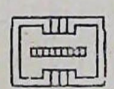
ZACHARY COPE

El Diagnóstico Precoz del Abdomen Agudo

NUEVA EDICION

411



COLECCION ESTUDIOS

3570

Reisling

ZACHARY COPE

El Diagnóstico Precoz del Abdomen Agudo

Traducido del inglés

POR EL

DR. JOAQUIN G. GARCIA

NUEVA EDICION



COLECCION ESTUDIOS

1933

Talleres San Vicente, Conferencia 635. Tel. 81996.

CAPITULO I

LOS PRINCIPIOS DE DIAGNOSTICO EN LAS ENFERMEDADES ABDOMINALES AGUDAS

Antes de entrar en la consideración detallada de los métodos de examen de las diversas formas de abdomen agudo, conviene sentar ciertos principios que forman la base de todo éxito diagnóstico en las enfermedades abdominales urgentes.

1. El primer principio es el de la **necesidad de hacer un serio y cuidadoso intento diagnóstico.**

El dolor abdominal es una de las condiciones más frecuentes entre las que exigen un rápido diagnóstico y tratamiento. Corrientemente, aunque no siempre, hay otros síntomas que acompañan al dolor, pero en la mayoría de los casos de enfermedad abdominal aguda, el dolor es el principal síntoma. Los diversos términos "abdómen agudo" y "urgencia abdominal" que son empleados constantemente en semejantes casos, expresan la necesidad urgente de un diagnóstico precoz y un tratamiento activo. Todo el mundo sabe, sin embargo, cuán difícil es, muchas veces, frente a un enfermo que sufre de dolor abdominal intenso, precisar la lesión intra-abdominal que dió lugar a los síntomas. En algunos casos puede ser tan obvia la necesidad de asistencia quirúrgica, como la de trasladar al paciente a un centro apropiado. En otros casos puede el observador, sin duda, considerar discreto discutir el problema con un compañero antes de decidirse sobre el curso de acción. Hay, sin em-

bargo, ocasiones en las que con síntomas un poco indefinidos puede haber tendencia a esperar el desarrollo de indicaciones más claras, para ver si las condiciones no llegan a mejorar espontáneamente y generalmente para contemporizar. Este último modo de proceder es el menos justificado; por eso es un plan prudente hacer siempre un intento cuidadoso para aclarar el problema cuando el paciente sea visto por primera vez. Aunque es imposible estar seguro en un gran número de casos, sin embargo, es una buena costumbre llegar en cada caso a una decisión, y al poco tiempo se comprobará que, cuando no se olvida el método, aumenta el porcentaje de diagnósticos correctos. No puede negarse que con esta conducta hay más probabilidades de curar. Asimismo el cirujano no está libre de culpa en esta materia por la tranquilidad y seguridad de operador ocasional que le inducen a realizar un examen un tanto superficial de algunos pacientes que su experiencia clínica le enseña tienen urgente necesidad de laparotomia. Si cada cirujano hiciese un apurado intento de diagnóstico perfecto, antes de operar, la ciencia de aclaración de las enfermedades abdominales agudas habría avanzado considerablemente. No hay campo en que el diagnóstico pueda ser tan preciso, puesto que en ningún otro grupo de casos tiene el cirujano mejor oportunidad para relacionar los síntomas con la patología del vivo.

Es sólo mediante un examen cuidadoso como puede llegarse a un diagnóstico, y, si las primeras fases de la enfermedad son bien reconocidas, debe tomarse nota de los síntomas más precoces. Los médicos generales tienen mejores oportunidades que ninguna otra clase de médicos para observar estos síntomas precoces, y, por paciente y cuidadosa observación, es posible, para la mayoría de ellos, aumentar el arsenal de conocimiento corriente. Intentar un diagnóstico evita el descuido, y descuido en el diagnóstico abdominal urgente está muy cerca de insensibilidad. Es una verdad vulgar decir que el diagnóstico correcto, es el preliminar esencial para un tratamiento correcto. Muchos y

graves resultados ha ocasionado algún observador irreflexivo por determinaciones perjudiciales que podían ser evitadas con un verdadero intento de diferenciación clínica.

