

del ventrículo derecho al izquierdo a través del defecto septal interventricular alto, valiéndose de una sonda especial, fijando los extremos de entrada y salida al miocardio de ambos ventrículos. Con gran detalle describe lo efectuado en tres enfermos operados y los resultados: en el primero, curación clínica, pero persistía un soplo debido probablemente a un segundo defecto más pequeño que existía en el septum y no fué corregido; en el segundo, hubo que extraer en un segundo tiempo el injerto pericárdico, probablemente inflamado, que obstruía el estrechado infundíbulo ventricular derecho; finalmente, en el tercero, se logró mejoría clínica, pero persistió el soplo, indicando que el defecto no fué totalmente cerrado. Teóricamente, este procedimiento no parece o no es radical, pues por los hallazgos degenerativos del injerto pericárdico encontrado en el animal de experimentación hacen suponer que a la larga el efecto de taponamiento irá disminuyendo paulatinamente. El mismo BAILEY no parecía totalmente satisfecho de esta técnica y continuó sus trabajos empleando la hipotermia, hasta llegar a tratar un caso bajo visión directa con éxito en marzo de 1953; era una enferma de quince años con defecto septal interventricular a la cual se la sometió a hipotermia hasta conseguir una temperatura septal de 24,4° C.; incindió el ventrículo derecho e hizo la sutura del defecto con puntos sueltos, pero colocando previamente sobre él un injerto libre de pericardio con el fin de reforzar los bordes. Al suturar la incisión hecha en el ventrículo derecho se desarrolló fibrilación ventricular que cedió con el masaje cardíaco exclusivamente, siendo el postoperatorio normal.

Así como en las demás malformaciones cardíacas los resultados obtenidos con las técnicas actuales son tan satisfactorios que hacen pensar que la utilización del método abierto conseguirá poco más en un futuro próximo, en el caso de los defectos septales interventriculares la cuestión es totalmente diferente, aún más, creo que la única técnica eficaz que se puede realizar es aquella que se haga bajo visión directa y esto parece que se conseguirá con garantías en los próximos años, a juzgar por los formidables avances de técnica y conocimientos hechos sobre el corazón-pulmón artificial y la hipotermia últimamente.

BIBLIOGRAFIA

1. BAILEY, C. P., DOWNING, D. F. y otros.—Ann. Int. Med., 33, 888, 1952.
2. BAILEY, C. P., LACY, M. H., NEPTUNE, W. B. y otros.—Ann. Surg., 136, 1952.
3. BAILEY, C. P., GLOVER, R. P. y O'NEILL, T. J. E.—Dis. Chest., 22, 640, 1952.
4. BAILEY, C. P., BOLTON, H. E., JAMISON, W. L. y NEPTUNE, W. B.—J. Thoracic Surg., 26, 184, 1953.
5. BAILEY, C. P., COCKSON, B. A., DOWNING, D. F. y NEPTUNE, W. B.—J. Thoracic Surg., 27, 73, 1954.
6. BING, R. J.—Am. J. Med., 12, 77, 1952.
7. BJÖRK, V. O. y CRAFTORD, C.—J. Thoracic Surg., 26, 300, 1953.
8. BLALOCK, A. y HANLON, C. R.—Surg. Gynec. Obst., 87, 183, 1948.

9. Cournand, A., Baldwin, J. S. e Himmelstein, A.—Cardiac Catheterization in Congenital Heart Disease. The Commonwealth Fund., New York, 1949.
10. Dotter, C. T. y Steinberg, I.—Angiocardiography, Paul B. Hoeber, Inc. New York, 1951.
11. Gordon Murray.—Ann. Surg., 128, 843, 1948.
12. Gross, R. E.—Surg. Gynec. Obst., 96, 1, 1953.
13. Helmsworth, J. A., Clark, L. C., Kaplan, S. y Sherman, R. T.—J. Thoracic Surg., 26, 617, 1953.
14. Himmelstein, A. y Cournand, A.—Am. J. Med., 12 marzo 1952.
15. Miller, B. J., Gibbon, J. H., Greco, V. F. y otros.—J. Thoracic Surg., 26, 598, 1953.
16. Neptune, W. B., Bailey, C. P. y Goldberg.—J. Thoracic Surg., 26, 623, 1953.
17. Selzer, A.—Journ. Am. Med. Ass., 154, 129, 1954.
18. Senning, A.—Acta Chir. Scandinav. Suppl. 171. Stockholm, 1952.
19. Shumacker, H. B., Moore, T. C. y King, H.—J. Thoracic Surg., 26, 551, 1953.
20. Swan, H.—J. A. M. A., 151, 792, 1953.
21. Taussig, H. B.—Congenital Malformations of the Heart. The Commonwealth Fund, New York, 1947.

