecer la enterostomía del delgado.

Creo que los colegas de Paysandú, hicieron muy bien en complementar su operación con la enterostomía, puesto que ésta permitió el inmediato drenaje del intestino, contribuyendo eficazmente a salvar al paciente, a la vez que evitaba una funcionalidad inmediata y presiones exageradas, sobre el precario cierre del divertículo resecado.

En lo que estamos en completo desacuerdo con los autores de la comunicación, es sobre el tipo de enterostomía que debe realizarse en estos casos. La enterostomía simple del delgado tiene la ventaja de drenar mejor el contenido intestinal, pero tiene varios inconvenientes serios: 1º) que el drenaje intestinal casi total por la fístula denut্রে rápidamente al paciente. 2º) que se irrita la piel y compromete una operación ulterior, que a menudo es nece-

ria para cerrar el ano delgado porque, éste no cierra, como ocurrió en el caso que comentamos.

Por todo esto, la enterostomía de elección en estos casos, debe ser a la Witzel, que drena bien el intestino y que se cierra espontáneamente tan pronto se extrae la sonda, es por eso, que esta enterostomía a la Witzel, debe ser la empleada en estos casos de oclusión simple, sin complicación infecciosa, que es cuando ella da el máximo de resultado y rendimiento.

Una tentativa de cierre de la fístula del delgado con anestesia local, fracasa y entonces, realizaron una nueva intervención en la que practican una resección de la fístula y reconstituyen la circulación intestinal con una entero anastomosis, látero lateral. Con esta operación logran curar a su enfermo que evolucionó muy bien en esta etapa operatoria complementaria.

En suma pues, los doctores Sarroca y Mojoli han tratado un paciente con dos lesiones graves; de peritonitis apendicular y de íleo por Divertículo de Meckel, que operaron en tres ocasiones consecutivas y que les dió oportunidad para evidenciar su vocación quirúrgica y sus condiciones técnicas de cirujanos, que les permitió salvar y curar a un paciente, con lesiones tan serias. Corresponde que felicitemos a dichos colegas, por el éxito obtenido y agradecerles el envío de su interesante comunicación.

Dr. Cendán Alfonso. — En lo que se refiere al tratamiento hecho por los Dres. Sarroca y Mojoli quería hacer notar simplemente que llama la atención que no hagan más frecuentemente el tratamiento por la aspiración continua que da tan buenos resultados, y que si bien puede en muchos casos no llegar al fin perseguido y provocar el cierre completo, facilita enormemente la intervención posterior al reducir en forma apreciable el tamaño de la fístula.

Y en lo que respecta al comentario del Dr. Prat en el sentido de la apendicitis aguda, de la desaparición del apéndice, o de la reabsorción del apéndice, quería citar un caso al pasar que he tenido ocasión de intervenir que se presentó en una enferma que había tenido un cuadro agudo, interpretado por el médico como apendicitis aguda. La enferma hizo un cuadro bastante importante del tipo peritoneal que cedió sin embargo al procedimiento médico.

Un año después hace un nuevo cuadro agudo de fosa ilíaca derecha y luego de varios días de evolución y en vista de que hizo un absceso de la fosa ilíaca, fué intervenida.

Naturalmente, pensamos que estábamos frente a una apendicitis aguda nueva con absceso. Al abordar el absceso nos encontramos frente a una perforación del hilio y resultó tratarse de una enteritis terminal.

Dr. Fossati. — La discusión de los temas y los comentarios del Dr. Prat ocuparían a la Sociedad durante todo lo que falta del año. De modo que no hay que insistir, pero me parece que hay algo interesante en esto que dice el Dr. Prat de que el apéndice no se elimina como se supone.

Voy a citar un caso de hace cerca de treinta años, en la época del Dr. Mondino. Se operó una chica de un absceso apendicular. Poco después de la operación en plena salud hace un ataque nuevo.

El Dr. Mondino, con ese criterio maravilloso que tenía y que tiene, decide operarla de inmediato y se encuentra con un apéndice perforado y a pesar del absceso. Este apéndice se había liberado.