El diagnóstico localizado puede ser magnífico, pero no es seguro. Es impresionante, pero aventurado. La deducción e inducción de hechos observados, necesarias para la formación de una opinión definitiva, es una buena disciplina mental para el observador, ayuda a imprimir en la mente percepciones y cuadros clínicos que pueden ser recordados en el futuro y da una sensación de satisfacción que sólo es ligeramente disminuída si la opinión resultante probara que era incorrecta. A menudo, si no siempre, se aprende más analizando y averiguando el proceso de error de un diagnóstico incorrecto que tomando fervor hacia sí mismo cuando el diagnóstico resulta correcto.

2. Quizá no sea problema considerar que, en el abdomen agudo, es de la mayor importancia **diagnosticar precozmente.** Como el hombre de negocios que tiene por lema "hacerlo ahora", el médico que se enfrente con un caso abdominal urgente debiera tener siempre ante sí las palabras "diagnosticar ahora". El paciente pide alivio, los parientes insisten en que debe hacerse algo, y el humano discípulo de Esculapio puede pensar que es su primer deber atenuar o desterrar la manifiesta agonía con la administración de un calmante. Tal proceder es, a menudo, equivalente a un error fatal. Aunque parezca cruel es beneficioso rehusar la morfina, mientras se esté o no cierto de la necesidad de intervención quirúrgica, es decir, hasta que se haya hecho un diagnóstico razonable. La morfina hace poco o nada para detener la grave enfermedad intra-abdominal, pero coloca delante de los síntomas una pantalla. El fuego quema, pero no es visible y alguna vez cuando se ve arder la vitalidad, ya el error está realizado. Si se le administra morfina a un paciente, le es posible morir felizmente en la creencia de que está camino de la mejoría, y, en algunos casos, el médico visitante puede por una vez ser inducido a compartir esa esperanza errónea. Es un hecho curioso y bien conocido

que muchos que tienen un dolor abdominal durante el día, resisten hasta tarde, antes de decidirse a llamar al médico. Resulta de esto que muchas veces son tomadas decisiones importantes, durante la noche, cuando el médico, con el trabajo del día y con las percepciones y facultades razonadoras un tanto cansadas, no está perfectamente ni física ni mentalmente. Con frecuencia es muy fuerte la tentación de contemporizar y "ver cómo están las cosas mañana". Hay pocos prácticos de experiencia que no recuerden con pena una o más ocasiones en que la demora ha sido causa del desastre. La actitud de espera es comprensible, pero rara vez excusable. Sospechar una invaginación, pensar que posiblemente puede haber perforación de una úlcera gástrica y, sin embargo, dejar indecisa la cuestión durante 9 o 10 horas, es jugar con la vida. En una demora de dos horas puede haber la diferencia entre dos semanas y dos meses de enfermedad para el paciente. El hecho de que el enfermo vaya al médico tardíamente, es la mayor razón para que se diagnostique lo más rápidamente posible. **La regla general puede enunciarse diciendo: que la mayoría de los dolores abdominales intensos ocurridos en pacientes que previamente se encontraban perfectamente bien y que duren seis horas, son causados por condiciones que necesitan intervención quirúrgica.** Hay excepciones, pero la generalización es útil y sirve para llamar la atención sobre la necesidad de un diagnóstico precoz. Actualmente está reconocido por los que están impuestos de los resultados quirúrgicos modernos, que el mejor y más justificado tratamiento de la úlcera perforada, apendicitis, colecistitis, embarazo ectópico y obstrucción intestinal, es la intervención quirúrgica. Está también perfectamente reconocido, que cuanto más precozmente llegan al cirujano semejantes casos, tanto mejores son los resultados. Cuando se recuerda, sin embargo, que la primer sutura afortunada de una úlcera gástrica perforada fué ejecutada hace sólo treinta años, que la extirpación de un apéndice enfermo como problema quirúrgico práctico data aproximadamente del mismo tiempo, que el abrir el abdomen

