

FRECUENCIA DE LA APENDICITIS
AGUDA EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS
DE LA VIDA

M. DE JUAN MARTÍN.

Casa de Salud Valdecilla.

Servicio de Aparato Digestivo. Jefe: Doctor GARCÍA-BARÓN.

Médico Ex Interno del Servicio. Médico Ex Becario del
Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Logroño.

GENERALIDADES.

Durante mucho tiempo la apendicitis aguda en las últimas décadas de la vida ha sido considerada como cuestión poco menos que inexistente. A la divulgación de este falso criterio contribuyeron mucho las palabras de SELBERG en 1919 principalmente, que creía que era tal su rareza que lo más aconsejable era no pensar en ella. VIERARD sostuvo que era rarísima desde los 40 años y SPRENGEL se expresó de manera semejante. LOEBL se coloca en una posición más favorable al admitir que es muy rara, pero que merece extraordinaria atención.

En los últimos años se está procediendo a una revisión de este problema y los resultados son ciertamente interesantes.

A pesar de todo ello, la apendicitis aguda en los viejos no deja de ser hoy en la práctica, para muchos, una rareza de la que se ocupa de tarde en tarde la literatura médica y, desde luego, las verdaderas dimensiones del problema, patentemente demostradas por los artículos de eminentes autores, y por la fría elocuencia de las estadísticas, dista mucho de haber calado hondo en la conciencia de las gentes y de los mismos médicos.

Es necesaria la vuelta de nuestra atención hacia el apéndice y hacia las apendicitis agudas para darnos cuenta de que en el decisivo progreso que sobre tal cuestión se ha obrado en los últimos tiempos han quedado algunas lagunas, una de ellas, sin duda, la verdadera frecuencia de la apendicitis en las últimas décadas de la vida. Las series publicadas son cada vez más numerosas, y lo que es de más valor, los porcentajes son cada vez más elevados a medida que médicos y cirujanos acuden en más número a enfrentarse con desconfianza ante el problema del abdomen agudo en el viejo.

Las condiciones especiales que la vejez impone a la fisiopatología y, en definitiva, a la propia vida, traen como consecuencia las dificultades diagnósticas de tanta trascendencia en la apendicitis aguda que por esas razones pasa tantas veces inadvertida. Díganlo si no los errores diagnósticos, los hallazgos accidentales en otros tipos de operaciones y más crudamente las enseñanzas de las necropsias.

Evidentemente, la apendicitis aguda es me-

nos frecuente en los viejos que en las otras edades, pero no es tan infrecuente como se cree. Es necesaria una divulgación de esta gran verdad. Hace años, las persistentes campañas sobre la apendicitis aguda en general, despertaron de su letargo de siglos a médicos y a profanos, y ya es hora que también todos despertemos sobre el problema más restringido si se quiere, pero todavía más desastroso de la apendicitis en los ancianos.

Además, lo de la poca frecuencia de la apendicitis aguda senil es asunto que hay que mirar con calma. La escasa cantidad de casos no tiene gran valor para apoyar esta hipótesis, ni tampoco el pequeño porcentaje en relación con otras edades, sino lo que parece más exacto es valorar el tanto por ciento de apendicitis aguda dentro del número de gente vieja. (En nuestra estadística valoramos como apendicitis agudas en las últimas décadas de la vida a las habidas desde los 50 años, usando en ocasiones el término viejos siempre con amplitud y en razón de su brevedad.) Esto ya hace cambiar todo porque los ancianos son mucho menos que los jóvenes (según LOEBL, sólo el 16,4 por 100 de los nacidos pasaban de los 51 años) y porque muchos viejos ya fueron apendicectomizados en su juventud. Más exacto aún sería no el tanto por ciento de apendicitis por décadas, sino el tanto por ciento de apendicitis por décadas dentro del total de enfermos no apendicectomizados a esa edad. Conforme a estos datos podrían hacerse las verdaderas estadísticas y entonces veríamos con asombro que la pretendida escasa frecuencia es más que relativa.

