

BIBLIOGRAFIA

- ROOK, A. J. y WHIMSTER, I. W.—Arch. Belges de Dermatologie et Syph., 6, 137, 1950.
- LEASSAR, O.—Die Hautkrebs. Berl. Klin. Wschr., 30, 537, 1893.
- GOUGEROT, H., ELUM, P. y COUSIN, A.—Bull. Soc. Franc. Dermat., 36, 255, 1929.
- MAC CORMACK, H. y SCARFF, R. W.—Brit. J. Dermat., 48, 624, 1936.
- KLAEBER, H.—Ref. ZOON 7.
- MUSSO, L. y GORDON, H.—Proc. Roy. Soc. of Med., 43, 838, 1950.
- ZOON, J. J., JANSEN, L. H. y VAN BAAK, J.—Dermatologica, 108, 2, 1954.
- BEARE, J. M.—Brit. J. Surg., 41, 167, 1953.
- FINLEY, A. G.—Australian J. Dermat., 2, 144, 1954.
- HAMPERL, H. y KALKOFF, K. W.—Hautarzt, 5, 440, 1954.
- LEVY, E. J., CAHN, M. M., SHAFFER, B. y BEERMAN, H.—Journ. Am. Med. Ass., 155, 562, 1954.
- MEINICKE, K.—Hautarzt, 5, 276, 1954.
- LAPIERE, S.—Hautarzt, 6, 38, 1955.
- DUPONT, M. A.—Bull. Soc. Franc. Dermat., 59, 340, 1952.
- BINKLEY, G. W. y JOHNSON, H. H.—A. M. A. Arch. Dermat., 71, 66, 1955.
- ERREAUX, L. P., SCHOPFLOCHER, P. y FOURNIER, C. J.—A. M. A. Arch. Dermat., 71, 73, 1955.
- MIDANA, A. y ORMEA, F.—Minerva Dermat., 30, 45, 1955.
- GORDON, H.—Practitioner, 168, 498, 1952.
- WISLEY, J. y PETTIT, J. N. J.—Proc. X Internat. Congr. Dermat., pág. 476. Londres, 1952.
- FERGUSON-SMITH, J.—Brit. J. Dermat., 46, 262, 1934.
- FOURACRES, F. A. y WITICK, J. W.—Brit. J. Cancer, 7, 58, 1953.
- MARSHALL, J. y FINDLAY, G. H.—South Africa Med. J., 27, 1,000, 1953.
- HUEPER, W.—Occupational Tumors and Allied Diseases, pág. 165. C. C. Thomas, ed. Springfield, 1942.
- BAUER, F.—A. M. A. Arch. Dermat., 71, 79, 1955.
- LEVER, W. F.—Histopathology of the Skin. Lippincott, ed., 2.ª ed.
- SOMMerville, J. y MILDE, J. A.—Brit. J. Dermat., 62, 485, 1950.
- WITTEN, V. H. y ZAK, F. G.—Cancer, 5, 539, 1952.
- LUTZ, W.—Lehrbuch der Haut u. Geschlecktkrankheiten, pág. 141. Karger, ed. 1951.
- POTH, D. O.—Arch. Dermat. & Syph., 39, 228, 1939.
- NEW, W. M. y HORTON, S. H.—A. M. A. Arch. Dermat., 58, 475, 1953.

SUMMARY

The keratoacanthoma is a frequent tumour which should not be confused with squamous cell carcinoma. Biopsy is indispensable in diagnosis, as well as strict correlation between clinical and histological data.

The best treatment is a radical removal of the tumour together with electrocoagulation of its base. When there is the slightest doubt the procedure should be the same as for squamous cell carcinoma.

Cytological and cytochemical investigations and the use of radioactive isotopes would enable differential diagnosis between keratoacanthoma and skin cancer to be elucidated, the exact relationships to other pseudotumorous epidermal hyperplastic growths to be established and, probably, the aetiology of the condition to be determined.

ZUSAMMENFASSUNG

Das Kerato-Akantom ist ein häufig vorkommender Tumor, welcher mit einem Karzinom der Stachelzellen nicht verwechselt werden darf. Die Diagnose erfordert eine Probeexzision und eine Wechselbeziehung zwischen den klinischen und histologischen Angaben.

Die beste Behandlung besteht in einer radikalen und vollständigen Entfernung des Gewächses und Elektrokoagulation der Base, und wenn nur der geringste Zweifel besteht, soll

ganz einfach wie bei einem Stachelzellenkarzinom vorgegangen werden.

Durch die cytologischen und cytochemischen Untersuchungen und Gebrauch von radioaktiven Isotopen wird die Möglichkeit geboten eine vollkommenere Differentialdiagnose zu erlangen, die genaueren Beziehungen zu anderen epidermischen Hyperplasien zu bestimmen und auch höchstwahrscheinlich die Aetiologie des Prozesses aufzudecken.

RÉSUMÉ

Le kératoacanthome est une tumeur fréquente, qui ne doit pas se confondre avec un carcinome épithélial. Pour son diagnostic il est indispensable de faire la biopsie et une étroite corrélation entre les données cliniques et histologiques.

Le meilleur traitement c'est l'extirpation radicale et totale de la tumeur avec électrocoagulation de la base et, au moindre doute, agir comme s'il s'agissait d'un carcinome épithélial.