SUMMARY

A survey is carried out of the present status of surgery in interauricular and interventricular septal defects, together with the bases for diagnosis, prognosis and treatment.

ZUSAMMENFASSUNG

Man revidiert die heutige Chirurgie der septalen interaurikulären und interventrikulären Septumdefekte und bringt die Grundlagen zu ihrer Diagnose, Prognose und Behandlung.

RÉSUMÉ

On révisé la chirurgie actuelle des défauts septaux interauriculaires et interventriculaires en exposant les bases de son diagnostic, pronostic et traitement.

CONSIDERACIONES SOBRE EL DIAGNOSTICO DE LAS APENDICITIS AGUDAS RETROCECALES

J. PÉREZ GIEB.

Cádiz.

Médico ex-Interno del Servicio de Aparato Digestivo de la Casa de Salud Valdecilla.

En su interesante monografía sobre *Apendicitis agudas*, dice PI-FIGUERAS que el problema de las apendicitis estaría hoy prácticamente resuelto si no existiesen los apéndices ocultos. En efecto, a pesar de las numerosas publicaciones hechas sobre este tema, y de tener un amplio conocimiento de la clínica de esta enfermedad, llegan muchos enfermos a los Servicios quirúrgicos con apendicitis agudas pasadas bastantes horas desde el comienzo de su enfermedad. Unos, por no haber sido asistidos convenientemente o por falta de medios para trasladarse, pero otros, y no son los menos, porque aun teniendo asistencia del médico éste no ve en el

enfermo un cuadro clásico de apendicitis y se olvida de que existen apéndices que por su situación oculta, como los retrocecales, cursan con una gran pobreza de síntomas o con sintomatología totalmente atípica. Ya PI-FIGUERAS señala "que las apendicitis agudas retrocecales (A. A. R.) se caracterizan por la falta de cortejo sintomático, brillantez que presentan las apendicitis agudas típicas". Los síntomas no existen, o son borrosos, hasta que la agresión peritoneal extensa y violenta pone de manifiesto lo que ha ocurrido casi clandestinamente, pero que ahora es ya grave.

COLLINS resalta la frecuente naturaleza de los síntomas y signos precoces presentados por pacientes con A. A. R. Buena prueba de ello es que 138 casos (18,32 por 100) habían sido previamente tratados por colecistitis de variable intensidad, 99 (13,18 por 100) habían sido diagnosticados de alguna forma de enfermedad gástrica o duodenal, 17 (9,45 por 100) recibieron tratamiento por enfermedad del riñón derecho o del uréter del mismo lado. Naturalmente, admite la posibilidad de que algunas veces estos pacientes padezcan en la actualidad tales enfermedades, independientes de su ataque de A. A. R. Cita otra serie de casos, operados por supuestas afecciones de vesículas, úlcus pépticos, afecciones genitales, etc., sin obtener mejoría ni alivio de sus molestias. Sólo 142 casos (18,91 por 100) presentaban los signos clásicos de apendicitis descritos en los libros de texto. Y dos (0,27 por 100) de este grupo murieron por peritonitis generalizada.

JACKSON también menciona la dificultad en el diagnóstico de las A. A. R., debido a que la inflamación peritoneal en el apéndice retrocecal se puede extender hasta debajo del hígado, alrededor de éste e incluso dentro de la pleura. ALTSCHULLER subraya la importancia de conocer las distintas posiciones anatómicas posibles del apéndice, ya que en algunos casos el correcto diagnóstico depende de este conocimiento. Además de que el curso de las apendicitis es influenciado por la relación del apéndice a los órganos vecinos. La variedad del complejo de síntomas en la enfermedad es seguramente derivada de la gran diversidad en la localización del apéndice. Para DORRONSORO, la causa que más frecuentemente dió lugar a errores diagnósticos fué la distinta localización del apéndice vermiforme en los sitios más variados de la cavidad abdominal. El dolor en los puntos clásicos apendiculares no se da en una gran mayoría de apendicitis.