Hoy que tanto se habla de Geriatria y que por añadidura la vida es más larga, cobra más interés este problema. Según BROOKS en 1850, en los Estados Unidos la vida media era de 39 años para los hombres blancos y de 40 para las mujeres blancas, siendo el 2,6 por 100 de la población de más de 65 años. En 1931, la vida media era de 59 y 62, respectivamente, siendo el 5,4 por 100 de la población superior a los 65 años. Según BANCROFT, la población de los Estados Unidos entre 60 y 64 años era, en 1850, el 6 por 100; en 1900, el 9 por 100, y en 1930, el 11 por 100. Según dicho autor, en 1943 ya existía en dicho país la nada despreciable cifra de seis millones y medio de personas de 65 o más años. También son muy ilustrativos los datos de GROOM. Desde comienzos de siglo, el margen de existencia ha aumentado constantemente, recayendo el aumento principalmente en las últimas décadas de la vida, pues de 1930 a 1940, el total de la población aumentó sólo el 7 por 100, mientras que el incremento entre 65 y 74 años alcanzó el 35 por 100 y fué del 38 por 100 en personas de más de 75 años. Con estos datos se ha calculado que en los Estados Unidos, cuando llegue 1980, el 40 por 100 de sus habitantes pasará de los 45 años y el sec-

tor de población de más de 65 será de un 14 por 100, o sea nada menos que 22 millones de personas.

La frecuencia según la edad.—Como es sabido, la Apendicitis Aguda (A. A.) tiene una curva característica en su frecuencia con relación a la edad. Va aumentando desde el 15 día del nacimiento hasta los 15 años, con un estacionamiento hacia los 30, con lento período regresivo hasta los 45-50 años, en que disminuyendo bruscamente comienza después una curva suave y paulatinamente decreciente.

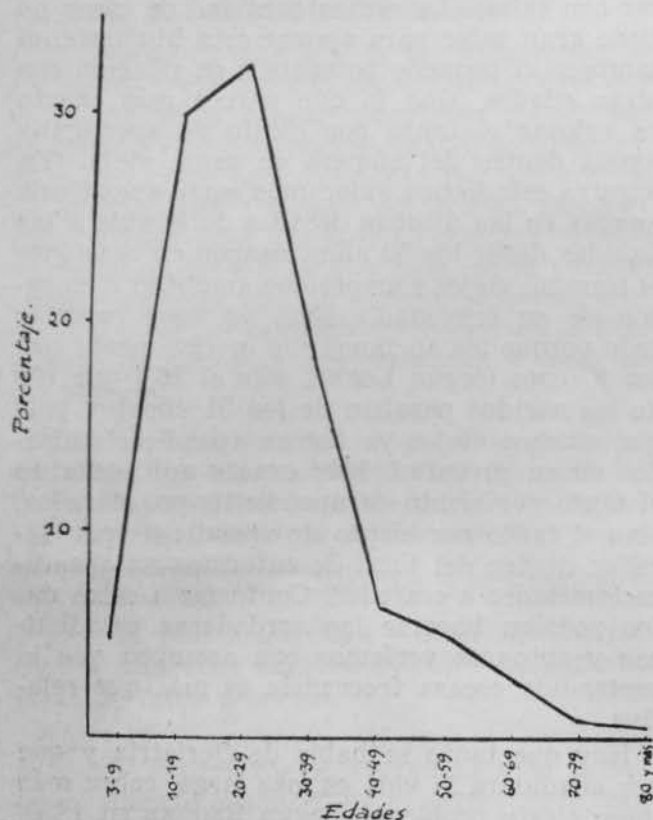


Fig. 1.—La frecuencia por décadas de la apendicitis aguda en la Casa de Salud Valdecilla durante el decenio 1941-1950.

Así, pues, la edad de mayor frecuencia es de los 20 a 30 años. FITCH envió un cuestionario a 100 hospitales y cirujanos de Norteamérica y una de sus preguntas era en qué decenio tenía mayor porcentaje la apendicitis aguda. Todas las respuestas, a excepción de cinco hospitales, fueron a favor de la década 20-30 años, y esos cinco hospitales lo hicieron a favor de los 10 a 20 años.

Los extremos de la vida se caracterizan por la poca frecuencia. Así, por ejemplo, BARROW en 1.039 casos de apendicitis aguda tuvo sólo 100 enfermos menores de 10 años y mayores de 60, lo que constituye un 9,6 por 100 del total. MAES y MAC FETRIDGE señalan que el número de casos en la infancia es de un quinto o menos del número total, y que el número de adultos mayores de 40 años es menor de un décimo del total. Vemos, pues, que la apendicitis aguda en las últimas décadas de la vida es aún más infrecuente que en los comienzos de ésta.