Les investigations cytologiques et cytochimiques, et l'emploi des isotopes radioactifs permettront d'affirmer le diagnostic différentiel entre kératoacanthome et cancer cutané, d'établir les rapports exacts avec d'autres hyperplasies épidermiques pseudo-tumorales et, certainement, de préciser l'étiologie du processus.

LA ANATOMIA PATOLOGICA DE LA APENDICITIS AGUDA EN LAS ULTIMAS DECADAS DE LA VIDA

M. DE JUAN MARTÍN.

Médico ex Interno de la Casa de Salud Valdecilla.
Médico ex Becario del C. S. I. C.
Logroño.

Casa de Salud Valdecilla. Servicio de Aparato Digestivo.
Jefe: Doctor GARCIA-BARÓN.

La apendicitis aguda en las últimas décadas de la vida se caracteriza anatómicamente por la precocidad y gravedad de las alteraciones patológicas.

CLASIFICACIÓN ANATOMOPATOLÓGICA.

Las clasificaciones son múltiples, según los autores, y el criterio en que se basan. ARNOLD las clasifica en cinco grupos: 1.º Apendicitis aguda sin complicaciones. 2.º Perforaciones cubiertas. 3.º Abscesos. 4.º Perforaciones libres con peritonitis local; y 5.º Peritonitis difusa. POWERS sigue la clasificación standard de nomenclatura dividiéndola en: 1.º Apendicitis simples. 2.º Apendicitis con gangrena. 3.º Apen-

dicitis con peritonitis local. 4.º Apendicitis con peritonitis local y perforación. 5.º Apendicitis con perforación y peritonitis general; y 6.º Apendicitis aguda con absceso. GARCÍA-BARÓN las divide en: Apendicitis no perforadas. 2.º Apendicitis perforadas. 3.º Plastrones. 4.º Abscesos; y 5.º Peritonitis difusa. TAMANN y LOHMAN las clasifican de la manera siguiente: 1.º Inflamación limitada del apéndice. 2.º Apendicitis con peritonitis circunscrita (exudado, absceso o perforación cubierta); y 3.º Inflamación del peritoneo libre: a) No purulenta; y b) Purulenta (coli). WOLFF y HINDMANN dividen sus casos en tres grupos: 1.º Apendicitis aguda sin evidencia de perforación o peritonitis. 2.º Apendicitis aguda con peritonitis localizada o formación de absceso; y 3.º Apendicitis aguda perforada con peritonitis difusa. Varias de las habituales clasificaciones de la apendicitis aguda en general, y entre ellas la de LLOMBART, pueden ser útiles para la clasificación de las formas seniles. En orden al estudio de los resultados, MOLONEY, RUSSELL y WILSON dicen que el sistema de grupo utilizado por GREY TURNER es bueno, creyéndolo más definitivo que el usado por WEVILL y WALLACE, así como el utilizado por el Medical Research Council. También es bastante completa la clasificación de SCHMIDT. La del sistema de GREY TURNER tal vez sea la mejor de todas éstas.

Hemos pensado mucho, antes de adaptarnos a uno cualquiera de estos tipos de clasificación. La de nuestro maestro, el doctor GARCÍA-BARÓN, nos parece sencilla y definida. También la de POWERS. Sin embargo, creemos que la clasificación anatomo-patológica de la apendicitis aguda senil requiere dos cualidades: primera, que sea sencilla, y segunda, que respondiendo a una separación lo más limitada posible de los ya clásicos grupos patológicos de la apendicitis aguda, recoja también las características anatómicas de la apendicitis senil. Es sabido que en ésta abundan extraordinariamente las formas graves, pero entre ellas aparece con gran claridad la gangrena masiva. Creemos que esta forma debe ocupar una categoría especial y así lo hacemos constar en nuestra clasificación. Sin embargo, la gangrena ocupa mayor amplitud, porque muchos apéndices pueden estar, al propio tiempo que con gangrena, con lesiones más avanzadas, como por ejemplo, la perforación. Por otra parte, la existencia de la tiflitis concomitante y de peritonitis localizada debe ser recogida en una división de la apendicitis senil. Teniendo en cuenta todo esto hemos hecho una clasificación detallada de la misma, y otra resumida y más práctica de la anterior, en la cual hemos basado nuestro trabajo, que recoge las 143 apendicitis agudas de enfermos de cincuenta y más años habidas en la Casa de Salud Valdecilla desde su fundación hasta 1952 inclusive. La primera es la siguiente:

1.º Apendicitis aguda simple (catarral y empiema).

- 2.º Apendicitis aguda simple con tiflitis.
- 3.º Apendicitis aguda simple con peritonitis local.
- 4.º Apendicitis aguda simple con tiflitis y peritonitis local.
- 5.º Apendicitis aguda gangrenosa.
- 6.º Apendicitis aguda gangrenosa con tiflitis.
- 7.º Apendicitis aguda gangrenosa con peritonitis local.
- 8.º Apendicitis aguda gangrenosa con tiflitis y peritonitis local.
- 9.º Apendicitis aguda perforada (macroscópicamente).
- 10.º Apendicitis aguda perforada con tiflitis.
- 11.º Apendicitis aguda perforada con peritonitis local.
- 12.º Apendicitis aguda perforada con tiflitis y peritonitis local.
- 13.º Apendicitis aguda perforada y gangrenosa.
- 14.º Apendicitis aguda perforada y gangrenosa y con tiflitis.
- 15.º Apendicitis aguda perforada y gangrenosa y con peritonitis local.
- 16.º Apendicitis aguda perforada y gangrenosa con tiflitis y peritonitis local.
- 17.º Apendicitis con plastrón apendicular.
- 18.º Absceso apendicular.
- 19.º Peritonitis general con apéndice gangrenoso.
- 20.º Peritonitis general con apéndice perforado.
- 21.º Peritonitis general con apéndice perforado y gangrenado.
- 22.º Peritonitis general por ruptura de absceso apendicular.