Según MASSON y ALLENS, los clásicos síntomas y signos de las apendicitis agudas se presentan en un tercio de los pacientes. IRANISSEVICH, en 1933, menciona la dificultad del diagnóstico en las A. A. R. porque los síntomas pueden ser borrosos y atenuados, aun en las destructivas.

En efecto, las A. A. R., por la posición del apéndice, ofrecen mayor número de dificulta-

des diagnósticas que cualquiera otra localización, y ha sido precisamente este hecho el que nos ha movido a insistir una vez más en una de las facetas del tan amplio y conocido tema de las apendicitis agudas.

Hemos basado nuestro estudio en 458 casos de A. A. R., entresacados de 1.907 apendicitis agudas habidas en el Servicio de Aparato Digestivo de la Casa de Salud Valdecilla desde el año 1930 a 1952, ambos inclusive. De estos 458 casos de A. A. R., la sintomatología clásica de las apendicitis sólo se presentó en el 37 por 100, e incluso en muchos de ellos la intensidad del dolor era muy escasa, lo cual pudo hacer pensar que, aun tratándose de una apendicitis, ésta fuera muy leve o estuviese en regresión. Por eso, en estos casos es donde más deberíamos recordar "que la apendicitis no tiene más tratamiento que la operación". Un caso muy demostrativo, en el que se presentó una sintomatología muy escasa, y sin embargo correspondía a una apendicitis perforada, es el siguiente:

Caso F. G. R., enfermo de veintinueve años.
Antecedentes familiares y personales sin interés.
Nunca cuadro igual ni parecido.

Historia actual.—Hace cuarenta y ocho horas comenzó con un dolor muy ligero y llevadero en región infraumbilical, progresivo desde el comienzo, sin llegar nunca a ser fuerte. A las pocas horas del comienzo se hizo decreciente para llegar a desaparecer por completo hace cinco horas; actualmente sólo le molesta algo en fosa iliaca derecha si se mueve. No náuseas ni vómitos. No sabe si tuvo fiebre; escalofríos. Deposición, normal; ventoseó últimamente; bien de orina.

Exploración.—A la llegada a nuestro Servicio tenía 36,8° de temperatura y 84 pulsaciones rítmicas al minuto. En la exploración abdominal, el único dato positivo recogido es un ligero dolor a la palpación profunda en tercio externo de fosa iliaca derecha; con el psoas contraído no aumenta el dolor provocado. Blumberg, negativo. Al tacto rectal, ligero dolorimiento hacia la derecha del Douglas. Fórmula y recuento leucocitario: Leucocitos, 16.500; metamielocitos, 2; cayados, 6; segmentados, 83; linfocitos, 8; monocitos, 1. Análisis del sedimento de orina, normal.

En la intervención nos encontramos con un apéndice retrocecal y retroperitoneal que cruza el músculo psoas y perforado en su tercio distal. En el postoperatorio, infección profunda de la herida, y se le dió el alta por curación a los treinta días.

Este es un caso bien demostrativo de la escasa sintomatología de las A. A. R. aun siendo perforadas. El enfermo pudo hacer su vida ordinaria, pues sólo sentía ligeras molestias en fosa iliaca derecha al andar, así como un estado general malo e inapetencia. La persistencia de estas molestias ligeras fué lo que le hizo consultar con su médico de cabecera. En este enfermo no existía ni el llamado por IRANISSEVICH "el síndrome mínimo de las apendicitis", que según él es el dolor espontáneo y provocado.

En general, debemos recordar que ante un enfermo con molestias abdominales imprecisas, generalizadas por todo el vientre, aunque por lo general algo más intensas hacia fosa iliaca derecha, que éstas no vayan en aumento, sino por

el contrario, decreciendo, y a la vez se acompañan de náuseas o vómitos, más bien precoces, y en no pocas ocasiones de escalofríos, debemos pensar en las A. A. R. Si en la exploración no encontramos los signos clásicos de las apendicitis, habrá que explorarlas en el sentido de una retrocecal, palpando hacia el tercio externo de la fosa ilíaca derecha y vecindad de la cresta ilíaca, y aun más en la región dorso-lumbar del mismo lado. Puede suceder que el dolor fuese mínimo incluso en estas zonas, que no existiese el dolor de rebote ni aumento del dolor a la contracción del psoas, que el tacto rectal fuese totalmente negativo; pero con esta sintomatología tan escasa el enfermo presentará un estado general deficiente, fiebre febril, lengua saburral, total inapetencia y frecuentemente una alta leucocitosis con neutrofilia, que será la señal de alarma que nos recuerde que nuestra postura no debe ser el cruzarnos de brazos con un tratamiento expectante, sino que, ante la duda, operar.