En la figura 1 puede verse el porcentaje de apendicitis agudas por décadas en el material de la Casa de Salud Valdecilla durante el decenio 1941-1950. La curva de frecuencia se eleva bruscamente desde los 9 años, alcanza el máximo de la segunda a la tercera década, inicia un descenso brusco desde los 30 años y a partir de los 49 éste se hace más suave y gradual. Esta curva, o muy semejante, se repite en casi todas las estadísticas.

La frecuencia según la literatura.—Que hay discrepancia sobre este punto puede verse en la tabla I, donde las cifras oscilan entre 0,4 y 23 por 100. Mucho de este desacuerdo en cuestión de frecuencia depende de las diferencias de edad tope para hablar de A. A. en las últimas décadas de la vida; pero aun en los autores que fijan una misma edad tope, los porcentajes varían bastante, pues admitiendo la misma edad de 50 años que hemos elegido como la más adecuada, hay variaciones entre 1,9 a 16 por 100.

TABLA I

FRECUENCIA DE LA APENDICITIS AGUDA EN LA EDAD AVANZADA

(Datos de diversos autores.)

AUTORES	% de apend. aguda en pacientes de edad avanzada	Edad límite
ARGÜELLES	2,0	50
ARNOLD	7,6	50
ARMSTRONG	3,0	50
BOCKUS	10,0	40
BOYCE	10,0	40
BARÓN	7,0	50
BOLAND	9,6	40
BROWN	15,1	40
BARROW	9,6	40
BONDARENKO	14,2	40
CASTIGLIONI	0,5	60
COLLINS	4,1	40
CUADRADO	4,5	45
CUTLER	7,2	50
DARLING, MONROE y MAC IVER.	15,5	50
DAVIS y asociados	3,4	50
DE BOVIS	6,0	50
DEP. QUIR. HOSP. KANTOR	5,0	50
DUBS	5,0	50
ELIASON y FERGUSON	5,0	50
FITCH (series propias)	11,4	40

Otros hospitales:

Montreal General	4,2	50
Boston City	4,0	50
Massachusetts General	4,2	50
Indianápolis	10,0	50
Cleveland Clinic	8,0	50
Lakeside	7,0	50
Terre Haute	5,0	50
Meridian, Miss.	3,0	50
Denver	9,0	50
Rochester, Minn.	9,0	50
Brattleboro Vt.	3,0	50
Minneapolis.....	6,0	50
Hanover, N. H.	2,9	50
FLORCKEN y RIEMANN	8,9	50
FRIEDENFELT	7,2	50

AUTORES	% de apend. aguda en pacientes de edad avanzada	Edad límite
GREVILLIUS	4,8	40
GREEN y WATKINS	8,7	50
HERZOG	6,0	50
HOLMANN y asociados	16,0	50
JENNINGS y asociados	3,5	50
KRAMER	4,0	60
KORGANOV y KAPRIVINA	1,9	50
LOEBL	3,6	50
LEHMANN	0,7	40
MAYLARD	1,8	60
MERIEL	6,0	55
MAES (1925)	3,9	40
MAES y asociados	23,0	40
MENSA	5,2	60
MIANGOLARRA	9,9	40
MOLONEY y cols.	8,0	55
NOTHNAGEL	5,3	50
PHILIPOVICZ	2,7	50
PIULACHS y PLANAS GUASCH ..	4,0	45
POWERS	14,9	"
PATRY y HEER	2,9	40
PATTISON	6,0	50
RAY y WALKER	3,3	50
RAY	0,6	60
ROSSATI	0,4	60
RAVIM y asociados	7,8	50
REID	4,4	50
SANTO TOMÁS COBOS	3,4	50
STALKER	1 a 2,0	60
STEFANELLI	8,3	40
SIMPSON	1 a 2,0	60
SEIFERT y AUGUSTUS	2,9	50
STROHL y SARVER	10,0	50
SLATTERY y asociados	7,2	50
TREWES	3,4	50
TAYLOR	1,5	60
TAMANN y LOHMANN	5,9	50
VOLKMANN	10,0	50
ZANELOTTI	12,3	50
NOSOTROS	6,7	50

