

CUADROS AGUDOS POR AFECCIONES EXTRAABDOMINALES

La exploración de un vientre normal, absolutamente normal, es una eventualidad infeliz, a menudo recriminatoria, shockante para el paciente, shockante para el cirujano.

Las afecciones generales: tifoidea, septicemias, el reumatismo, la acidosis, etc.; las afecciones del sistema nervioso central y periférico: tumor cerebral, meningitis, dorsalgias, lumbalgias, herpes zoster; las afecciones torácicas: pleuresías, neumopatías, neumotórax espontáneo, angor a sintomatología abdominal, infarto del miocardio, etc.; en una palabra, afecciones extraabdominales, iniciándose y revelándose por cuadros dolorosos agudos del vientre, crean alrededor una atmósfera de inquietud y se gesta la exigencia de resoluciones rápidas. Hemos de escapar a ese remolino de angustia y vértigo.

La conducta, cuando no se ve un cuadro claro, inequívocamente abdominal, y que caracteriza bien a una enfermedad definida, se regula por el estado general del paciente; que si no es alarmante, permite una observación asidua durante la cual se aprecia, si declina o remonta y se rumian posibles diagnósticos. Si el estado general es francamente malo o declina durante la observación, *mejor que apresurarnos a intervenir*, es, apurarnos a llegar a un diagnóstico por lo menos de afección extra o intraabdominal, aunque para ello se necesite reunir rápidamente a un médico general, un neurólogo, un cardiólogo, un laboratorista y principalmente otro cirujano de más amplia experiencia.

En las afecciones *realmente abdominales*, el posible error topográfico y el posible error nosológico, son de menor trascendencia.

Hay error topográfico, cuando la sintomatología concentra la atención del clínico en un sector del vientre y el mal está en otro.

Lo frecuente es que al error topográfico se sume el error nosológico.

La noción topográfica según la cual, en tal lugar está tal órgano, ya inclina los diagnósticos hacia las afecciones que se manifiestan en esa región. Así, un dolor neto, con resistencia de la pared, fiebre y vómitos, en el cuadrante inferior derecho, nos lleva al diagnóstico de apendicitis. Por otra parte, si aun prevenidos contra un posible error, encontramos que no hay síntomas ni signos netos en el hipocondrio derecho, en el ángulo costomuscular, en la cavidad pelviana; todo ello no es óbice para encontrar el fondo de la vesícula litiásica en la fosa ilíaca derecha.

También *cuando la sintomatología dominante es de hipocondrio derecho*, aunque el examen genital haya revelado que los anexos izquierdos están agrandados y dolorosos, en la exploración quirúrgica del hipocondrio, sólo se encuentra una serosidad turbia en cantidad exigua, un apéndice indemne, en la desazón el recuerdo del estado de los anexos, lleva a confirmar, por palpación intrapélvica, la anexitis olvidada, y a recordar las reacciones frénicas, las llamaradas peritoneales que nos enseñó el profesor Stajano. Las afecciones de órganos pendientes en la pelvis: asas ileales, sigmoide, epiplón, a veces ciego, a veces transverso, por la topografía pelviana de sus signos físicos, por presentarse en la mujer, inducen a diagnosticar generalmente afecciones anexiales. El cáncer del transverso en V, el cáncer sigmoide y diverticulitis adheridos en la pelvis de la mujer, provocan ese error.

En el hombre, idénticos o similares signos, orientan hacia otros diagnósticos. En un obrero de 39 años, antes operado del estómago, en el examen rectal, encontramos una masa dolorosa pegada a la pared pelviana izquierda, que nos hizo decir: si no fuera un hombre, diagnosticaría una anexitis. El señor presentaba un cuadro de oclusión y fiebre y había, además, dolor a la presión en la fosa ilíaca derecha. Quizá por encontrarnos en estado lúcido, hablamos de un absceso peridiverticular del sigmoide o de un apéndice, muy largo para semejante situación, o prendido de un ciego libre y con el fondo desplazado a izquierda. En la intervención, el ciego era pelviano; el apéndice estaba indemne y lo reservamos para hacer una apendicostomía. En la pared pelviana, liberando apéndices epiploicos endurecidos, se abrió el absceso fétido y se vio el agujero y materias fecales saliendo. Esto, dijimos, cuanto más se revuelva peor será, e improvisamos un Mickulicz.

