

LOS DATOS DE EXPLORACION CLINICA Y DE LABORATORIO EN LOS ENFERMOS DE MAS DE CINCUENTA AÑOS QUE PADECEN APENDICITIS AGUDA

M. DE JUAN MARTÍN.

Médico ex Interno del Servicio y ex Becario del C. S. I. C.
Logroño.
Casa de Salud Valdecilla.
Servicio de Aparato Digestivo. Jefe: Doctor GARCÍA-BARÓN.

En artículo anterior nos hemos ocupado de los datos sintomatológicos de la apendicitis

aguda en los viejos, a base de la estadística de 143 casos habidos en el Servicio de Aparato Digestivo de la Casa de Salud Valdecilla. Veamos a continuación lo referente a la exploración clínica y de laboratorio en estos enfermos.

Respiración abdominal. — La respiración abdominal es de ordinario normal. En las peritonitis puede haber respiración costal pura o disminución de la respiración abdominal, como señalan GARCÍA-BARÓN y PIULACHS y PLANAS GUASCH. Veamos los resultados de este dato objeto en nuestra serie:

RESPIRACION ABDOMINAL

TIPOS ANATOMICOS	Normal	Limitada	Abolida
Simples	38 (97,4 %)	1 (2,5 %)	0 (0,0 %)
Gangrenas	16 (80,0 %)	4 (20,0 %)	0 (0,0 %)
Perforadas	29 (90,6 %)	3 (9,3 %)	0 (0,0 %)
Plastrones	9 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Abscesos	24 (96,0 %)	1 (4,0 %)	0 (0,0 %)
Peritonitis	11 (61,0 %)	5 (27,7 %)	2 (11,1 %)
TOTAL	127 (88,8 %)	14 (9,7 %)	2 (1,3 %)

Casi la totalidad era normal (88,8 por 100), a pesar de que la inmensa mayoría de las apendicitis seniles (72,8 por 100) eran formas graves. Es curioso que nada menos que el 80 por 100 de las gangrenas, el 90,6 por 100 de las perforaciones y, sobre todo, el 61,1 por 100 de las peritonitis no tuviesen afectada la respiración abdominal. Esto indica la necesidad de un diagnóstico precoz y, sobre todo, señala las dificultades del reconocimiento de la enfermedad y de la gravedad de la misma. Hemos comparado el estado de respiración abdominal de nuestros 143 casos con los de los tres decenios anteriores, del período 1941-1950, en los que se obtiene una abolición o limitación de la respiración abdominal de un 10 por 100, 15 por 100 y 9,3 por 100, frente al 11 por 100 de los casos seniles. A primera vista los resultados pueden parecer idénticos, pero son muy distintos si pensamos en que a partir de los 50 años las alteraciones anatomo-patológicas son mucho más avanzadas.

Contractura. — La contractura puede o no existir, o aparecer tarde, en el curso de una apendicitis aguda, pero esto ocurre en mucha mayor elevada proporción, y aun en formas gravísimas, en los ancianos.

LAZARUS dice que la rigidez es signo tardío. DUBS encuentra una tensión muscular muy frecuentemente. MONDOR y WOOD la encuentran, en cambio, frecuentemente ausente. BOCKUS señala que, o no la hay, o es escasa.

La disminución de la contractura debe depender en parte del escaso margen de reacción que tiene el anciano y de la debilidad de su musculatura abdominal. Pensemos que en muchos viejos la musculatura ha perdido espesor, está atrofiada y muchas veces con degeneración grasa o fibrosa.

Aunque DOMENECH ALSINA reconoce que a menudo es intensa la contractura en la peritonitis difusa, otros como PIULACHS y PLANAS GUASCH la encuentran ausente en algunas peritonitis, así como en otras formas, pues faltó en un 53,1 por 100 de formas graves. GARCÍA-BARÓN se expresa semejantemente y recalca que la ausencia de contractura engaña a menudo y hace creer al médico que el enfermo aún no está en la fase peritoneal con su consecuencia de tardanza en la intervención y elevada mortalidad.