Frecuencia y decenios seniles.—Respecto de la frecuencia de la apendicitis aguda por decenios o por quinquenios seniles, MAES, BOYCE y MAC FETRIDGE encuentran 57 casos de 40 a 50 años; 24, de 50 a 60; 10, de 60 a 70, y 9, de 70 a 80. HOBLER encuentra un 1,9 por 100 de 51 a 55 años, 1,5 por 100 de 56 a 60, 1,2 por 100 de 61 a 65, un 0,66 por 100 de 66 a 70 y otro 0,66 por 100 de 71 a 80.

Nosotros hemos encontrado 57 casos de 50 a 54 años (39,8 por 100); 30, de 55 a 59 (20,9 por 100); 25, de 60 a 64 (17,4 por 100); uno, de 65 a 69 (0,6 por 100); 10, de 70 a 75 (6,9 por 100); 6, de 75 a 79 (4,1 por 100), y uno, de 80 años (0,6 por 100).

La frecuencia en nuestro material.—Entre 1.875 A. A. con comprobación operatoria habidas en la Casa de Salud Valdecilla desde su fundación hasta 1952, ha habido 143 casos de más de 50 años, lo que representa un 6,88 por 100, cifra prácticamente semejante a la obtenida por mi maestro, el doctor GARCÍA-BARÓN, en 1935. Esta cifra es también la más usual en la literatura.

En la figura 2 puede verse la curva de frecuencia de la apendicitis aguda en nuestro material a partir de los 50 años. Puede observarse que el descenso es bastante rápido hasta los 60 años, hay un discreto aumento hacia los 64 años y luego lentamente disminuye hasta los 80, que es el caso de más elevada edad de nuestra casuística.

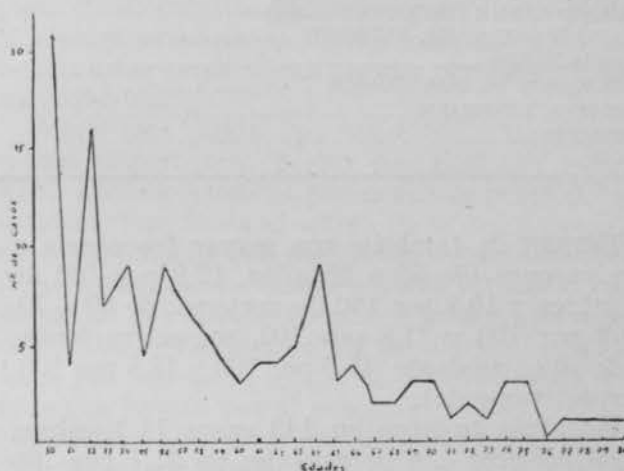


Fig. 2.—Curva de frecuencia de la apendicitis aguda en enfermos de más de 50 años en la Casa de Salud Valdecilla.

En la figura 3 se representa el número de casos seniles de A. A. habidos anualmente en la Casa de Salud Valdecilla.

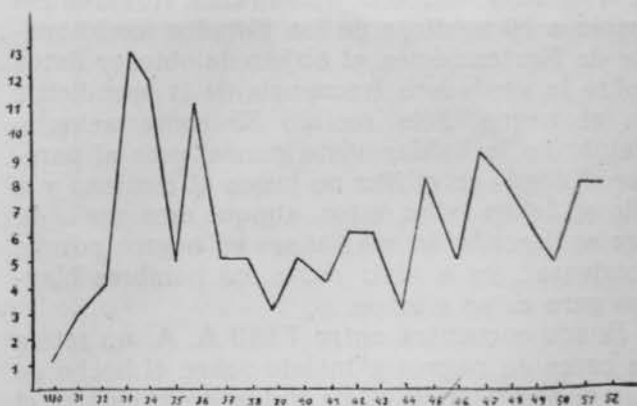


Fig. 3.—La frecuencia anual de la apendicitis aguda en personas de más de 50 años en la Casa de Salud Valdecilla desde su fundación.