De nuestros 458 casos, sólo 107, o sea el 23,36 por 100, vinieron al Servicio de Urgencia con el diagnóstico previo del médico de cabecera de apendicitis aguda, y en ninguna de ellos se menciona la posibilidad de que se tratara de una retrocecal. Otros casos fueron enviados con diagnósticos como éstos: afección renal, fiebre tifoidea, absceso de vientre, perforación gastroduodenal y ataque psicógeno. En 24 casos (5,24 por 100) el diagnóstico fué de abdomen agudo, y en los restantes, hasta un total de 458, no se especificaba diagnóstico alguno. En nuestro Servicio, tres casos fueron diagnosticados: uno, de perforación gastroduodenal; otro, de probable diverticulitis de Meckel, y otro, de íleo por ascárides, y todos los demás se intervinieron con un diagnóstico cierto o probable de apendicitis aguda. Sólo en 31 casos, o sea en el 6,55 por 100, se sospechó la localización retrocecal del apéndice.

SIGNOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LOCALIZACIÓN DEL APÉNDICE

Han sido varios los autores que han descrito signos, más o menos característicos, para hacer un diagnóstico de presunción sobre la localización del apéndice y las afecciones agudas de este órgano.

DEOLINDO, en su artículo sobre el diagnóstico topográfico de las apendicitis agudas, basado en 16 observaciones, habla del valor de la disociación de la temperatura rectal y axilar como dato importante para el diagnóstico de localización del apéndice. En los casos en que la disociación fuera superior a un grado, correspondería a un apéndice libre con peligro de peritonitis generalizada. Pero en el caso contrario, que fuese inferior a un grado, habría que pensar en un apéndice subseroso y fijo, pre y principalmente retrocecal. Este dato, aunque no de un valor definitivo, creemos debe tenerse en

cuenta. En 100 casos consecutivos de apendicitis agudas comprobadas operatoriamente, observamos la disociación de la temperatura axilar y rectal; ésta fué superior a un grado en 58 de los 67 casos en que el apéndice era libre; en cambio, de los 37 restantes con apéndice fijo, en 26 la disociación era inferior a un grado. De estos 100 casos de apendicitis agudas, 27 eran retrocecales, y en 23 (todos ellos eran apéndices fijos) encontramos este dato positivo de inferioridad de un grado en la disociación de la temperatura.

Interesa recalcar la importancia de esta observación hecha por DEOLINDO para el diagnóstico de un apéndice fijo, sea la localización que fuera. Tengamos en cuenta que la mayoría de los apéndices retrocecales son fijos y, por tanto, este dato nos puede servir para pensar en favor de esta localización. Este hecho lo toma también en consideración MONDOR en un capítulo dedicado a las A. A. R.

KERENGAL describe una prueba interesante para la localización del apéndice retrocecal, que es el dolor específico en la fosa ilíaca derecha, colocando al enfermo en decúbito lateral del mismo lado.

BRUNO COHN llama nuestra atención sobre los síntomas que son característicos de las apendicitis retroperitoneales, debidos a una irritación del músculo psoas. El paciente yacerá con la pierna derecha flexionada para relajar el psoas, y sin hacer intento de extensión porque le causará gran dolor.

El dolor es más impreciso en las apendicitis retrocecales, según IRONS, que en otras localizaciones; pero es característica suya el máximo en el flanco derecho, y va asociado con espasmo muscular y dolorimiento. La palpación abdominal anterior puede revelar poco: únicamente si el paciente es colocado con las extremidades en flexión máxima; con esta maniobra, el ciego viene hacia delante y el dolorimiento en fosa ilíaca derecha aumenta con la flexión, con ningún cambio o decrecimiento de los signos posteriores.