por obstrucción intestinal fué considerado hasta hace relativamente poco como el último recurso en vez del primero, hay que reconocer que la moderna actitud mental frente a las emergencias abdominales ha sido solamente adoptada en lo que lleva de vida esta generación. Pero el viejo punto de vista de la demora es aún tolerable en algunas comarcas cuyas costumbres cambian lentamente. Hay aún algunos que justifican la espera hasta que se forme absceso, en caso de apendicitis; algunos que defienden el ensayo de determinados métodos inciertos para reducir una invaginación, como inyecciones de líquido o aire por el ano, y hay ciertamente muchos, que tratan casos de obstrucción intestinal con procedimientos médicos para terminar mandándolos al cirujano después de varios días. La opinión pública necesita educarse sobre este asunto y tal educación deben de darla los médicos. La actitud de ciertos enfermos que aseguran — y juran sobre su afirmación — que quisieran más morir sin operación que curar teniendo que soportar ciertos procedimientos quirúrgicos, es seguramente el resultado de una imperfecta difusión del conocimiento de que la cirugía ofrece las mayores probabilidades de vida en semejantes casos.

La proporción de restablecimientos en abdomen agudo, aumenta de acuerdo con la precocidad de diagnóstico y tratamiento. Que hay una considerable cantidad de enfermedades abdominales diagnosticadas muy tardíamente, lo sugiere la siguiente estadística tomada de la Relación del Registrador General para Inglaterra y Gales en 1921. En este año murieron:

De apendicitis aguda.	2.711
De obstrucción intestinal.	2.535
De hernia.	1.652

Considérese solamente el último grupo. Aunque no tenemos datos particulares, está claro que la mayoría de estas hernias debieron de haber sido obstruídas o estranguladas. Una hernia estrangulada es la forma de obstrucción intestinal que debe ser, y muy probablemente es, la más

prontamente diagnosticada. ¿Por qué, entonces, la mortalidad? Porque no se considera que los peligros de la intervención operatoria precoz son menores que los de esperar y ver si la obstrucción se corrige por sí sola, bajo un tratamiento que no tenga carácter operatorio. Fomentos o una bolsa de hielo, o ambas cosas, no son tan seguras como una cuchilla y unas cuantas suturas. La maniobra de taxis está, según la opinión del autor, solamente justificada en casos de hernias fácilmente reducibles. Si en semejantes casos que muestran una causa tan manifiesta de obstrucción intestinal como la hernia estrangulada, la espera es permitida, comprenderemos en seguida por qué hay estadísticas como la señalada más arriba. En el diagnóstico precoz está la salvación de miles de vidas.

3. La precisión del principio de hacer un **examen rutinario cuidadoso** en cada caso de abdomen agudo, no necesita encomiarse. Si ha de hacerse un diagnóstico correcto, un examen rutinario completo debe ser la regla. Pocos dejan de tomar el pulso y la temperatura; sin embargo en crisis abdominales graves, muchos tienen al ser examinados, pulso y temperatura normales. Es más importante introducir el dedo en el límite inferior del tubo digestivo que colocar el termómetro en el superior. Mas precozmente se diagnosticarían los casos por la palpación del peritoneo pélvico que por la del pulso. Pocos se olvidarán de preguntar si eran o no estreñidos; pero muchos pueden olvidar que es tan importante someter la orina a ebullición. El examen más superficial está casi limitado a colocar la mano sobre el vientre del enfermo, y si se encuentra tenso y rígido, puede sospecharse una peritonitis local, aunque un estetóscopo aplicado a la parte inferior del pecho podría descubrir que el origen de los síntomas era una pleuresía diafragmática. El orden o método exacto que puede seguirse para el examen es asunto de elección o preferencia individual, pero el rutinario seguido por el autor está indicado y descrito en los capítulos siguientes.

4. Muchos exámenes del abdomen son imperfectos porque el médico no actúa teniendo en cuenta el importante **principio de aplicación de sus conocimientos de anatomía.** Es bueno habituarse a discurrir anatómicamente en cada caso donde el conocimiento de las relaciones estructurales puede ser ventajoso.

Son muy pocos los casos abdominales en que no pueda hacerse esto. La aplicación de la anatomía hace los diagnósticos más interesantes y más racionales. La explicación de algunos puntos dudosos, la diferenciación de las causas posibles de un dolor, la determinación del sitio exacto del foco enfermo depende, a menudo, de pequeños detalles anatómicos. Es corriente maravillarse con los exactos diagnósticos de los neurólogos, que están en su mayoría basados en un sólido conocimiento de la anatomía microscópica. Tal exactitud no es alcanzada en el diagnóstico abdominal, pero cree el autor que se conseguirá con el tiempo por la perfecta aplicación del conocimiento de anatomía y fisiología.