Frecuencia y sexo.—Para gran cantidad de autores, la frecuencia por sexo es idéntica en la apendicitis aguda hasta la pubertad; de los 15 a los 25 años es doblemente frecuente en los hombres que en las mujeres. Luego gradualmente se borra la diferencia entre varones y hembras. Sin embargo, la generalidad de los autores observa que el predominio que en otras edades tienen los varones sobre las hembras continúa en los últimos años de la vida. Algunos, como MOLONEY, PIULACHS y PLANAS GUASCH y GARCÍA-BARÓN, dan una ligera preponderancia en la vejez o edades avanzadas al sexo femenino. Una relación de estos datos puede verse en la tabla II.

TABLA II

AUTORES	HOMBRES		MUJERES		Total
	Casos	Por 100	Casos	Por 100	
KRECKE	2	28,5	5	71,4	7
STALKER	49	59,7	33	40,2	82
TAMANN y LOHMANN	—	65,8	—	43,2	173
MAES y MAC FETRIDGE	142	63,3	82	36,6	224
MAES, BOYCE y MC FETRIDGE	—	66,0	—	33,0	100
GARCÍA-BARÓN	20	47,6	22	52,3	42
PIULACHS y PLANAS GUASCH	29	42,6	39	57,3	68
WOLFF e HINDMANN	—	53,0	—	47,0	88
NOSOTROS	74	51,7	69	48,2	143

PETREN da también una mayor frecuencia a los varones (de 50 a 60 años, 12,9 por 100 de hombres y 10,2 por 100 de mujeres; de 60 a 70, 14,2 por 100 y 11,3 por 100, respectivamente; y de 70 en adelante, 15,5 por 100 y 12,3 por 100, respectivamente).

Nosotros tuvimos en 143 casos 74 hombres y 69 mujeres con porcentajes de 51,7 por 100 y 48,2 por 100, es decir, con la misma ligera preponderancia que a favor del sexo masculino se encuentra en la mayoría de los autores.

Frecuencia y raza.—La bibliografía sobre la A. A. en el viejo es verdaderamente escasa, pero es muchísimo más la que trata de la apendicitis en el negro de avanzada edad. No hemos obtenido datos de otras razas. ROYSTER escribió a 50 médicos de los Estados meridionales de Norteamérica al objeto de obtener datos sobre la verdadera frecuencia de la apendicitis en el negro. Sólo recibió 35 contestaciones. Veinte no la habían visto nunca, pero al parecer el negro en el Sur no busca al cirujano y a ello se deben estos datos, aunque cree que cada vez se describirán más casos en negros porque comienzan ya a vivir como los hombres blancos para estos efectos.

BOYCE encuentra entre 7.613 A. A. un tercio de casos en negros e insiste sobre el hecho de que el negro viejo es de todos los pacientes el que ofrece mayores peligros, extrañándose de que habiendo tanto escrito sobre la A. A. se haya tratado tan escasamente la cuestión. PARSONS también se ocupa de ello en parecidos términos. También MATAS.

Según MAES y MAC FETRIDGE, la A. A. es más de tres veces más frecuente en los blancos que en los negros. Para ellos la incidencia en los negros en los extremos de la vida es menos de un cuarto de la incidencia total. En sus series sólo el 3 por 100 de los ancianos eran de color.

La frecuencia en los casos rurales y urbanos.—La relación de frecuencia entre los porcentajes de A. A. senil en zonas rurales y urbanas ha sido muy poco estudiada. POWERS, DARLING y cols. y MOLONEY y asociados se han ocupado de esta cuestión, que tiene interés en la mortalidad.

POWERS hace notar que el distrito de Otsego,

objeto de sus estudios, está enclavado en una zona rural con un 16,5 por 100 de población de más de 60 años, y compara la incidencia de apendicitis aguda en los viejos del hospital Basset con la encontrada en las series de WALKER y RAY (hospitales de New York y Boston), y ocurre que al llegar a los 50 años las curvas que representan a los dos últimos hospitales urbanos caen abruptamente, mientras que la del hospital Basset permanece alta hasta la octava década. Las series de WALKER y RAY contienen cada una sólo un 3 por 100 de enfermos de más de 50 años; en cambio, la de POWERS contiene el 14,9 por 100 de pacientes que han pasado la quinta década.

DARLING, MONROE y MAC IBER, destacan el diferente porcentaje en el Mary Imogene Hospital (15,5 por 100) y los Cincinnati General Hospital (5,8 por 100), Boston City Hospital (3,4 por 100) y New York Hospital (3,4 por 100).