La clasificación restringida es la siguiente:

- 1.º Apendicitis aguda sin complicaciones (apendicitis aguda catarral y empiema apendicular).
- 2.º Apendicitis aguda gangrenosa.
- 3.º Apendicitis aguda perforada gangrenosa o no.
- 4.º Plastrón apendicular.
- 5.º Absceso apendicular.
- 6.º Peritonitis generalizada.

Con arreglo a estos datos hemos estudiado nuestra serie encontrando la siguiente distribución de casos: Apendicitis agudas simples, 39 casos (27,2 por 100); apendicitis gangrenosas, 20 (13,9 por 100); perforadas, 32 (22,3 por 100); plastrones, 9 (6,2 por 100); abscesos, 25 (17,4 por 100), y peritonitis generalizada, 18 (12,5 por 100) (fig. 1).

De la observación de estas cifras resalta el hecho de la pequeña proporción de las formas agudas, catarral y empiematosas, que apenas rebasan en conjunto la cuarta parte de todas las apendicitis agudas seniles. El resto son formas más o menos avanzadas. De éstas, los plastrones representan una reacción orgánica propicia para la contención del proceso, pero en nuestra

serie sólo reúnen el 6,2 por 100. La gangrena representa más de los 20 casos de la precedente relación, porque muchas apendicitis gangrenosas estaban claramente perforadas de una manera macroscópica y han sido incluidas en este grupo. Sorprende la enorme proporción de gan-

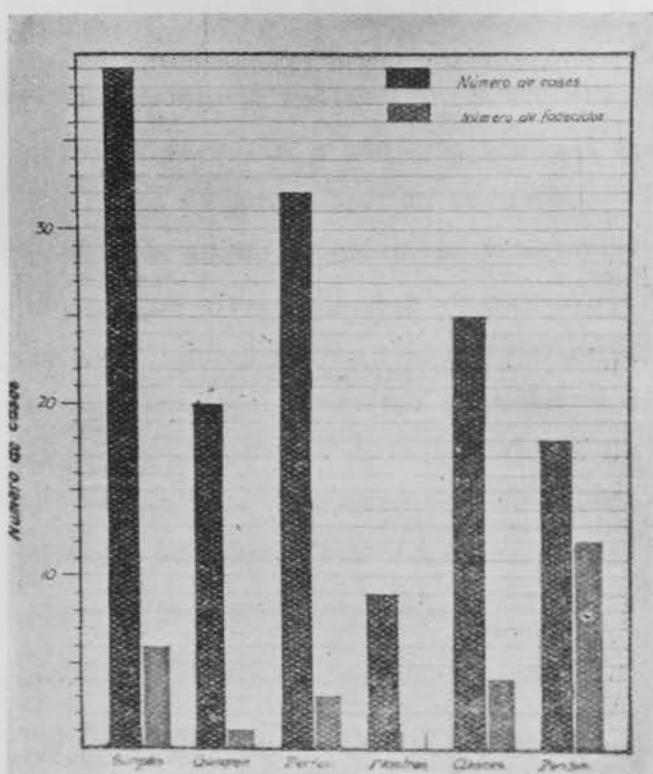


Fig. 1.—Frecuencia y mortalidad por grupos anatomico-patológicos.

grenas, perforaciones, abscesos y sobre todo peritonitis. Sólo las peritonitis representan el 12,5 por 100, que es desde luego una cifra elevadísima.

Hemos practicado un estudio de la distribución de las lesiones anatómicas según la edad, para lo cual hemos utilizado los casos de apendicitis aguda habidos en el Servicio en el decenio 1941-1950 y sus resultados pueden verse en la figura 2. Los enfermos menores de tres años no figuran en él por corresponder al Servicio de Pediatría. Durante el período 3-9 años, los porcentajes mayores corresponden, y por este orden, a la apendicitis aguda simple y a la gangrena no perforada. En el 10-19 continúa el predominio de la apendicitis aguda simple, seguida muy a distancia de las perforaciones, y este predominio de las simples y esta distanciación de las perforadas se incrementa hasta los 40 años y aun se mantiene en los 40-49. Sin embargo, ya en esta edad las gangrenas y los abscesos aumentan en número notablemente. A partir de los 50 años juegan ya un gran papel las gangrenas, perforaciones, abscesos y peritonitis. En cualquiera de los tres decenios seniles anotados en dicha figura, se ve este predominio de las formas graves, mientras que las apendicitis agudas simples han reducido su porcentaje a la mitad que en decenios precedentes.

Procedemos a continuación a un resumen anatomico-patológico de los clásicos grupos en que hemos dividido la apendicitis aguda senil y a los que agregamos por su interés el de la apendicitis aguda asociada a tiflitis.

