

Nueva Orientación al Tratamiento Quirúrgico Actual de la Apendicitis

POR EL DR. J. ADALID Y CASTILLO

EL trabajo que voy a leer ante esta honorable Asamblea y que me corresponde en el turno de hoy, no persigue otra finalidad que la de contribuir aunque sea en parte bien pequeña, al esclarecimiento de algo que hasta hoy permanece ignorado, no obstante las observaciones numerosas y los datos aportados diariamente: quiero referirme a la apendicitis.

Hay, en efecto, en esta tragedia abdominal como la llama uno de nuestros más reputados cirujanos, el señor doctor Gabriel Malda, nuevos problemas por resolver, incógnitas aun no despejadas y detalles, que no por ser tales, dejan de tener grande importancia, dado que de éstos depende aquí, como en otros asuntos quirúrgicos, la vida de nuestros pacientes.

Sed pues benévolo para este esfuerzo raquítico, es cierto, pero que lleva nobles miras.

No voy a referirme a la patología del apéndice, ni a su síndrome, ni a otros asuntos, que aunque se refieran a él, alargarían demasiado este trabajo. Quiero ocuparme de un factor hasta hoy, creo yo se ha olvidado o cuando menos, no se ha tenido en cuenta, en tratándose del apéndice: me refiero al papel de los ganglios linfáticos ante el agente microbiano, es decir, la infección.

En tesis general, desde el punto de vista de la infección y del factor germen o toxina, tienen una misión importante que llenar, son barreras, verdaderos filtros, gracias a las células endoteliales y fijas del retículo, que en unión de los elementos mononucleares y de los leucocitos polinucleares llegados al ganglio en estado de inflamación, obran como fagocitos, juntamente con los leucocitos de nueva formación en el ganglio mismo resultando de todo esto, que los gérmenes sean destruidos, englobados o bien atenuados en su virulencia.

Ahora bien, todo proceso inflamatorio de la piel o de las mucosas, repercute en grado sumo sobre los vasos linfáticos y los ganglios tributarios de la región enferma en forma tal, que estos pueden ser considerados como puntos de concentración de los gérmenes y por lo mismo, desde el punto de vista fisiológico, como elementos activos de defensa frente al proceso inflamatorio. Así pues, todo proceso inflamatorio, presume como corolario la inflamación de los linfáticos y de los ganglios de la región tributaria enferma. Así por ejemplo, un padecimiento inflamatorio de los miembros inferiores, va acompañado de linfangitis y adenitis crural que puede llegar y de hecho así sucede, al adoneflegmón o a la adenitis supurada. Un padecimiento inflamatorio de los órganos genitales externos, tanto en el hombre como en la mujer, evoluciona conjuntamente con la linfangitis y adenitis inguinal o sea el bubón clásico que suele supurar. Y, así sucesivamente, siguiendo este orden de ideas, veremos manifestarse las lesiones anatomopatológicas de todos conocidas, en los vasos y ganglios linfáticos.

Estas consideraciones elementales, se aplican igualmente a los procesos inflamatorios desarrollados en la cavidad abdominal y por lo mismo, las infecciones del apéndice, obedecerán a las mismas leyes. Además, los órganos genitales internos de la mujer, ligados como están, íntimamente, por la red linfática con el apéndice, sus ganglios y los ganglios pélvicos y con mayor razón cuando existe el ligamento ovario-apendicular, pueden repercutir y de hecho así sucede, sobre el tejido linfoide del apéndice y viceversa.

A su vez, los ganglios apendiculares, pueden afectarse primitivamente sin que el apéndice tome parte y dar lugar a un síndrome apendicular descrito por Quénu con el nombre de «para-apendicitis».

Dicho lo anterior, réstame hacer algunas consideraciones someras sobre la anatomía e histología del órgano a que me refiero, por ser de utilidad para fundar las ideas que sustento.

La estructura histológica del apéndice, igual que la del intestino, solo se distingue por el gran desarrollo de tejido linfoide, pues el epitelio cilíndrico, estroma reticulado, muscularis mucosa y glándulas tubulares son idénticos; en cambio el tejido linfoide (foliculos cerrados), forman una capa discontinua, resultando semejante a la amígdala o a una gran placa de Peyer. De estos foliculos cerrados, de la capa submucosa, de este tejido adenoide parten los vasos linfáticos, que atravesando la túnica muscular, se continúan con los linfáticos subserosos del apéndice, ciego, colon ascendente, mesenterio.

No es ocioso hacer notar, que el tejido linfoide encuéntrase con mayor abundancia en la extremidad del apéndice.