ALTSCHULLER, en 1938, describe un signo diagnóstico para las A. A. R. Como en otras formas de apendicitis, el dolor abdominal generalizado, comenzando agudamente en la región del estómago, es el síntoma principal. El examen revela una distensión abdominal, no espasmo muscular y nada de dolorimiento. Solamente una muy profunda presión sobre el punto de McBurney produce ligero dolorimiento en algunos casos. En muchos de éstos, un diagnóstico no puede ser hecho al comienzo. En todos, el autor ha encontrado un signo absolutamente de relieve: dolorimiento y espasmo muscular circunscrito localizado sobre el margen derecho de la pelvis. El tercero, cuarto y dedo meñique de la mano izquierda, son colocados sobre la margen inferior del íleon, y el dedo índice y pulgar izquierdo, sobre el margen interno. Si el dedo índice se mueve gradualmente sobre las

partes blandas, desde la espina anterosuperior hacia abajo, cada caso de A. A. R. muestra un área pequeña de una sensibilidad muy dolorosa. En los casos graves hay también un espasmo muscular muy localizado en el mismo sitio: una vez muy alto y otras más abajo. El abdomen, por lo general, no es sensible a la presión, faltando los clásicos puntos de dolorimiento. El contraste es en particular saliente cuando el lado izquierdo es examinado de la misma manera y no se obtiene el mismo dolorimiento.

Para COLLINS, el signo más llamativo fué la producción de intenso dolor, por continuada y profunda presión sobre el flanco derecho, lateralmente al músculo psoas.

WILLIAMS describe una maniobra, que consiste en colocar al enfermo en decúbito prono y palpar el abdomen en esta posición. La palpación suave de la fosa ilíaca derecha en un paciente afecto de A. A. R. situado en aquella posición, provocará un dolor muy acentuado.

MONDOR aconseja la palpación bimanual vecina a la cresta ilíaca, colocando al enfermo en decúbito, lateral izquierdo.

También se ha descrito otro signo colocando al enfermo en decúbito supino, pero con las piernas colgando fuera de la mesa de exploración. En los casos de A. A. R., al presionar sobre la fosa ilíaca derecha, aumenta la intensidad del dolor.

Nosotros hemos experimentado todas estas exploraciones. Algunas de ellas, como la última citada, y la de IRONS, representan una verdadera molestia para el enfermo y, sin embargo, no nos reporta una gran utilidad en el diagnóstico de la localización del apéndice. Creemos como de más valor la prueba de ALTSCHULLER, pero también la hemos obtenido positiva en otros casos de apendicitis que no eran retrocecales, por lo que no la podemos considerar como de un valor definitivo aunque sí de gran relieve. De nuestra experiencia hemos sacado la conclusión que no se puede hablar de ningún signo que sea típico de las A. A. R.; todos tienen un valor relativo y sólo acompañados de otros datos y síntomas pueden orientarnos sobre la posible localización apendicular. En 100 casos de apendicitis agudas consecutivas hemos probado un signo que creemos de gran valor, aunque tampoco definitivo, pues en 27 de estos casos, que eran retrocecales, este signo fué francamente positivo en todos; pero en los 73 casos restantes, que correspondían a otras localizaciones, se presentó en 17 de ellos. Consiste en un aumento evidente de la intensidad del dolor a la presión, a medida que se va palpando desde la línea media infraumbilical hacia la derecha y afuera, siendo el dolor máximo en la vecindad de la cresta y espina ilíaca anterosuperior. Junto a esto, comprobamos un ligero dolor a la palpación profunda en la región dorso-lumbar del mismo lado. En algunas ocasiones, además del dolor, se presenta también un au-

mento de la rigidez muscular con máximo en la región vecina a la cresta ilíaca derecha.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Las apendicitis en general constituyen una afección dentro del amplio grupo de síndromes dolorosos de la fosa ilíaca derecha, lo que nos hace comprender que siempre se puede presentar, ante ella, el problema de diagnóstico diferencial con un gran número de afecciones. Pero aparte de esto, según su localización y relaciones con los órganos vecinos, variarán sus manifestaciones clínicas, por lo que siempre debemos estar prevenidos contra esta modificación de los síntomas, que nos hará pensar en otros procesos antes de llegar al diagnóstico final de apendicitis.