A continuación estudiamos las diferencias de las alteraciones anatómicas en los casos rurales y urbanos en nuestra serie.

Pero previamente vamos a tratar de la frecuencia de las alteraciones patológicas. Sobre este punto son generalmente aceptadas las ideas de TAYLOR. Según él, el primer día sólo hay un poco de fluido claro en cavidad abdominal, el segundo ya hay líquido purulento, siendo retenido por adherencias en la mitad de los casos, y en el resto difundido a todo el hemiabdomen inferior. Al tercer día hay peritonitis difusa según él en las dos terceras partes de los casos y formación de abscesos en otra tercera parte. Finalmente, todos los pacientes que vinieron el cuarto día o más tarde tenían un absceso. Así, pues, según este autor el primer día hay inflamación con engrosamiento claro del apéndice, pero sin lesiones; el segundo día, gangrena y peritonitis local; el tercer día, perforación y peritonitis general o formación de absceso, y el cuarto día y después, formación de absceso.

No hemos encontrado en la serie objeto de nuestro trabajo una división tan taxativa como la que expone TAYLOR.

Como puede verse a continuación, las lesiones son aún más graves en nuestra serie:

PRIMER DÍA.

| | |
|-------------|---------------|
| Simples | 61,2 por 100. |
| Gangrenas | 22,5 " |
| Perforadas | 12,9 " |
| Peritonitis | 3,2 " |

SEGUNDO DÍA.

| | |
|-------------|---------------|
| Perforadas | 35,2 por 100. |
| Simples | 25,4 " |
| Gangrenas | 23,5 " |
| Peritonitis | 11,7 " |
| Abscesos | 3,9 " |

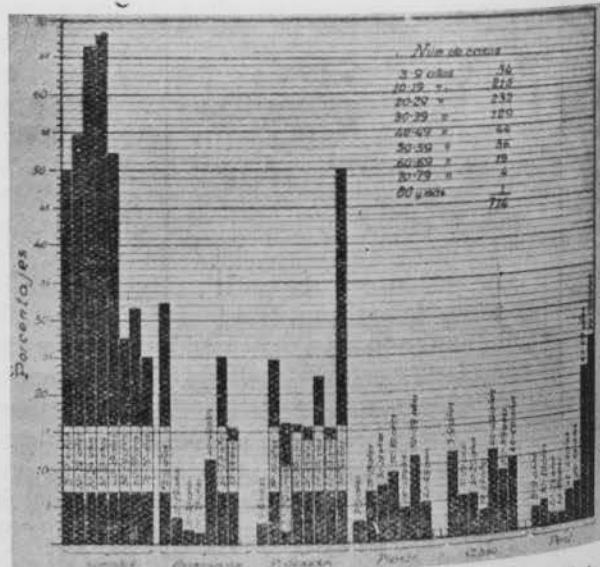


Fig. 2.—Grupos anatomico-patológicos. Frecuencia según la edad.

TERCER DÍA.

| | |
|-------------------|---------------|
| Perforadas | 44,4 por 100. |
| Abscesos | 22,2 " " |
| Simples | 16,6 " " |
| Peritonitis | 5,5 " " |

CUARTO DÍA.

| | |
|-------------------|---------------|
| Abscesos | 62,5 por 100. |
| Peritonitis | 37,5 " " |

Según estos datos, el primer día predominan las apendicitis simples, pero ya hay abundantes gangrenas, algunas perforaciones y una peritonitis. El segundo día las más numerosas son las perforadas y las gangrenas tienen casi el porcentaje de las apendicitis simples, pero ya hay peritonitis general y abscesos. El tercer día continúa el predominio de las perforadas, seguidas de la peritonitis general. Así que las alteraciones patológicas son más avanzadas en el tiempo que lo que refiere TAYLOR, sobre todo en los dos primeros días. Pero también en el cuarto día encontramos diferencias, pues hay un buen porcentaje de peritonitis general. También destaca la gran frecuencia de ésta en la apendicitis aguda senil, pues como acabamos de ver, existe en los cuatro primeros días de cuadro más precozmente que los abscesos, lo que da un matiz sombrío a la apendicitis aguda senil en estas edades.

Las apendicitis agudas simples son mucho menos frecuentes que en otros decenios. Por ejemplo, en nuestros enfermos del decenio 1941-1950, vemos que disminuyen a la mitad o más de su frecuencia. Aun así, bastantes veces van asociadas a peritonitis local. De las 39 apendicitis agudas simples en enfermos de más de cincuenta años encontramos 19 (48,7 por 100) empiemas, siendo el resto apendicitis agudas catárticas (dos de ellas asociadas a tiflitis). En la literatura también se encuentra esta disminución de las apendicitis simples; así, POWERS halla un 15 por 100 de apendicitis agudas simples y otro 15 por 100 de apendicitis agudas simples con peritonitis local, y PIULACHS y PLANAS GUASCH encuentran un 4,4 por 100 de empiemas apendiculares y un 32,3 por 100 de apendicitis agudas simples.

La gangrena es una manifestación característica de la apendicitis aguda en los ancianos y para algunos la más importante. Ella es responsable con mucho de la gravedad de la misma.

Como puede verse en la figura 2, referente a las apendicitis agudas del decenio 1941-1950, en la Casa de Salud Valdecilla las gangrenas alcanzan su mayor porcentaje de los 3 a 9 años, descienden en las décadas comprendidas entre los 10 y 39 años y se incrementan desde los 40, alcanzando desde los 50 un alto porcentaje.