Los vasos linfáticos del ciego, se encaminan hacia unos ganglios que

en número de 5 a 6, acompañan a las arterias ileocecales y envuelven por delante y por detrás, la parte terminal del ileón; situados unos en el espesor del repliegue ileocecal anterior y otros, aplicados sobre el lado póstero del ciego.

Los vasos linfáticos del ciego, se anastomosan con los del apéndice y con los de la porción terminal del ileón; en ocasiones estas anastomosis se hacen con los linfáticos de la fosa iliaca, cuando el ciego es adherente a dicha fosa.

Los vasos linfáticos del apéndice, según Clado y otros, se dirigen hacia el ángulo ilec-cecal con la arteria apendicular y terminan en unos ganglios situados en el espesor del meso y hacia su base. Estos mismos linfáticos del apéndice desembocan a los últimos ganglios mesentéricos, cuando los del meso no existen.

Por lo expuesto es fácil suponer, que si los ganglios linfáticos, se afectan en distintos procesos patológicos de los órganos de la cavidad pélvica, ¿por qué el apéndice contenido igualmente en aquél, ha de excluirse de estas nociones generales de la patología?

En efecto, si en el curso de una intervención quirúrgica sobre el apéndice, no se pierden de vista los factores a que me he referido, y se exploran cuidadosamente los ganglios mencionados anteriormente, se observará en ocasiones y no pocas, que aquellos se encuentran alterados mas o menos seriamente, con caracteres anatomo-patológicos bien aparentes: ganglios infartados más o menos rojizos, o bien manchas equimóticas unas veces, otras con porciones necrosadas, o bien francamente supurados, verdaderos bubones abdominales de origen apendicular.

En mi práctica he podido observar esto que yo digo y en algunas ocasiones, verificada ya la extirpación del apéndice, al explorar según tengo costumbre los ganglios de referencia, pude descubrir uno infartado en el espesor del meso apéndice y hacia la base de éste; ganglio voluminoso, del tamaño aproximado de una almendra, rojo obscuro, con puntos equimóticos y dando a la presión la idea de contener un líquido. Al lado de éste, había otros mas pequeños con caracteres anatomo-patológicos menos avanzados.

Extirpado el primero de aquellos, pudo comprobarse la existencia de un líquido francamente purulento en su interior.

Se terminó la operación como es costumbre y después, no pude menos que reflexionar sobre el porvenir del enfermo en el supuesto caso de haberse pasado inadvertida la existencia del susodicho ganglio; la tragedia habría sido segura en un lapso de tiempo mas o menos corto y esto, en medio de mi mayor asombro, toda vez que consideraría el peligro conjurado, retirándome tranquilo y satisfecho, con el bienestar del que cree haber cumplido una alta misión, como es la de extirpar un apéndice enfermo y

recordando el antiguo aforismo latino «sublata causa, tollitur effectus».

Quiero decir por tanto, que la extirpación del apéndice considerada hasta hoy, como el supremo esfuerzo quirúrgico en la curación de la apendicitis, no puede ser la solución lógica y científica del proceso infeccioso del apéndice, si la acción solo va dirigida a su eliminación.

No quiero referirme en esta tesis que sustento, a las apendicitis falsas o a las apendicitis simuladas o que parecen serlo; a los síndromes abdominales agudos confundibles con el apendicular; así como tan poco al sofisma apendicular, tan acertadamente llamado así por el Sr. Dr. Gabriel Malda, sino única y exclusivamente a la verdadera y positiva apendicitis, ya sea aguda o crónica, es decir, aquel proceso patológico caracterizado clínicamente por un cuadro sindrómico especial, así como también las lesiones anatomo-patológicas bien conocidas en sus distintas modalidades.

Es de todos conocido el hecho observado en algunas ocasiones de que la extirpación del apéndice no viene aparejada como aliada, con la curación y por lo mismo con la cesación del cuadro clínico propio de la apendicitis, es decir, con la curación radical del padecimiento y esto sin tener en cuenta la evolución de las complicaciones abdominales que por sí solas, cuando existen, tienen una evolución mas o menos favorable y determinada.

Por lo tanto una apendicitis tratada ya por la apendicectomía, puede continuar con un cuadro especial, o bien éste, desaparecer aparentemente y mas o menos tarde, reproducirse el cuadro clínico primitivo.