La contractura la hemos encontrado ausente en la mayoría de los casos (60,8 por 100), aunque no con tanta frecuencia como otros autores. He aquí nuestros datos:

	Simples	Gangrenas	Perforación	Plastrones	Abscesos	Peritonit.	Total
No contractura	32	14	18	7	12	4	87 (60,8 %)
Fosa iliaca derecha	3	4	9	2	12	3	33 (23,0 %)
Hipogastrio	0	0	0	0	0	0	0 (0,0 %)
Media infraumbilical	1	1	1	0	0	2	5 (3,4 %)
Media supraumbilical	0	0	0	0	0	1	1 (0,6 %)
Contrac. o contrac. tensión:							
Epigastrio	0	1	0	0	0	0	1 (0,6 %)
Hipocondrio derecho	1	0	0	0	0	0	1 (0,6 %)
Hemiacabdomen derecho	2	0	2	0	1	0	5 (3,4 %)
Todo vientre menos fosa iliaca izquierda	0	0	0	0	0	3	3 (2,0 %)
Fosa iliaca izquierda	0	0	0	0	0	1	1 (0,6 %)
Todo vientre	0	0	2	0	0	4	6 (4,1 %)

Como vemos cuando existe localizada generalmente a fosa ilíaca derecha, siguiéndole con mucha diferencia la generalizada a todo el vientre, que sólo hemos encontrado en las peritonitis y en algunas apendicitis perforadas con bastante reacción peritoneal. Llama sobre todo la atención el que no ya en las formas leves, sino muchas graves carezcan de ella. Sobre todo, resalta en las gangrenas (70 por 100), perforaciones (56,2 por 100) y peritonitis (22,2 por 100). Comparando nuestros datos con las tres décadas anteriores del lote de control, obtenemos en éstas un 10 por 100, 6 por 100 y 18 por 100, respectivamente, es decir, menos que el lote de ancianos, lo cual es sorprendente, pero no lo es

tanto si se piensa que los viejos tienen lesiones más graves y un horario de llegada generalmente más tardío.

Distensión abdominal.—Se encuentra con bastante frecuencia en los ancianos. No todos los autores están de acuerdo con su frecuencia. LEWIN cree que es frecuente hallar un vientre marcadamente distendido y timpánico. BOCKUS cree que la distensión es moderada. DUBS señala que a veces existe un meteorismo ligero. WOOD la encuentra en el 55 por 100 de los casos. POWERS sólo la halla en enfermos con peritonitis. MAES y MAC FETRIDGE dicen claramente que es más frecuente el hallazgo de una distensión blanda que la rigidez. Nosotros hemos encontrado en 34 casos:

DISTENSIÓN ABDOMINAL

TIPOS ANATÓMICOS	Con peristaltismo visible	Sin peristaltismo visible	Total
Simples	1 (2,5 %)	8 (20,5 %)	9 (23,0 %)
Gangrenas	1 (5,0 %)	1 (5,0 %)	2 (10,0 %)
Perforadas	0 (0,0 %)	10 (31,2 %)	10 (31,2 %)
Plastrones	0 (0,0 %)	3 (33,3 %)	3 (33,3 %)
Abscesos	0 (0,0 %)	6 (24,0 %)	6 (24,0 %)
Peritonitis	0 (0,0 %)	4 (22,2 %)	4 (22,2 %)
TOTALES.....	2 (1,3 %)	32 (22,3 %)	34 (23,6 %)

Generalmente, la distensión no ha sido intensa. Hemos encontrado la mayor parte de las veces distensión sin peristaltismo visible y solamente dos casos con peristaltismo visible coincidiendo con la forma de pseudo-ileo mecánico descrita por PIULACHS y PLANAS GUASCH. El mayor porcentaje de distensión lo hemos encontrado en los plastrones y en los perforados y el menor en las gangrenas sin perforación macroscópica. Creemos de interés este signo porque puede aparentar la existencia de un verdadero ileo y ser una causa de error o de dificultad en el diagnóstico.