La gangrena es muy frecuente en casi todas las casuísticas. Según MAES y MAC FETRIDGE, dos tercios de sus casos eran gangrenosos. DARING, MONROE y MCIVER señalan que la gangrena es baja en la segunda, tercera y cuarta déca-

das, pero que se eleva en las siguientes. LOCKWOOD cita un caso de apéndice perforado y gangrenado con un absceso apendicular, una trombosis de las grandes ramas de la vena mesentérica y completa gangrena en las últimas ocho pulgadas del ileon.

El apéndice, irrigado por una arteria terminal, está en condiciones favorables para la gangrena, teniendo preponderancia para ella las porciones distales. La gangrena puede ser localizada o masiva. La gangrena "a parches" o localizada tiene una mayor frecuencia en los casos de menos de 50 años (78 por 100 a parches y el resto gangrena masiva). En cambio, en nuestros 41 casos seniles con gangrena, sólo 6 (14,6 por 100) eran de la variedad a parches y el resto eran gangrenas totales. La variedad a parches puede estar localizada en la porción central, en la distal o en la basal. En cualquiera de estas localizaciones favorece la perforación a ese nivel. Como hemos dicho, generalmente es apical y no raras veces basal, produciendo entonces, con frecuencia, la autoamputación del órgano, que yace libre en la cavidad abdominal, como en el siguiente caso:

D. G. F., de sesenta y cuatro años. Desde hace catorce años a tratamiento por claudicación intermitente. Desde hace varios años, molestias en región lumbar derecha, con dolor sordo exacerbado desde hace un mes. Desde hace quince días, hematurias. Ninguna molestia abdominal previa. Hace veinticuatro horas comenzó con molestia imprecisa abdominal, que a la hora se hizo dolor generalizado en vientre, persistiendo con el habitual dolor lumbar derecho. El dolor abdominal ha sido progresivo y es intenso desde hace quince horas, que se iradió a la fossa iliaca derecha, conservando aquí el máximo de intensidad, y así sigue. Desde hace cuatro horas, dolor de hombro derecho. Desde el comienzo, náuseas. Hace dieciocho horas, dos vómitos biliosos. El último, hace quince horas. Temperatura, 36,5° y 115 pulsaciones. Respiración abdominal limitada. Contrae al palpar todo el vientre. Dolor únicamente en fossa iliaca derecha, con máximo en tercio externo. Es obeso. En la operación, practicada con anestesia escofedal-local, se encuentra una peritonitis generalizada con abundante líquido purulento. El apéndice, que está gangrenado totalmente, está también absolutamente amputado en su base y libre en cavidad, así como varios coprolitos. Apendicectomía y drenaje. Infección extensa superficial de la herida. Alta a los catorce días por curación.

Este caso es interesante además por tratarse de un enfermo vascular desde hacía años, lo cual ha podido favorecer su facilidad para la precocidad y masividad de la gangrena del apéndice (sólo habían pasado veinticuatro horas).

La gangrena es muy precoz en la apendicitis aguda senil. Nosotros tuvimos 2 casos dentro de las primeras doce horas, 5 dentro de las segundas doce horas, 8 a las tercera doce horas y 4 en las cuartas doce horas. Sólo tuvimos uno al tercer día. La gangrena aparece bien simplemente o asociada a otras lesiones. En nuestros 143 casos existía en 41 de ellos: en 20, gangrenas sin perforar; en 11, apendicitis perforadas (34,3 por 100); en 1 absceso (4 por 100) y en 9 peritonitis (50 por 100). O sea, en un total de 28,6 por 100, y es muy posible que muchos abscesos

sólo drenados, en que no se buscó el apéndice, hubiese también gangrena.

Las apendicitis perforadas (gangrenosas o no), sin peritonitis general ni formación de abscesos, constituyen un grupo numeroso en casi todas las estadísticas publicadas de apendicitis aguda senil. En nuestra serie hemos tenido 32 casos (22,3 por 100). La perforación suele ser bastante precoz, pues hemos encontrado 4 casos ya en las segundas doce horas, 2 en las terceras doce horas, 17 en las cuartas doce horas y el resto pasadas las cuarenta y ocho horas. Es muy frecuente su asociación con gangrena (34,3 por 100) y con peritonitis local (62,5 por 100), existiendo a veces graves lesiones con muy escasa sintomatología. En las series de apendicitis agudas del período 1941-1950 la perforación disminuye en frecuencia a partir de los 20 años, aumenta a los 50 años y se triplica ampliamente a partir de los 70 años la frecuencia de las décadas 20-49 años.

Los plastrones por apendicitis aguda constituyen una reacción de defensa del organismo frente al apéndice inflamado. En las apendicitis agudas del decenio 1941-1950 de nuestro Servicio puede verse claramente la disminución en los decenios seniles frente a los comprendidos de los 20 a 40 años. En el grupo de enfermos de más de 50 años hemos tenido 9 casos (6,2 por 100). En dos de ellos los plastrones se formaron precozmente: a las 34 y a las 53 horas. Pero el anciano se defiende mal frente a la apendicitis aguda y es por esto por lo que los plastrones son menos frecuentes que en otras edades y además por lo general más frágiles.