Nosotros, en el deseo de aquilatar lo más posible, hemos incluido en la denominación de zona urbana de la provincia de Santander a las ciudades de Santander y Torrelavega, y entendemos por zona rural al resto de los pacientes. De 143 enfermos viejos, 103 eran rurales y 40 urbanos, o sea 72 por 100 y 27,9 por 100, respectivamente. Entre los 103 rurales hubo 54 hombres (52,3 por 100) y 49 mujeres (47,6 por 100) y entre los 40 urbanos hubo 20 hombres (50 por 100) y 20 mujeres (50 por 100). Encontramos en ellos la misma preponderancia ligera a favor del sexo masculino en los casos rurales y una igualdad de sexos en los urbanos. Desde luego, lo más sorprendente es el elevado número de casos rurales. En la figura 4 puede verse esta proporción.

Frecuencia estacional.—Numerosas veces se ha constatado el hecho de la frecuencia estacional de las A. A. Según PI FIGUERAS, en nuestro país tiene su predominio entre primavera y verano. La curva dada por este autor presenta dos valles correspondientes al invierno y al otoño y una meseta en el período primavera-verano.

Hemos estudiado nuestro material senil, comparándolo con el de las A. A. no seniles del pe-

río 1941-1950, y hemos hallado (fig 5) lo siguiente: en las A. A. de enfermos menores de 50 años, la curva tiene un crecimiento progresivo desde enero hasta llegar a abril, donde súbitamente se eleva hasta mayo, en el que alcanza un gran porcentaje, disminuye en junio y de nuevo rápidamente asciende en julio para ir decreciendo progresivamente con leves osci-

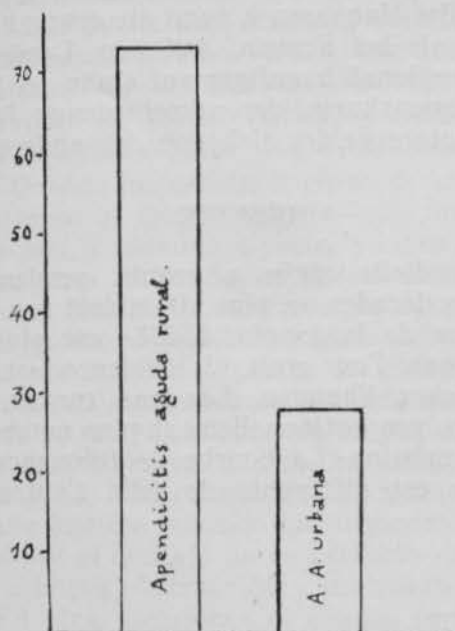


Fig. 4.—La frecuencia rural y urbana de la apendicitis aguda en personas de más de 50 años.

laciones hasta diciembre. En cambio la curva de A. A. seniles, si bien recuerda la imagen de la A. A. de antes de los 50 años, es más uniforme, tendiendo mucho a la igualdad en todos los meses del año.

Es difícil hallar una explicación segura para esta diferencia. Tal vez lo que ocurra es que la exaltación de la virulencia bacteriana, que al parecer alcanza normalmente un claro predominio en la primavera y verano para las A. A. en general, no afecte de una manera tan manifiesta a los enfermos de edad o, al menos, no con un claro predominio estacional.

Frecuencia y régimen alimenticio.—Reiteradamente se ha afirmado que el régimen alimenticio es un factor más favorable, si es cárnico que si es vegetariano, para que aparezca una A. A. En general, las carnes se consumen más en las ciudades, pero esto no es regla general. Al hablar de A. A. senil rural y urbana, hemos visto la gran diferencia de casos rurales y urbanos, tanto en la literatura médica como en nuestro material.

Como señala PI FIGUERAS, CHAMPIONERE en 1904 reunió gran número de opiniones favorables al influjo beneficioso de la alimentación vegetariana. En los tiempos de escasez es indudable que las A. A. suelen disminuir en número, como demostró PI FIGUERAS en los años de nuestra guerra civil, y esa misma disminu-

ción puede verse también en nuestras apendicitis seniles en la figura 3.