Para WOLFF y HINDMANN la distensión es también más frecuente en los ancianos.

Dolor provocado.—Hay mucho desacuerdo en este punto. Mientras unos como DUBS dicen que siempre hay dolor circunscrito a la presión, o como WOOD, manifiestan que el dolorimiento en fosa ilíaca derecha sobre el punto de McBURNEY es el hallazgo más constante y que ocurri-

ría prácticamente en todos los casos, otros como BOCKUS dicen que el dolor al palpar puede ser mínimo o estar ausente. Como dice GARCÍA-BARÓN, hay que tener en cuenta para su valoración el influjo de los opiáceos, a los que ocasionalmente puede estar sujeto el paciente. También llama la atención sobre la frecuencia con que en las apendicitis perforadas sobre todo, existe el dolor en la zona central y en la periférica de la fosa ilíaca derecha, con máximo a veces en la periférica y sobre el elevado número de peritonitis en las que el dolor provocado queda limitado a la parte central de dicha fosa.

Nosotros nos inclinamos más a que el dolor es mínimo. Hemos comparado los datos en ancianos con los enfermos de 20 a 49 años del lote de control y hallamos no dolor en un 0,2 por 100 de los jóvenes y en un 4 por 100 de los viejos. El dolor en los jóvenes es predominantemente regular o intenso; en cambio, en los viejos es generalmente ligero o regular:

INTENSIDAD DEL DOLOR A LA PALPACIÓN

INTENSIDAD	Simples %	Gangrenas %	Perforadas %	Plastrones %	Abscesos %	Peritonitis %	Total %
No dolor	0	0	6,2	0	8	11,1	4
Intenso	15,3	25	25	0	32	33,3	23
Regular	28	45	40	44,4	28	27,7	34
Ligero	53,8	30	28	44,4	32	27,7	37
No consta	2,5	0	0	11,1	0	0	1

Estos datos corresponden a los ancianos.

INTENSIDAD	Simples %	Gangrenas %	Perforadas %	Plastrones %	Abscesos %	Peritonitis %	Total %
No dolor	0,3	0	0	0	0	0	0,2
Intenso	21	37,5	63	17	60	50	30
Regular	68	62,5	28	48	26	33	57
Ligero	8	0	7,9	31	8	16	10
No consta	0,7	0	0	4	4	0	1

Enfermos de 20 a 49 años.

Hemos comparado los datos de localización del dolor a la palpación también de los dos grupos de edades:

LOCALIZACION DEL DOLOR A LA PALPACION

LOCALIZACION	Simples %	Gangrenas %	Perforadas %	Plastrones %	Abscesos %	Peritonitis %	Total %
No dolor	0	0	6,2	0	8	11,1	4
Fosa ilíaca derecha	69,2	85	50	38,8	64	16,6	61
Hemiabdomen derecho	7,6	5	6,2	0	12	0	6,2
Media infraumbilical	5,1	0	28	0	0	16,6	9,7
Epigast. y fosa ilíaca dcha.	0	5	0	0	0	0	0,6
Hemiabdomen derecho y fo- sa ilíaca izquierda	0	0	3,1	0	0	0	0,6
Fosa ilíaca izquierda	0	0	0	0	0	11,1	1,3
Todo el vientre	17,9	5	6,2	11,2	12	44,4	15,3

Estos datos corresponden a los ancianos.