DOMINGO PRAT nos señala las diferentes enfermedades sobre las que debemos hacer el diagnóstico diferencial según la localización del apéndice: a) Apendicitis localizada a la izquierda: diferenciarla con la sigmoiditis y perisigmoiditis. b) Situación abdominal alta: diferenciarla con afecciones agudas del hígado o vesícula, con abscesos del colon o perinefritis. c) Pélvicas, especialmente con afecciones genitales y a veces también urinarias (cistitis, etcétera). d) Retrocecales: en esta posición la sintomatología se hace hacia la fosa lumbar y sobre la cresta ilíaca derecha. El diagnóstico se establece entre apendicitis posterior o laterocecal, cólico nefrítico y perinefritis). e) Apéndice con sintomatología atípica, que aun estando en posición anormal, está envuelto y aislado por epíplon o por el íleon; en todos estos casos en que el apéndice está aislado del peritoneo parietal o visceral, el proceso se desarrolla en dos etapas netas: una, tórpida, bastante apagada, y otra segunda etapa, donde los síntomas son ruidosos, francamente peritoneales, porque la inflamación y el pus han roto las barreras de empastamiento y han invadido la cavidad peritoneal libre.

IRONS acentúa el hecho de que aun cuando una parte de apéndice inflamado está contactando con el uréter derecho, la apendicitis puede simular un cólico renal; además del dolor en flanco derecho, a veces se acompaña de irradiación al testículo, e incluso hematuria y escalofríos. PI-FIGUERAS también señala la particularidad que las A. A. R. presentan síntomas urinarios, disurias, dolor irradiado a genitales, etcétera, en algunos casos.

El diagnóstico diferencial en este tipo de apendicitis es lo más importante, según BUSHER; en ocasiones, la posibilidad de una vesícula enferma puede estar dentro del cuadro; los análisis y la historia previa, así como la irradiación del dolor, junto a la colecistografía si el tiempo lo permite, nos ayudará bastante.

De nuestra experiencia hemos sacado la conclusión de que el problema del diagnóstico di-

ferencial en las A. A. R. se presenta casi en el 90 por 100 con las afecciones de vías urinarias, y muy en especial con el cólico nefrítico. En el restante 10 por 100 se hizo con afecciones ginecológicas, vesiculares, a veces hepáticas, cecocolicas (invaginación) y, muy rara vez, con procesos correspondientes a la región retroperitoneal, aparte de los urinarios.

No nos detendremos en hacer la descripción del diagnóstico diferencial con cada una de las enfermedades que pueden simular una apendicitis, pues además de llevarnos demasiado lejos se sale del tema y en cualquier libro de texto podemos encontrarlo. Vamos a referirnos especialmente a las afecciones con las que con más frecuencia se nos ha presentado este proceso diagnóstico, cuales son las urinarias y en especial las nefro-ureterolitiasis.

En las A. A. R. pueden presentarse síntomas como dolor en región ilíaca inguinal, dolor en región lumbar con irradiación al testículo, escalofríos y fiebre alta, oliguria o micción frecuente de la orina, hematuria e incluso células de pus en el sedimento, que pueden simular en todos los aspectos un cólico nefrítico, una pielitis o una hidronefrosis. El apéndice tiene con el riñón relaciones anatómicas y fisiopatológicas que hacen que al inflamarse aquél puedan presentarse síntomas urinarios. Pero fácilmente comprenderemos que en el apéndice retrocecal estas relaciones anatómicas son mucho más íntimas; aparte de las relaciones vasculares linfáticas y nerviosas, son las de contigüidad las que más nos interesan para nuestros casos. Un apéndice retrocecal está en relación íntima con el uréter por intermedio de la serosa peritoneal, relación estudiada por LEROY; pero en casos de ptosis renal, por ejemplo, puede estar en contacto directo con el riñón derecho, mucho más aún si se trata de un apéndice retroperitoneal. Al inflamarse el apéndice, si está en relación directa de contigüidad con el uréter, da lugar a periuretritis, e incluso uretritis, con alteración en el sedimento de orina en el sentido de hematuria y piuria. Y si junto a esto los síntomas, como el dolor y sus irradiaciones, son parecidos a los del cólico nefrítico, se diagnosticará como tal y se entretiene una apendicitis que en gran número de casos seguirá su evolución hacia la perforación, aumentando por lo tanto el riesgo de mortalidad. Ante la duda diagnóstica y la necesidad imperiosa de tomar una decisión, podemos recurrir a otros signos y pruebas que son de gran valor. Ya dijimos más atrás que, aun siendo el cuadro sintomático de tales características, igual puede pertenecer a una A. A. R. que a una afección urinaria, el análisis de orina nos podrá resolver el problema; pero no siempre, pues es muy frecuente que puedan existir periuretritis y uretritis en esta localización del apéndice y, por lo tanto, las alteraciones de la orina pueden estar asimismo presentes en una u otra afección. Ade-

más, las apendicitis retrocecales pueden acompañarse de verdaderos cólicos nefríticos y el dolor que presentan ser debido a la obstrucción del uréter, ya que, como señala McLEO, una posición retrocecal relacionada de cerca con el uréter derecho favorece la obstrucción de éste. Esta relación puede llegar a ser muy intensa; SIURKUS publicó, en 1941, un caso de perforación de un apéndice retrocecal dentro del uréter.