La frecuencia de la A. A. senil como hallazgo ocasional en operaciones por otro objeto.—Uno de los argumentos más decisivos para mantener el interés por la A. A. en las edades avanzadas lo es, aparte de otras muchas razones, las dificultades que a veces presenta para el diagnóstico. A veces pasa inadvertido y nuestra creencia es de que muchos casos no llegan a las estadísticas porque permanecen insospechadas.

Sobre este punto hay un estudio de excepcional importancia hecho por SHELLEY sobre 2.065 apendicectomías consecutivas practicadas incidentalmente en el curso de otras operaciones en enfermos con condiciones asintomáticas de su apéndice. En ellos encontró SHELLEY más de un 1,5 por 100 de apéndices inflamados agudamente en el grupo de 1 a 50 años y cerca de un 2 por 100 en el grupo de 51 a 60 años, cifras que hablan por sí solas.

Nosotros no hemos encontrado ningún apéndice inflamado agudamente en operaciones practicadas en enfermos de edad por otro objeto.

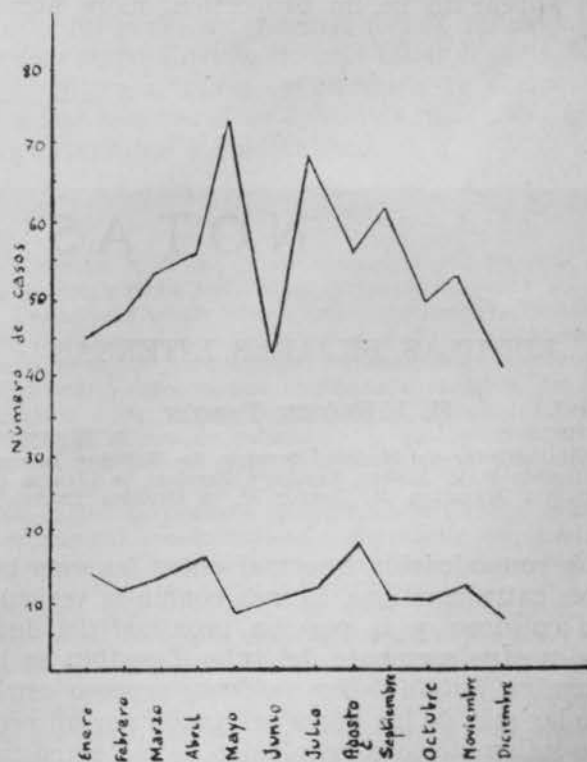


Fig. 5.—Diferencias de frecuencia estacional entre las apendicitis agudas de más y de menos de 50 años.

RESUMEN.

La apendicitis aguda en las últimas décadas de la vida ha cobrado mayor interés a causa del incremento en la longevidad. Es más frecuente de lo que se cree. La incidencia es algo mayor en los hombres. Los casos rurales parecen ser proporcionalmente más numerosos que los urbanos. La curva de frecuencia estacional es distinta de la de otras décadas.

BIBLIOGRAFIA

- BANCROFT, F. W.—New York State J. Med., 43, 37, 1943.
 BARROW, W. y OCHSNER, A.—Journ. Am. Med. Ass., 115, 1246, 1940.
 BARROW, W.—Am. J. Surg., 53, 242, 1941.
 DARLING, A. P., MONROE y MC IVER.—Ann. Surg., 131, 307, 1950.
 DE JUAN, M.—Tesis doctoral, Madrid, 1953.
 FITCH, E. L.—New Engl. Journ. Med., 198, 348, 1928.
 GARCÍA-BARÓN, A.—Rev. Esp. Enf. Ap. Dig. y Nut., 1, 643, 1935.
 HOBLE, L. L.—Ann. Surg., 103, 86, 1936.
 LOKEL.—Wien. Med. Wschr., 40, 1910.
 MAES, U., BOYCE, F. y MAC FETRIDGE, E.—Am. J. Surg., 23, 157, 1934.
 MAES, U. y MAC FETRIDGE, E.—South Surg., 4, 422, 1935.
 MOLONEY, G. E.—Brit. J. Surg., 35, 212, 1948.
 PARSONS, VILLARD y PURSK.—Ann. Surg., 58, 888, 1949.
 PETREN, G.—Chirurg., 13, 236, 1941.
 PI FIGUERAS.—Apendicitis aguda. Ed. Salvat, Barcelona, 1941.
 POWERS, J. H.—Ann. Surg., 117, 221, 1943.
 ROYSTER, H. A.—Apendicitis. N. Y. Appleton, Ed. 1927.
 SHELLEY, H. J.—Arch. Surg., 35, 621, 1937.
 STEFANELLI, C.—Il Policlinico. Sez. Chir., 644, 1936.
 VIERARDT.—Cit. STEFANELLI.