Se puede ilustrar mejor el valor de la aplicación de la anatomía al diagnóstico abdominal, considerando aquellas estructuras que son menos variables en su posición: músculos estriados y nervios cerebroespinales. Cada músculo: diafragma, psoas, cuadrado lumbar, erector, espínoe, músculos laterales del abdomen, recto, piriforme y obturador interno, puede tener una útil significación clínica, porque si alguno de ellos es irritado directa o reflejamente se produce dolor cuando las fibras musculares se mueven. Todo se relaciona con la rigidez del recto y de los músculos laterales del abdomen cuando hay un foco inflamatorio subyacente, pero pocos toman nota de la rigidez del diafragma en caso de absceso, por ser este músculo invisible e impalpable. Su inmovilidad puede deducirse, sin embargo, por la disminución de movimiento de la parte superior de la pared abdominal, y si se dispone de rayos X, la rigidez y falta de movimientos de diafragma pueden demostrarse directamente.

Se recordará que en algunos casos de apendicitis y de

otras enfermedades que afectan al músculo psoas hay flexión del muslo por contracción del músculo, consecutiva a irritación directa o refleja; ¿pero cómo no se hace, a menudo, a guna prueba de los grados menores de tal irritación, induciendo al enfermo a que se eche sobre el lado opuesto y extendiendo al máximum el muslo en el lado enfermo? Además, el obturador interno está cubierto por una fascia densa y no se irrita fácilmente por la inflamación pélvica;

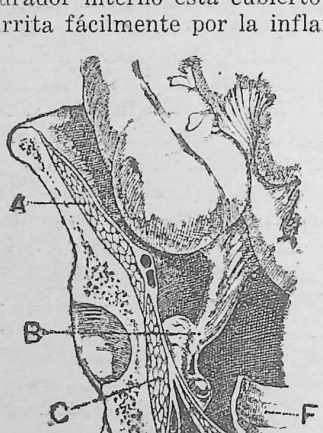


Fig. 1.ª—Dibujo en el que se aprecian las partes anatómicas que intervienen en la prueba del obturador. A = psoas ilíaco; B = apéndice inflamado, con un pequeño absceso; C = obturador interno; E = elevador; D = canal de Alcoch; F recto.

pero si hay un absceso (el producido por un apéndice que se rompe, por ejemplo) inmediatamente adyacente a la fascia, se producirá dolor si el músculo mediante su total movimiento de rotación lleva hacia dentro, hasta el límite extremo, el muslo flexionado. El dolor se refiere al hipogastrio. Este signo no se presenta en todos los casos de apen-

dicitis pélvica y puede ocurrir en otras afecciones de la pelvis, tales como un hematocele; pero cuando se presenta denota un definido cambio patológico (figura 1.ª).

También tiene importancia la aplicación del conocimiento del curso anatómico y distribución de los nervios segmentarios. Cuando un enfermo se queja de dolor lumbar que se irradia hacia el testículo correspondiente, se recuerda

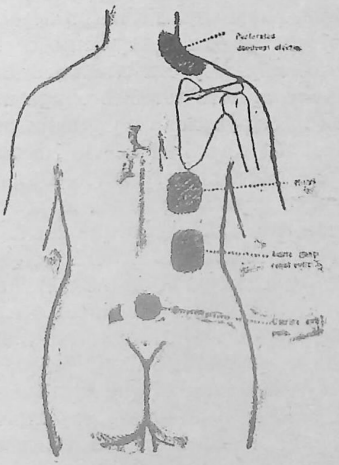


Fig. 2.ª.-Dibujo que muestra los sitios de la superficie posterior del cuerpo a los que se refiere el dolor en las enfermedades abdominales agudas. (Perforated duodenal ulcer = úlcera duodenal perforada; biliary colic = cólico biliar; acute poncreatitis, renal colic = pancreatitis aguda, cólico renal; uterine and rectal pain = dolor rectal y uterino.)

el hecho embriológico de que el testículo se desarrolla en la misma región que el riñón, y aunque baja al escroto poco antes del nacimiento, al sufrir, sin embargo, muestra simpatía hacia las estructuras abdominales que se han desarrollado cerca de él y sirve como indicador. Por supuesto, el

dolor referido al testículo no siempre denota afección primitiva génito-urinaria. Es probable que la mayoría de los nervios del apéndice lleguen del décimo segmento dorsal, así que el dolor en uno o ambos testículos puede ser producido en una apendicitis. También debe apreciarse la distribución dorsal del dolor referido. (Véase figura 2.ª).