LOCALIZACION DEL DOLOR A LA PALPACION

LOCALIZACION	Simples %	Gangrenas %	Perforadas %	Plastrones %	Abscesos %	Peritonitis %
No dolor	0,3	0	0	0	0	0
Fosa ilíaca derecha	82	87,5	52	94	86	0
Hemiabdomen derecho	4	0	3	2	4	0
Todo menos fosa ilíaca izquierda	0,3	0	0	0	0	0
Mitad infraumbilical	5	12,5	28	0	0	50
Epigastrio	0,7	0	0	2,0	0	0
Epigastrio y fosa ilíaca derecha	0,7	0	0	0	0	0
Mitad supraumbilical	0	0	1,5	0	0	0
Hipocondrio derecho	0,3	0	0	0	4	0
Hipogastrio	0,7	0	0	0	0	0
Hemiabdomen inferior e hipocondrio derecho	0,3	0	1,5	2	0	0
Hemiabdomen inferior e hipocondrio izquierdo	0	0	1,5	0	0	0
Todo el vientre	1,5	0	11,1	0	0	50
No consta	1,5	0	0	0	4	0

Estos datos corresponden a los enfermos de 20 a 29 años.

En general, en ambas series el dolor predominante, con grandísima diferencia, es en fosa ilíaca derecha. En las apendicitis simples encontramos un porcentaje en fosa ilíaca derecha muy superior al de los ancianos a costa del dolor generalizado, que aumenta de 1,5 por 100 en el grupo joven al 17,9 por 100 en el viejo. En las gangrenas no hay grandes variaciones, ni en las perforaciones ni en los plastrones. En cambio, en los abscesos llama la atención la disminución senil del dolor en fosa ilíaca derecha, y en las peritonitis el aumento en los ancianos del porcentaje en mitad infraumbilical. En general, se observa también que en ambas series

hay globalmente, y en casi todas las alteraciones anatómicas, una clara desproporción a favor del aumento del dolor en todo el vientre. Es muy instructiva la desproporción de los casos sin dolor a la palpación. En los jóvenes sólo hay un caso, que era una apendicitis aguda simple. En cambio, en la serie anciana hay 6 (2 perforaciones, 2 abscesos y nada menos que 2 peritonitis), que representan un 4 por 100 del total, pero un 6,2 por 100, un 8 y 11,1 por 100 de sus respectivos grupos anatómicos.

Tacto rectal.—En general, todos los autores están de acuerdo en que a medida que avanza

y se extiende la infección peritoneal el tacto rectal se hace doloroso en un mayor número de casos. Sin embargo, si el tacto rectal es nega-

tivo no podemos excluir la apendicitis aguda ni que se trate de una forma grave de la misma. Nuestros datos fueron los siguientes:

TACTO RECTAL

GRUPOS ANATOMICOS	Doloroso %	Indoloro %	No se cita %
Simples	28,5	60,0	20,0
Gangrenas	25,0	50,0	25,0
Perforadas	30,0	56,6	13,3
Plastrones	28,5	—	—
Abscesos	52,0	30,4	21,0
Peritonitis	44,4	43,7	16,0
TOTALES	35,6	40,5	16,7

En él, el grupo en que no se citan datos muy probablemente es negativo, pues creemos que por ser así no se haya anotado. Sólo hemos encontrado en 23 casos (16 por 100) el Duglas abombado. En el resto era negativo o no había datos.

Hemograma.—En general, como dice BOCKUS, los datos del laboratorio son de poca significación diagnóstica y pronóstica. Igualmente se expresan MAES y MAC FETRIDGE y entre nosotros DOMENECH ALSINA. Sin embargo, GARCÍA-BARÓN y PIULACHS y PLANAS GUASCH opinan que la leucocitosis es más alta en las formas graves y que en general puede ser un índice del pronóstico. Respecto a la comparación con anteriores décadas, el acuerdo es casi general sobre la disminución de la leucocitosis en los viejos. Así, POWERS encuentra en éstos desde 5 a 9.000 leucocitos hasta 25 ó 29.000, y en cambio, en los jóvenes, desde 5 a 9.000 hasta 45 ó 49.000. KRAMER dice que en el 39 por 100 de sus casos la leucocitosis era casi normal, en el 41 por 100 ligeramente aumentada y sólo en el 20 por 100 restante superaba los 15.000.