Respecto a los abscesos, no existe acuerdo entre los distintos autores sobre si son más frecuentes y más encapsulados que los jóvenes. POWERS da un 25 por 100 en sus casos, GARCÍA-BARÓN un 26 por 100, ARNOLD un 35,5 por 100, TULACHS y PLANAS GUASCH un 11,7 por 100, WOOD un 55 por 100 y STALKER un 13,4 por 100.

Nosotros creemos que los abscesos se encuentran más frecuentemente en el anciano. Como puede verse en la figura 2, los abscesos son mucho más frecuentes en las décadas a partir de los 40 años que en las dos décadas anteriores. En la serie de apendicitis seniles de nuestro Servicio hemos encontrado 25 abscesos, que representan un 17,4 por 100. A pesar de su frecuencia, la tendencia a la formación de abscesos no es la tónica de la apendicitis aguda senil, sino que más llamativa nos parece la frecuencia de la peritonitis. La tendencia a la encapsulación no es la más frecuente y no es tan perfecta en el viejo. Como ya hemos dicho, el anciano reacciona peor a la flogosis y las adherencias son a veces frágiles. Es característico en los enfermos de más de 50 años la rápida formación de abscesos. De nuestros 25 casos (32 por 100) se formaron en los cinco primeros días y tuvimos ya 2 casos el segundo día y 4 al tercero. Respecto a la localización es muy variada. El apéndice suele estar más atípicamente situado en los an-

cianos, pero no hemos encontrado tantas localizaciones atípicas como ARNOLD y, por lo tanto, no hemos hallado esas situaciones en los abscesos. De nuestros 25 casos, 8 eran retrocecales externos, 4 mesoceliacos, uno en Douglas y los 12 restantes estaban en fosa iliaca derecha, pero no existen datos exactos de su localización en ella.

La evolución es más lenta, contrariamente a la precocidad de la formación en muchos casos, y por eso la reducción de volumen y la absorción del mismo va más despacio que en los jóvenes. Como dice MILLER, en éstos el absceso sometido a vigilancia disminuye fácilmente de tamaño hasta su desaparición, pero en los viejos siempre hay el peligro de su ruptura y por lo tanto de la peritonitis generalizada. Otras veces el absceso puede abrirse en pared abdominal anterior o propagarse a región mesoceliaca o zona lumbar. BERARD y VIGNARD citaron un caso en que el pus se abrió en la escotadura ciática, llegando a aparecer en la cara posterior del muslo.

Como prueba de la fragilidad del absceso apendicular, es instructivo el siguiente caso de nuestra serie:

A. A. G. de cincuenta años. Hace seis días comienza con malestar general y escalofríos seguidos a los pocos minutos de dolor bastante intenso y continuo en mitad infraumbilical y escroto con algunos ruidos de viento. Hace cuatro horas tuvo un dolor muy fuerte en dicha mitad infraumbilical que le duró tres horas, atenuándose desde entonces paulatinamente y estando en la actualidad con poco dolor espontáneo en todo el vientre. Última deposición con enema, y escasa, hace 24 horas. Ha tomado sen, pero no ha vuelto a mover el vientre. Temperatura de 36,8 y 150 pulsaciones filiformes. Respiración abdominal limitada. No hay contractura. Sólo duele en mitad infraumbilical con máximo en fosa iliaca derecha (a la palpación). Matidez hepática dudosa. Douglas, abombado y doloroso. Con Sanmartino no varían el dolor provocado ni el espontáneo. Estado general muy malo. Hipotensión. A rayos X hay un pequeño neumoperitoneo derecho. Leucocitos, 9.300; 3 mielocitos, 11 metamielocitos, 58 segmentados y 22 linfocitos. La operación, practicada con anestesia local, muestra abundante líquido purulento en cavidad abdominal que mana de un bloque formado por epíplón, ciego y últimas asas delgadas, pero abierto por su parte pélvica. Fallece a las ocho horas de la operación por peritonitis.

Se trataba, pues, de un absceso cuya ruptura tuvo lugar hacia cuatro horas, cuando apareció el dolor intenso, muy posiblemente. Este caso es curioso además por la existencia de neumoperitoneo, raro en los procesos apendiculares.

He aquí otro caso demostrativo de esta fragilidad:

F. R. R. de cincuenta y siete años. Nunca cuadro semejante al actual. Hace 58 horas comienza con ligero malestar (casi dolor) epigástrico que a los pocos minutos se irradia a mitad infraumbilical. El primer día fue purgado y tuvo tres vómitos alimenticios. No ha vuelto a tener más. Continúa con dolores en fosa iliaca derecha y en general, aunque menos, en mitad infraumbilical. Disuria. Ha ventoseado solamente desde el comienzo. Temperatura, 37,5° y 90 pulsaciones. Respiración abdominal normal. No hay contractura. Sobre tercio medio de arco de Falopio hay una tumoración no muy

grande y muy dolorosa. Resto del vientre, indoloro. Tacto rectal, negativo e indoloro. Leucocitos, 8.300; 6 cayados, 72 segmentados, 18 linfocitos y 4 monocitos. Se le ingresa para vigilancia. Al quinto día del cuadro, después de una maniobra de percusión, comienza con intensísimo dolor abdominal, que se irradia a pene y a recto, y pocos minutos después alcanza gran intensidad en todo el vientre. Ligero dolor en hombro derecho. Disuria. Pulso y temperatura, normales. A la exploración la tumoreación ya no es perceptible y en fosa ilíaca derecha hay contractura y duele mucho. La operación, practicada con anestesia etérea, muestra un absceso de origen apendicular con libre comunicación con Douglas, por donde sale abundante pus al resto de la cavidad abdominal. Apendicectomía y drenaje de Douglas y lecho apendicular. Curso postoperatorio muy accidentado. Fallece a los cuatro días, de peritonitis.