En las uretrolitiasis, la fiebre y leucocitosis son insignificantes en comparación con las apendicitis. En las pielitis del riñón derecho, el dolor poco preciso y dolorimiento difuso o más acentuado a nivel del ángulo costovertebral; la ausencia de signos de irritación peritoneal y presencia de piocitos en orina, así como una fiebre muy alta, hablan en favor de esta afección. En casos de hidronefrosis intermitente del riñón derecho, suele haber tenido accesos anteriores semejantes, que se siguieron de copiosa micción de orina, los cuales provocaron la completa desaparición de los síntomas, puede palpase además una gran masa situada en el lado derecho del abdomen, así como el signo de peloteo renal.

En estos casos de confusión diagnóstica podemos recurrir a un signo de gran valor según nuestra propia experiencia. Me refiero particularmente a la prueba de San Martino. ARANGUENA, en un interesante trabajo publicado en la REVISTA CLÍNICA ESPAÑOLA, expone el mecanismo fisiológico e indicaciones de esta prueba, por lo que no nos detendremos más que en referir los resultados obtenidos por nosotros en los casos en los que nos hemos servido de ella para el diagnóstico diferencial de las A. A. R. con las afecciones urinarias. Hemos experimentado esta prueba en 100 casos consecutivos de apendicitis agudas, entre ellas 27 retrocecales, y en todas el dolor abdominal espontáneo o provocado no se modificaba, o a lo sumo disminuía algo al verificar la dilatación anal. En cambio, hemos explorado siete enfermos que vinieron a nuestro Servicio de Urgencia con el diagnóstico del médico de cabecera de apendicitis agudas. En ellos, el dolor espontáneo y provocado desapareció totalmente al verificar esta prueba, lo que junto con otros datos nos hizo sospechar la posibilidad de que se tratase de una afección urinaria. Vistos por el Servicio de Urología, nos confirmaron el diagnóstico sospechado por nosotros.

La pielografía, caso de resultar positiva, tiene un valor casi definitivo; pero también supone una demora para el tratamiento quirúrgico si se trata de una apendicitis.

BIBLIOGRAFÍA

- ALTSCHULLER, S.—Lancet, 1, 891, 1938.
ARANGUENA, C.—Rev. Clín. Esp., 38, 24, 33, 1950.
BRUNN, H.—Surg. Gyn. and Obst., 63, 583, 1936.
BUSHNELL, H.—Minnesota Med., 14, 717, 1931.

- COLLINS, D. C.—Ann. Surg., 96, 1,044, 1932.
DEOLINDO, C. M.—Bull. Mem. Soc. d. Chir. de Paris, 21, 15, 1929.
IRANISSEVICH, O. y FERRARI, R. C.—Bol. de I. Clin. Quir., 9, 39, 1933.
IRONS, A. S. y PERKINS, R.—Am. J. Surg., 49, 250, 1940.
MONDOR.—Diagnostic Urgents, 1933.
PI-FIGUERAS.—Apendicitis agudas, 1941.
WILLIAMS, V. T.—J. Missouri Med. Ass., 36, 126, 1939.

SUMMARY

Diagnosis of acute retrocecal appendicitis is analysed. Emphasis is laid on the most characteristic symptoms of this condition and on its differential diagnosis from other conditions.

ZUSAMMENFASSUNG

Man analysiert die Diagnose der akuten retrocecalen Appendicitis und macht auf die charakteristischen Symptome dieser Affektion sowie auf die Differentialdiagnose mit anderen Prozessen hin.

RÉSUMÉ

On analyse le diagnostic des appendicites aigües rétrocaecales, insistant sur les symptômes caractéristiques de cette affection et sur le diagnostic différentiel avec d'autres processus.

NOTAS CLINICAS

TUBERCULOSIS INTESTINAL PERFORADA

J. PÉREZ GIEB y A. VIÑUELA HERRERO.

Médicos Internos.