SUMMARY

Acute appendicitis occurring in the last decades of life has attained a greater importance owing to the lengthening of the life span. It is more frequent than is generally thought. Its incidence is slightly greater in men. Rural cases appear to be, in proportion, more nume-

rous than those in the cities. The curve of seasonal frequency is different from that of other decades.

ZUSAMMENFASSUNG

In den letzten Decaden ist die akute Blinddarmentzündung infolge der Zunahme der Lebenslaenge wieder besonders interessant geworden, weil sie haeufiger auftritt als man glaubt. Bei Maennern kommt sie etwas haeufiger vor als bei Frauen. Auf dem Lande tritt sie proportionell haeufiger auf als in der Stadt. Die Frequenzkurve der verschiedenen Jahreszeiten unterscheidet sich von der anderer Decaden.

RÉSUMÉ

L'appendicite aigüe a acquis, pendant ces dernières décades un plus vif intérêt par l'augmentation de la longévité. Elle est plus fréquente que l'on croit. L'incidence est plus grande chez l'homme. Les cas ruraux semblent être proportionnellement plus nombreux que les urbains. La courbe de fréquence stationnaire est différente de celle d'autres décades.

NOTAS CLINICAS

FISTULAS BILIARES INTERNAS

F. J. FLÓREZ TASCÓN.

Hospital Militar de Madrid. Servicio de Medicina Interna del Doctor F. J. FLÓREZ TASCÓN y Servicio de Cirugía de Aparato Digestivo del Doctor M. DE QUADROS TEJEIRO.

La comunicación anormal entre las vías biliares extrahepáticas, lo más común la vesícula o el colédoco, y la porción proximal del duodeno u otro segmento del tubo digestivo, se la denomina *fístula biliar interna*, proceso orgánico las más de las veces originado por un proceso inflamatorio o neoplásico de las estructuras de esta encrucijada.

La primera gran revisión de este cuadro, hasta entonces una mera curiosidad ofrecida al ojo ávido del prosector en ciertos casos raros, fué hecha por BERNARD NAUNYN (1896) y refiere 15 casos en su mayoría procedentes de la literatura. No obstante, no se diagnostica en vida este cuadro hasta que se extiende el estudio radiológico en la Patología digestiva, siendo los primeros en observarlo HUNT y HERBST (1915); ulteriormente son muy interesantes las revisiones de BORMANN y RIEGLER (1937), que comprende 267 historias, y la de DEAN (1939),

GARLAND (1942) y las más recientes de VARGAS MOLINARE y CORREA BRAVO (1953), WALKER y LARGE (1954) y JOUNNEAU y GEFFROY (1954).

Etiopatogénicamente, nuestro proceso obedece a las siguientes motivaciones:

1) Según nosotros los internistas, su origen más frecuente es la *colecistitis* (NAUNYN, DEAN, GARLAND, JUDD, TAYLOR, VARGAS MOLINARE), siendo algunas veces la solución espontánea de un grave cuadro de estasis biliar, a cuya faceta quirúrgica dedicó el II Congreso Español de Cirugía de Granada (1953) la primera de sus ponencias (PI FIGUERAS).

2) Según muchos cirujanos (BORMANN y RIEGLER, JOUNNEAU y GEFFROY, etc.), la *enfermedad ulcerosa de localización duodenal* se complica con cierta frecuencia con este cuadro.

3) Las *disgenesias coledocinas*, la atresia congénita del colédoco distal y otros motivos menos frecuentes se invocan en aquellos casos de etiología poco clara (HOLMES); bien la agenesia sea completa, bien se trate de una falta de canalización o bien de una disgenesia con distopía del ductus communis, el diagnóstico etiológico es quirúrgico.

4) Interesa destacar la cierta frecuencia con que una fístula biliar interna se labra en