En este caso resaltan: 1.º La rapidez de la formación del absceso; y 2.º La fragilidad de su ruptura por una simple maniobra de percusión con la consiguiente peritonitis generalizada.

En cuanto a la peritonitis, para muchos autores, y a la cabeza de ellos ARNOLD, la apendicitis aguda senil tiene como principal característica anatómica la elevada proporción, precocidad e intensidad de la peritonitis generalizada.

En la serie de WOOD, un 9 por 100 tenía peritonitis; ARNOLD obtiene un 22 por 100; TAMANN y LOHMANN tienen 73 casos con peritonitis de 156 casos, de los cuales 66 fueron purulentas; MAES, BOYCE y MAC FETRIDGE encuentran 16 casos en 100 pacientes. Para bastantes autores es típica la falta de adherencias firmes, por lo que la peritonitis se presenta en los ancianos con mayor facilidad y a veces muy rápidamente. Así, nosotros hemos tenido un caso con gangrena masiva, perforación y peritonitis general a las 24 horas.

Al abrir cavidad peritoneal sorprende la salida de un líquido tan purulento y de las asas intestinales enrojecidas y dilatadas.

Nosotros hemos tenido 18 peritonitis (12,5 por 100). Es curioso también el elevado porcentaje en que en la operación se ha encontrado líquido en la cavidad abdominal, pues lo hemos hallado en 10 apendicitis agudas simples (25,6 por 100), en 8 gangrenas (40 por 100) y en 20 perforados (62,5 por 100), así como en la totalidad de las apendicitis con peritonitis. Es decir, que en total hemos encontrado líquido en la cavidad abdominal en 56 casos (39,1 por 100), que es mucho, y que es uno de los datos, como acaba-

mos de señalar, más llamativo al practicar la laparotomía en un enfermo senil con apendicitis aguda. Sin embargo, LEWIN señala la frecuencia con que se forma una película sobre el contenido abdominal más que la frecuencia de exudados.

La existencia de tiflitis constituye uno de los hechos de más importancia desde algunos puntos de vista en la apendicitis aguda senil. Nosotros, en 143 apendicitis en ancianos, hemos tenido 8 casos (5,5 por 100). A primera vista tal vez parezca, por la relativa poco frecuencia, que la cuestión tenga más interés teórico que práctico; pero no es así, porque a veces la tiflitis plantea problemas radiológicos y quirúrgicos. De ambos, y especialmente de los primeros, no nos vamos a ocupar aquí. Las principales alteraciones encontradas son la distensión cecal, el edema, la fragilidad, el punteado hemorrágico y la gangrena. Desde un punto de vista radiológico, lo más importante es el edema, pero desde el lado quirúrgico, lo más notable es la gangrena propagada del apéndice al ciego, preferentemente al polo cecal, y favorecida por las acomodadas lesiones arteriales de los ancianos, tanto por la hipertrofia de la íntima como por la trombosis, la tromboflebitis y la arteriosclerosis. La gangrena determina entonces dificultades quirúrgicas dada la fragilidad tisular, fallando las suturas y poniendo a buena prueba la paciencia del cirujano, que a veces, dada la gran extensión de la gangrena y su intensidad, puede verse obligado, como en un caso de nuestra serie, a la resección total del segmento cecal. En 4 de nuestros casos había una gran distensión del ciego, como la que pudo ser observada en un ileo (2,7 por 100 de los 143 casos). El 50 por 100 de las tiflitis coexistían con gangrena del apéndice, el 37 por 100 con peritonitis y el 12,5 por 100 con apendicitis aguda simple. En 3 casos el ciego estaba necrosado y en el resto edematoso. En uno de éstos existía un intenso punteado hemorrágico. No hemos tenido casos de tiflitis gangrenosa asociada a tromboflebitis, pieloflebitis, infarto mesentérico o abscesos metastásicos.

En cuanto a las diferencias rurales y urbanas de la apendicitis aguda senil, hemos tenido en nuestra serie 103 casos rurales y 40 urbanos con la siguiente distribución anatomiopatológica:

| ZONAS | Simples | Gangrenas | Perforadas | Plastrones | Abscesos | Peritonitis |
|--------------|-----------|-----------|------------|------------|----------|-------------|
| Rurales..... | 23 (22 %) | 15 (14 %) | 23 (22 %) | 8 (7 %) | 4 (3 %) | 14 (13 %) |
| Urbanos..... | 16 (40 %) | 5 (12 %) | 9 (22 %) | 1 (2,5 %) | 5 (12 %) | 4 (10 %) |

Resalta la gran diferencia. A excepción de los abscesos, que abundan más en los casos urbanos,

y de las apendicitis perforadas, que se hallan en idéntica proporción en ambos grupos, todas las

formas graves son más frecuentes en los casos rurales, y, en cambio, las apendicitis simples predominan más en los casos urbanos. Esta diferencia es marcada también en las formas gangrenosas. De los 41 casos gangrenosos que hemos tenido (apéndices gangrenados con o sin perforación), el 73 por 100 correspondía a la zona rural y el 26,8 por 100 a la urbana, o dicho de otro modo, el 29 por 100 de los casos rurales tiene gangrena y asimismo el 27 por 100 de los urbanos.