Según WOLFF e HINDMANN, los datos leucocitarios no ayudan nada al diagnóstico de tipo anatómico, pues las diferencias de grupo son ligeras. WOOD halló una leucocitosis media de 16.000. Pero como dice BONDARENCO, el recuento leucocitario puede ser bajo e incluso existir leucopenia. ORTEGA SPOTORNO dice que casi siempre hay una leucocitosis muy elevada, y que si ésta no existe y sí en cambio una desviación a la izquierda, el pronóstico es malo. Para él, la velocidad de sedimentación es muy alta. MULLER señala la importancia que tiene la disminución de la capacidad de reacción general y de la médula ósea, principalmente en las alteraciones de la leucocitosis en la apendicitis aguda de los viejos. Por eso, la reacción general y el hallazgo local serían bastante pequeños a pesar del proceso destructivo. Respecto de la neutrofilia, MAES encuentra un 80 por 100 de polimorfonucleares.

En nuestra serie senil, la cifra media de leucocitosis al ingreso del enfermo fué de 14.500. La distribución por lesiones era como sigue:

simple, 14.000; gangrenosa, 15.400; perforada, 15.700; abscesos, 14.000, y peritonitis, 13.200, pudiendo verse que sirve algo como guía pronóstica. El tipo medio de fórmula leucocitaria era de 14 cayados, 69 segmentados y 14 linfocitos. El 3 por 100 restante se repartía muy variablemente en el resto de células blancas sanguíneas. Esta fórmula nos parece demasiado buena para tan graves lesiones.

En el lote de control de enfermos de 20 a 49 años, obtuvimos una leucocitosis media de 16.700 y una fórmula de 11 cayados, 62 segmentados, 19 linfocitos y un 8 por 100 variable entre el resto de las células blancas sanguíneas. Así que resulta que la leucocitosis en las décadas anteriores es más alta, y en cambio la fórmula leucocitaria es prácticamente semejante a la de los viejos, a pesar de que en éstos las lesiones graves son tan frecuentes, por lo que con más fundamento que en los jóvenes, en los ancianos no podemos guiarnos demasiado de los datos de laboratorio para hacer un diagnóstico de apendicitis aguda aun haciendo repetidos recuentos leucocitarios. A este respecto nos parece muy afortunada la conocida frase de KAPPIS: "No contar, sino operar."

RESUMEN.

A base de la casuística del Servicio del doctor GARCÍA-BARÓN, en la Casa de Salud Valdeciilla, se estudian los datos de exploración clínica y de laboratorio en las apendicitis agudas de los viejos. Sorprende el porcentaje de casos con respiración abdominal normal. La contractura muchas veces no existe o hay en su lugar una contractura-tensión. La distensión abdominal es bastante frecuente en los ancianos. El dolor a la presión es con frecuencia discreto. El tacto rectal puede ser negativo. Los datos de laboratorio en el anciano con apendicitis aguda son de poca significación diagnóstica y pronóstica.

Nota.—La Bibliografía va al final del tercer artículo sobre este tema.

SUMMARY

On the basis of the case records kept at Dr. García-Barón's Department, Casa de Salud Valdecilla, clinical examination and laboratory data on acute appendicitis in old patients are studied. There was a striking percentage of cases with normal abdominal breathing. Muscle spasm was often absent or replaced by contracture-tension. Abdominal distention was fairly frequent in patients of advanced age. Tenderness on pressure was often mild. Digital examination of the rectum was frequently negative. Laboratory data on old patients with acute appendicitis were of little diagnostic and prognostic significance.