Otro dolor segmentario de gran importancia es el referido del diafragma. Este músculo comienza a desarrollarse en la región de la cuarta vértebra cervical, de donde obtiene la mayor parte de sus fibras musculares. Fibras nerviosas, la mayoría del cuarto segmento cervical, acompañan a las fibras musculares y constituyen el nervio frénico. El crecimiento del contenido torácico obliga al músculo a desplazarse hacia la región caudal, y finalmente, se sitúa en el orificio inferior del tórax. El nervio frénico se alarga hasta acomodarse al músculo desplazado. Desde el punto de vista diagnóstico, la separación desde la posición primitiva es extraordinariamente valiosa, porque si se siente dolor sobre lesiones abdominales altas o torácicas bajas, o si se descubre hiperestesia en la región de distribución del cuarto nervio cervical, hay una fuerte presunción de que el diafragma esté irritado por lesiones inflamatorias o de otra clase. Hilton fué uno de los primeros en sugerir que el dolor de hombro debía referirse al camino que sigue el nervio frénico en esa región, y Ferguson probó experimentalmente, hace treinta años, que el nervio frénico contenía fibras aferentes y eferentes. No obstante, la significación en diagnóstico abdominal del dolor constante o intermitente en la región de distribución del cuarto nervio cervical, no es aún comprendida o es seriamente olvidada. El dolor de hombro puede ser el único signo capaz de producirse en el caso de un absceso silencioso del hígado que amenace perforar el diafragma. El dolor de agonía de una úlcera gástrica perforada se siente en uno o en ambos hombros, es proporcional a la irritación que ejerce el líquido al tocar el diafragma y depende de que sean excitadas las terminaciones nerviosas de uno o de los dos frénicos. También puede referirse dolor

al hombro en casos de abscesos subfrénicos, pleuresía diafragmática, pancreatitis aguda, litiasis biliar, rupturas de bazo y en algunos de apendicitis con peritonitis. El dolor se siente en la fosa supraespinosa, sobre el acromion o clavícula, o en la fosa subclavicular. (Fig. 3.a). Hay testimonio clínico para sostener la opinión que señala una correspondencia de distribución nerviosa sobre el diafragma y sobre la región acromioclavicular, ya que lesiones que afectan a determinada porción del diafragma producen dolor en la parte correspondiente del área escapular, en el mismo lado del cuerpo. El dolor en lo alto de ambos hombros indica una

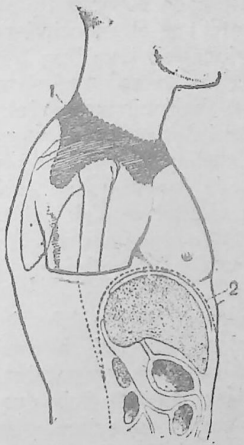


Fig. 3.a.—Esquema que indica: (1), la zona del hombro en la que puede producirse dolor por la irritación del frénico; (2), línea del diafragma.

irritación del centro del diafragma. El dolor de hombro es susceptible de ser tolerado, y entonces el paciente puede llamarlo "reumatismo".

También resultan errores diagnósticos de la falta de apreciación de otros puntos anatómicos: la falta de represen-

tación muscular en la pared abdominal de los segmentos que forman la pelvis, por cuyo motivo la irritación de los nervios pélvicos (por peritonitis pelviana) no produce rigidez abdominal. Puede haber un hipogastrio flácido; a pesar de existir una gran colección purulenta en la pelvis.

Las ilustraciones adjuntas sirven para demostrar la importancia de la aplicación de los conocimientos anatómicos al diagnóstico abdominal. No se necesita encomiar la gran importancia que tiene para la aclaración de la enfermedad abdominal el perfecto conocimiento de la implantación normal, posición y relaciones de la víscera.