RESUMEN.

Se estudia la anatomía patológica de los enfermos con apendicitis aguda de 50 y más años a base de la estadística de la Casa de Salud Valdecilla, de Santander. Se hace una detallada clasificación anatomo-patológica. Resalta el hecho de la frecuencia de las formas graves. La precocidad de las lesiones es más acusada en esta serie que en la de TAYLOR. Predomina dentro del grupo de las gangrenas la forma masiva sobre la variedad "a parches". Se cita un caso de autoamputación apendicular por gangrena. Se pone en evidencia la fragilidad de las barreras fibrosas en los abscesos, citando dos casos instructivos sobre el particular. Aparte de la frecuencia de peritonitis, es también frecuente la existencia de líquido en la cavidad abdominal. Se estudian también los casos asociados a tiflitis y las diferencias anatomo-patológicas encontradas en los casos rurales y urbanos.

BIBLIOGRAFIA

- ARNOLD, W.—*Brun's Beitr. zur Klin. Chir.*, 158, 187, 1933.
 FERARD, L. y VIGNARD, P.—Edit. Masson. París, 1914.
 GARCIA-BARÓN, A.—*Rev. Esp. Enf. Ap. Dig. y Nutr.*, 1, 643, 1935.
 LEWIN, J.—*Brit. J. Surg.*, 19, 63, 1931.
 MAES, U., BOYCE, F. y MAC FETRIDGE, F.—*Am. J. Surg.*, 23, 157, 1934.
 MILLER, E. M.—*Surg. Clin. North Am.*, feb. 1940.
 MOLONEY, G. E.—*Brit. J. Surg.*, 35, 212, 1948.
 PIULACHS, P. y PLANAS GUASCH, J.—*Med. Clin.*, 5, 252, 1945.
 POWERS, J. H.—*Ann. Surg.*, 117, 221, 1943.
 STALKER, L. K.—*Surg. Gyn. and Obst.*, 71, julio 1940.
 TAYLOR, H.—*Lancet*, 2, 937, 1935.
 TAMAN, H. y LOHMAN, B.—*Med. Klin.*, 37, 1.235, 1934.
 WOLFF, W. I. e HINDMANN, R.—*Surg. Gyn. and Obst.*, 94, 239, 1952.

SUMMARY

The morbid anatomy of patients with acute appendicitis who are fifty years of age or over is reviewed on the basis of statistical data collected at Casa de Salud Valdecilla, Santander. A detailed pathological classification is given. The incidence of severe forms is high. The early occurrence of lesions is more marked in this series than in Taylor's. In the group of gangrenes the massive form prevails over the "pat-

chy" variety. A case of appendicular auto-amputation due to gangrene is reported. The fragility of the fibrous capsule of abscesses is evidenced with reference to two illustrative cases. Apart from the frequent occurrence of peritonitis, fluid is frequently found to be present in the abdominal cavity. Those cases associated with typhlitis and the pathological differences between urban and rural cases are reported.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird die pathologische Anatomie der Patienten mit akuter Appendicitis von 50 Jahren oder über dieses Alter hinaus auf Basis einer Statistik des Casa de Salud Valdecilla in Santander studiert, wobei eine ausführliche anatomo-pathologische Klassifizierung vorgenommen wird. Auffällig ist die Häufigkeit der schweren Arten und in dieser Serie stechen die früzeitigen Läsionen mehr hervor als in Taylor's Serie. In der Gruppe der Gangrän überwiegt die massive Art den Typ "in Flecken". Es wird der Fall einer Selbst-Amputierung des Wurmfortsatzes durch Gangrène zitiert. Hin gewiesen wird auch auf die Brüchigkeit der fibrinösen Schranken der Abszesse, wobei zwei sehr lehrreiche Fälle dieser Art zitiert werden. Abgesehen von der Häufigkeit der Bauchfellentzündung, kommt es auch oft zur Ansammlung von Flüssigkeit in der Bauchhöhle. Es werden auch die mit Typhlitis verbundenen Fälle studiert und die anatomo-pathologischen Unterschiede welche bei den Fällen vom Lande und aus der Stadt beobachtet wurden, besprochen.

RÉSUMÉ

On étudie l'anatomie pathologique des malades, avec appendicite aigüe, âgés de 50 ans ou plus, en se basant sur la statistique de la Casa Salud de Valdecilla, de Santander.

On fait un classement anatomo-pathologique détaillé et on souligne la fréquence des formes graves et la précocité des lésions qui, dans cette série, est plus accusée que dans celle de Taylor.

Dans le groupe des gangrènes c'est la forme massive qui domine sur la variété "à emplâtres". On mentionne un cas d'autoamputation appendiculaire par gangrène. On met en évidence la fragilité des barrières fibreuses dans les abcès, signalant deux cas très instructifs à ce sujet. Outre la fréquence de la péritonite, l'existence de liquide dans la cavité abdominale est également fréquente. On étudie aussi deux cas associés à typhlité et les différences anatomo-pathologiques trouvées entre les cas ruraux et urbains.