ZUSAMMENFASSUNG

In der Abteilung von Dr. García-Barón in der Casa de Salud de Valdecilla, werden auf kasuistischer Grundlage die klinischen und laboratorischen Untersuchungsergebnisse bei alten Leuten mit akuter Appendizitis überprüft. Überraschend ist der hohe Prozentsatz von Fällen mit normaler Bauchatmung. Sehr oft besteht keine

Kontraktur, oder diese ist durch eine Kontraktur-Spannung ersetzt. Zu beobachten ist häufig eine Dehnung des Bauches. Der durch Druck hervorgerufene Schmerz ist oft nur gering. Die Mastdarmtouchierung kann negativ sein. Das laboratorium erbringt bei alten Leuten mit akuter Appendizitis nur Angaben von geringer diagnostischer und prognostischer Bedeutung.

RÉSUMÉ

Prenant comme base la casuistique du Service du Dr. García-Barón, de la Casa Salud de Valdecilla, on étudie les données d'exploration clinique et de laboratoire dans les appendicites aigües chez les vieillards. On est surpris par le pourcentage de cas avec respiration abdominale normale. Bien souvent, la contracture n'existe pas, ou, à sa place, il y a une contracture-tension. La distension abdominale fut assez fréquente chez les vieillards. La douleur à la pression est fréquemment discrète. Le toucher rectal peut être négatif. Les données de laboratoire chez le vieillard, avec appendicite aigüe, n'ont qu'une petite signification diagnostique et pronostique.

HERIDAS DE VIENTRE POR DISPARO DE ESCOPETA

A. GARCÍA-BARÓN.

Jefe del Servicio de Enfermedades del Aparato Digestivo en la Casa de Salud Valdecilla (Santander).

No puede, por desgracia, estar mejor justificada la extraordinaria gravedad atribuida de siempre a esta clase de heridas. Repasando la propia casuística, el campo no puede ser más desolador, hasta el extremo de que se hace difícil comprender el que de un disparo, con carga de perdigones, hecho dentro de los seis metros, y no en dirección tangencial al tronco, pueda salir con vida el herido de vientre. De ningún otro agente traumático, considerado de un modo global, ni arma de fuego ni explosivo, puede decirse otro tanto. Estos días he asistido a una pobre muchacha, pastora de la montaña, que sufrió la explosión de una moderna bomba de mano cuando, inadvertidamente, con ella manipulaba. Presentaba, como es frecuente en tales casos, amputación traumática de los antebrazos, lesiones irreparables en ambos ojos e infinidad de pequeñas heridas en el plano anterior del cuerpo; pero tan sólo una de éstas era penetrante en el vientre, donde había causado una rotura, sin importancia, en el borde anterior del hígado. Y en sus dos hermanitos, que la rodeaban en el momento del accidente,

las lesiones eran, por fortuna, mínimas. ¿Sorpresa? Acaso; pero ésta, rarísima vez se encuentra en las heridas penetrantes por cartucho de perdigones disparado a poca distancia.

ETIOLOGÍA.

Las circunstancias en que se producen las lesiones intraabdominales por escopeta son de dos órdenes:

a) *La imprudencia en el manejo del arma.*— Unas veces reside en la gravísima de malguardar en las casas las escopetas cargadas al alcance de los niños, o de adultos incompetentes, unido a la tendencia instintiva de aquéllos de apuntar con el arma a alguien que les rodee en cuanto cae en sus manos. Y otras, al atravesar matorrales o salvar obstáculos (tapias, alambradas, arroyos, etc.); o bien, simplemente, al resbalarse la escopeta de las manos.

Las escopetas antiguas, de percutores externos, permitían al portador y a los que le rodeaban darse cuenta fácilmente de si el arma, aunque cargada, estaba en situación de peligro o de inocuidad, si bien tenían el inconveniente de que para pasar de la primera situación a la segunda, primero había que sostener el percutor con el pulgar, mientras que, a continuación, se apretaba con el índice el gatillo correspondiente: de este modo se conseguía el descenso lento del percutor. Pero el disparo involuntario era frecuente: por haber resbalado el pulgar de su punto de apoyo, por estar el gatillo demasiado fino o por haber manejado el percutor de un lado y el gatillo del otro. En las escopetas modernas, de per-