5. La localización de lesiones inflamatorias está ayudada particularmente por el conocimiento de la anatomía, mientras que en lesiones obstructivas la aplicación de los conocimientos fisiológicos juega quizá el papel más importante. El problema del shock, la naturaleza de los movimientos y sensaciones del intestino, para no mencionar las diversas e importantes pruebas fisiológicas que demuestran el desarreglo funcional de las vísceras, están limitando total e íntimamente con el problema del abdomen agudo. También es muy importante el estudio del efecto de diversas toxinas sobre la víscera y los reflejos neuro-musculares del abdomen.

Un gran número de casos abdominales urgentes van acompañados por el dolor debido a condiciones anormales en tubos cuyas paredes están compuestas principalmente de fibras musculares lisas. En tales tubos no hay un alto grado de sensibilidad. Es posible aplastar, cortar o romper el intestino sin que el paciente, enteramente consciente, experimente ningún dolor; sin embargo, todos sabemos que el dolor se origina en el intestino. ¿Qué ocasiona tal dolor? Hurst, en sus lecciones, dadas hace algunos años, proporcionaba la respuesta. Los estímulos que se necesitan son estrechamiento o distensión del tubo. La prueba de que el dolor procede de un tubo de músculo involutario es, por consiguiente, indicadora de distensión por gas o líquido. Cuando esto ocurre, en grados benignos, en el intestino, se llama

flatulencia; en grados mayores, sea en el tubo intestinal, biliar, renal o uterino, se llama cólico. Los cólicos fuertes indican siempre obstrucción producida bien por distensión local o por contracción peristáltica violenta. Suceden por paroxismos y el dolor, que es a menudo atormentador, se refiere al centro simpático del que proceden los nervios, y también, a la distribución segmentaria correspondiente a la parte de la médula espinal, de donde salen los nervios simpáticos que han llegado a la víscera afectada. El cólico del intestino delgado produce dolor que se refiere principalmente al epigastrio y a la región umbilical, mientras que el cólico del intestino grueso es referido comúnmente al hipogastrio. El dolor del cólico biliar es por lo general sentido hacia la región escapular derecha, mientras que el renal se siente en el lomo e irradia al testículo correspondiente. Los cólicos fuertes son ciertamente una de las pruebas más terribles a que puede ser sometido el ser humano. El estímulo excesivo de los centros nerviosos se refleja dentro de los canales motores, de modo que los enfermos se agitan, se desfiguran y se doblan en una determinada dirección. Por tanto, un paciente con dolor paroxístico que se acompaña de una violenta inquietud, tiene con más probabilidad una obstrucción que una peritonitis; en el último caso el movimiento aumenta generalmente el dolor.

La fisiología del shock es un asunto que aún se discute y sobre el cual difieren grandemente las opiniones. Pero sea cualquiera el punto de vista que se considere, así como los exactos cambios metabólicos y nerviosos que son responsables de los síntomas, creemos que no se está lejos de admitir que en la enfermedad abdominal aguda pueden reconocerse dos variedades. Uno es el shock inicial o primario, debido al repentino estímulo de muchas terminaciones nerviosas, como sucede en la perforación de una úlcera gástrica en la cavidad general del peritoneo, o al fuerte estímulo de unas pocas, de lo que es ejemplo el cólico biliar. En la segunda variedad de shock, que puede llamarse shock tardío, tóxico o secundario, hay algunos síntomas similares

en una fase posterior, en parte por estímulos dolorosos de los nervios aferentes, pero principalmente por absorción de venenos que afectan directamente a los centros nerviosos más altos. El estadio terminal de este shock secundario se llama comúnmente colapso.

Entre el shock primitivo y el secundario, como aquí se describieron, hay, con frecuencia, un intervalo, un período latente, durante el cual el observador puede fácilmente ser engañado. En un caso de úlcera perforada el repentino estímulo de las terminaciones nerviosas del peritoneo o del tejido subperitoneal produce un shock grave. Después, una vez que se repone el equilibrio nervioso y el pulso, la respiración, temperatura y aspecto del paciente mejoran hasta el punto que puede pensarse que el proceso patológico se detuvo o curó. Rápidamente, sin embargo, los síntomas de peritonitis dominan la escena y uno se da cuenta de que el período de calma era una reacción fisiológica. Este período es la causa de muchos errores diagnósticos.