¿Cómo pues, una apendicitis, aparentemente curada por la extirpación del apéndice, puede reproducir mas o menos pronto un cuadro semejante al inicial? Problema y paradoja esta, que no se ha podido explicar satisfactoriamente, pero el hecho existe y me ha sido posible observarlo en algunas ocasiones. Enfermos aparentemente curados con un cuadro clínico reaparecido y operados nuevamente de abscesos enquistados, con peritonitis localizadas y aún lo que es peor, peritonitis generalizadas en las que a la abertura del vientre, sale abundante pus. Explicándose lo anterior, unas veces, por alguna complicación que existía ya durante el proceso apendicular y que al ser poco aparente en sus caracteres anatomo-patológicos, pasó inadvertida; otras, a una infección provocada en el momento de la intervención misma y en ocasiones, queda una duda imposible de explicar.

Algo semejante se observa en muchas de esas formas de apendicitis llamadas en dos o tres tiempos, que médicamente mejoran y aún hacen pensar en su curación, cuando inesperadamente sobreviene un cuadro abdominal aparatoso; el absceso enquistado, la supuración difusa, o la peritonitis hipertóxica.

Lo primero sería el apéndice, punto y origen de los síntomas abdominales y de ahí su principio clínico característico; después la invasión de

los linfáticos y del sistema ganglionar, de tal modo, que aún regresando por decirlo así, las lesiones anatomo-patológicas del apéndice, continuaría la evolución del proceso inflamatorio en los ganglios tributarios de aquél y terminando ya sea en la resolución o supuración de estos.

Tal sería en mi concepto, la explicación que podría yo darme con respecto a los hechos anotados anteriormente y basados en las observaciones ya dichas.

Lo expuesto ha servido para formar el criterio que norma mi conducta siempre y cuando me encuentro en condiciones de intervenir quirúrgicamente, en tratándose de una apendicitis aguda y con mayor razón de una crónica.

Exploración sistemática del conjunto ganglionar del meso apéndice, colon, etc., es decir, los ganglios de la celda cecal y la extirpación de estos mismos ganglios, cuando presenten signos anatomo-patológicos evidentes y que hacen temer la supuración y máxime, si ésta existe. Entendiéndose naturalmente que la apendicectomía, sera igualmente practicada.

Un argumento que podría oponerse a semejante conducta, consistiría en atribuir un posible o real peligro en la exploración de los ganglios a que me he referido, toda vez que esta, supone una búsqueda que puede comprometer la gran cavidad abdominal, desde el momento que las maniobras de exploración harían alejarse al cirujano de la zona clásica recomendada por los autores y que consiste en llevar toda acción, únicamente hacia el lado externo del apéndice vermiforme y del ciego, es decir, circunscribiéndose a la fosa iliaca respectiva.

La objeción anterior, es en mi concepto mas bien teórica que real, pues si el apéndice y el ciego, por las condiciones anatómicas del caso, permiten la movilización, y por ende una exteriorización mas o menos fácil, en este supuesto no hay que temer, pues una tracción de estos órganos hacia el exterior le permitirá la exploración minuciosa, sin comprometer la gran cavidad peritoneal; mas si por lo contrario, si las condiciones anatómicas no permiten la libre identificación de dichos órganos, tampoco sería fácil llevar a cabo el objetivo clásico de la intervención, es decir, la apendicectomía, pues sabemos de sobra que en estas condiciones, es muy difícil y algunas veces casi imposible verificarlo para lo cual es necesario extender el campo de acción, a fin de realizar el propósito.

Lo anteriormente expuesto, permite concluir en la siguiente forma:

1º—La extirpación clásica y vulgar del apéndice, en tratándose de la apendicitis, no basta para considerar el padecimiento terminado.

2º—La supresión del apéndice enfermo, solo excluye el punto de origen de la infección (estación central), pero no elimina los efectos inmediatos de esta, las complicaciones ganglionares (estaciones secundarias.)

3º—La ablación de los ganglios manifiestamente enfermos, tributarios de la zona ceco-apendicular, así como la apendicectomía clásica, deben ser finalidad completa del tratamiento quirúrgico.

4º—La técnica operatoria de la apendicectomía, debe emprender un nuevo tiempo de la intervención: la exploración meticulosa de los ganglios linfáticos mencionados y la extirpación de éstos, si las condiciones anatómo-patológicas, apreciadas lo requieren así.

Como corolario a las conclusiones anteriores, creo que en las intervenciones abdominales por afecciones ginecológicas de origen inflamatorio: supuraciones de órganos pélvicos, anexitis, etc., teniendo en cuenta la relación íntima, que por la vía linfática existe entre estos órganos y el apéndice, debe igualmente procederse en la misma forma.

No es otra cosa con igual conducta, la que se observa, en tratándose de las intervenciones quirúrgicas por neoplasmas malignos de origen genital en la mujer.

México, enero 12 de 1931.

JOSE ADALID Y CASTILLO.