La noción clínica de la alta frecuencia de la apendicitis en los cuadros dolorosos del cuadrante inferior derecho, empuja sin mayor discriminación a formular ese diagnóstico. Anulándose la distinción entre cuadros típicos y atípicos, aumentan las discordancias entre la presunción clínica y los hallazgos operatorios.

El triunfo del intervencionismo, por apendicitis, entre los cirujanos, se refuerza actualmente con el apoyo de la opinión pública. Es un progreso muy valioso para reducir la mortalidad por apendicitis y por las afecciones que la simulan. Se ha creado una situación nueva y una nueva responsabilidad. Y ésta exige un cambio de conducta. Consideramos sensato, frente a los cuadros atípicos, ir con el ánimo preparado para hacer frente a lo que se nos aparezca, porque es fácil que no se encuentre lo que se busca y se encuentre lo que no se espera. Por ir así, en un cuadro vago del cuadrante inferior derecho, con fiebre moderada y moderada distensión hipogástrica, entramos por mediana infraumbilical, dejamos "in situ" el apéndice indemne, para hacer una resección típica del sigmoide ocupado por un adenocarcinoma infectado y poco estenosante; luego el apéndice fue utilizado para una apendicostomía.

La exploración operatoria, encarada como una prosecución de la exploración clínica, pero a vientre abierto, obliga a encuadrarla dentro de las mismas normas de comprobación e interpe-lación de anormalidades, que es lo que hemos intentado en el curso de este trabajo. Necesita pues, llegar a un alto grado de perfección.

En estas y otras contingencias, la aparentemente más común de las anormalidades, si estimula poderosamente nuestro espíritu de investigación, nos conduce al descubrimiento de insospechadas e insospechables causas del cuadro clínico, lesiones que quedarían en el cuerpo sin tratamiento alguno.

Ya habíamos extirpado, en aquella joven señora de 18 años, un apéndice retrocecal edematoso y turgesciente. Sin embargo, pensamos ¿por qué un fleco del epiplón mayor se pegaba en la cara anterior del ciego, entre la bandeleta anterior y la póste-rointerna? ¿Por qué se fijó allí, tan lejos del foco inflamatorio y quedó al desprenderle, un punteado rojo en la pared cecal? Palpamos allí una dureza alargada en sentido longitudinal, saliente hacia la cavidad, como un tumorcito.

En pared cecal sana, a algunos milímetros de la incógnita, incidimos en semicírculo, y la invertimos en postigo, cara mucosa hacia adelante. En la saliente había dos orificios; uno conducía hacia arriba, otro hacia abajo, y la pinza mosquito salió de la cateterización trayendo materias fecales. Habíamos encontrado divertículos cecales, los verdaderos culpables del cuadro clínico, pues el apéndice bien emparedado en su situación retrocecal, no explicaba el intenso dolor que la enferma expresaba a gritos. El epiplón pegado en un lugar ilógico, el punteado rojo, la palpación de una tumoración, la cecostomía exploradora, jalaron el hallazgo.

CONCLUSION

La exploración quirúrgica del vientre, es enfocada aquí como semiología a vientre abierto, como etapa consecutiva a la exploración clínica.

Ambas preparan para una misma finalidad: la conclusión diagnóstica.

Ambas interpretan alteraciones morfológicas, topográficas o de la continuidad, a la luz de la fisiología y de la patología.

En el plano de las generalidades, no cabe siquiera citar, y menos describir e ilustrar cada afección del vientre, no cabe plantear su diagnóstico operatorio positivo, diferencial o por exclusión, tampoco es posible detallar métodos especiales de exploración para cada enfermedad.