Casa de Salud Valdecilla.
Servicios de Aparato Digestivo y Anatomía Patológica.
Jefes: Doctores GARCÍA-BARÓN y OLIVA PRIEGO.

Al presentar este caso llamamos la atención sobre la escasez de publicaciones similares, así como sobre su semejanza con los cuadros comúnmente descritos de tuberculosis intestinal.

HISTORIA CLÍNICA.

Enfermo A. B. S., de veintisiete años, soltero.

Antecedentes familiares sin interés.

Antecedentes personales.—Hace seis años, pleuresia del lado derecho, de la que se trató y al parecer quedó bien.

Historia actual.—Hace veinticinco días comenzó con dolorimiento abdominal, algo más localizado hacia fosa iliaca izquierda, pero también le dolía en todo el resto del vientre. Dolor muy llevadero y como de opresión; no pinchazos ni retortijones, aunque tenía ruidos hidroaéreos muy frecuentemente. No hizo nada por calmarlo. No formación de bultos en el vientre. El dolor no guardaba relación con el horario de las comidas ni con las deposiciones.

El dolorimiento abdominal se ha ido haciendo más difuso y menos intenso, teniendo actualmente sólo una ligerísima molestia.

Deposición diaria normal. Orinas algo escasas y encendidas. Sensación febril, pero nunca se ha puesto el termómetro; sudoración profusa, más abundante por las noches. Malestar general y astenia generalizada, que últimamente le hizo guardar cama. No ha guardado régimen ni se ha medicinado.

Exploración general.—Enfermo de tipo asténico con muy escaso padículo adiposo. Facies peritoneal. Aspecto febril recubierto de sudoración viscosa. Palidez general de piel y mucosa. Temperatura, 38°; pulso, 100 pulsaciones débiles.

Exploración abdominal.—Respiración abdominal nor-

mal. No hay contractura. Duele discretamente al palpar por todo el vientre, pero sin que haya zona selectiva del dolor. Bazo no se palpa, pero se percute, y el hígado parece que está algo aumentado de tamaño. A veces da la sensación de iniciarse oleada ascítica. Matidez hepática conservada. Signo de Blumberg francamente positivo.

Fórmula leucocitaria.—Leucocitos, 19,500; cayados, 27 por 100; segmentados, 52 por 100, y linfocitos, 21 por 100. Velocidad sedimentación: primera hora, 6 mm.; segunda hora, 18 mm.

Nos encontramos, pues, ante un enfermo con un cuadro abdominal muy impreciso de veinticinco días de evolución y con unos datos de exploración en los que, aparte de su facies peritoneal, lo único demostrativo es el aumento del tamaño del hígado y del bazo, así como el signo de Blumberg positivo. Hay una franca leucocitosis con desviación a la izquierda y aumento de la velocidad de sedimentación.

Lo evidente es que se trata de una peritonitis, pero desconocemos la causa de la misma. Dado el mal estado general que presenta el enfermo, y antes de decidir la intervención, se hace un tratamiento intensivo con antibióticos, hidratación con transfusiones de sueros y plasma y tónicos cardíacos. A las pocas horas de su ingreso fallece con un cuadro de colapso periférico irreversible.

Informe de autopsia.—Hombre de veintisiete años en mal estado de nutrición, pero con buen desarrollo muscular. No se obtiene ningún otro dato por inspección.

Cráneo.—Nada anormal.

Tórax.—Pulmón derecho: adherencias en toda la superficie pleural; al corte, zonas atelectásicas. Pulmón izquierdo: ligeras adherencias, más fuertes en el vértice, donde hay una zona dura, tamaño de una nuez, color rojo oscuro, ulcerada en el centro, de donde sale pus amarillo cremoso. Está situada debajo de la pleura y hay otra zona semejante un poco más abajo, no tan superficial sin pus. Corazón, grandes vasos y mediastino, normales.

Abdomen.—En la cavidad peritoneal aparece una pequeña cantidad de líquido grisáceo de aspecto sucio. Hígado, cápsula adherida al diafragma. Algo aumentado de tamaño. Al corte, normal. Intestino delgado: A unos 50 cm. del ciego aparece un divertículo de Meckel grueso como un pulgar y el doble de largo; el vértice, de color rojo vivo, presenta signos de inflamación. Todo el intestino tiene un color rojo vinoso. En la base de im-