Otro importante hecho fisiológico es que la hiperestesia y defensa, debidas a la irritación de los nervios por lesión unilateral, no se aprecian comúnmente en el lado opuesto del cuerpo. Por ejemplo, una pleuresía del lado derecho produciría alguna vez hiperestesia, defensa y rigidez en la región ilíaca derecha, pero no en la izquierda. Presionando bien con los dedos en la fosa ilíaca izquierda y empujando profundamente hacia el lado derecho, a través de la línea media, se provoca defensa que indicará la existencia de una lesión inflamatoria profunda en la región ilíaca derecha.

6. Al diagnosticar enfermedad abdominal aguda es **necesario excluir siempre las enfermedades médicas**, antes de llegar a la conclusión de que ha de intervenirse quirúrgicamente. Algunos aspectos de enfermedades que pueden simular abdomen agudo sólo pueden aprenderse o en las salas médicas de un gran hospital o en una extensa práctica médica general. La fiebre tifoidea, impotencia cardíaca, nefritis crónica intersticial, arterioesclerosis, cirrosis hepática, peritonitis tuberculosa y otras muchas enfermeda-

des pueden ser, más pronto o más tarde, motivo de duda en diagnóstico abdominal. El que quiera prepararse concienzudamente para explorar y diagnosticar con acierto el abdomen agudo, debe, sea como fuere, saber cómo se emplean (si no está experto en el manejo) el oftalmoscopio, esfigmo-manómetro, leucocitómetro y el estetoscopio, por no citar aparatos para analizar la orina.

Abriendo el abdomen no se informa uno con claridad suficiente de cómo está el corazón. Ante un dictamen imperfecto no debe consentirse la intervención. La sección abdominal sólo debe ser hecha como recomendación de un dictamen maduro, después de una exploración cuidadosa. Es lamentable tener que decir, después que uno se ha muerto, que se desconocía que había una albuminuria intensa o que el enfermo padecía una tabes dorsal o que no se habían examinado sus pulmones. La tradicional superioridad del médico sobre el cirujano quizá no tenga importancia actualmente.

No obstante, si después de una exploración cuidadosa se llega a la conclusión de que hay dentro del abdomen una fase precoz de un proceso patológico que tiende a empeorar y que es susceptible de tratarse quirúrgicamente, no debería dudarse en recomendar la operación, serenamente, aunque el enfermo y sus parientes consideren que las circunstancias no son serias. El diagnóstico correcto es la base del consejo firme.

CAPITULO II

METODO DE DIAGNOSTICO: (1) LA HISTORIA

En el diagnóstico de enfermedad abdominal aguda está bien tener un método sistemático de examen, no para seguirlo servilmente, sino para modificarlo según las circunstancias. Con el aumento de la experiencia se capacita uno para pasar por alto algunas partes de la exploración (por ejemplo, una mujer colapsada y pálida, con una manifiesta hemorragia intraabdominal, no debe someterse a una exploración que acarree un riesgo hemorrágico ulterior); pero, en general y cuando las condiciones lo permiten, el método sistemático es útil.

El esquema adjunto, que se llena durante la exploración del enfermo, ha sido usado por mí en el St. Mary's Hospital desde hace algunos años, y puede considerarse como una guía general útil. Hay dos secciones esenciales en este esquema: una dedicada a la indagación de la historia de la enfermedad, por la que busca consejo el enfermo, y la otra reservada para el resultado del examen físico del mismo. La primera comprende la historia de la enfermedad actual y de algunas otras enfermedades anteriores que pudieran influir sobre el desarreglo presente.

Nombre del paciente..... ..... *Sexo*..... *Edad*...
Habita en.....
Tiempo y lugar de la exploración.....

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

FECHA EXACTA DEL COMIENZO. FORMA DEL COMIENZO. Agudo o gradual.

DOLOR.—(*a*) Situación al principio. (*b* ¿Ha cambiado?
(*c*) Carácter. (*d*) ¿Se irradia?
(*e*) Dolor a la micción.

VÓMITOS.—Antes, a la vez, o algunas horas después del dolor.
Frecuencia. Carácter.
NÁUSEAS.
INTESTINO.—¿Normal de ordinario? Tiempo de la última deposición.
¿Diarrea? ¿Había sangre en las heces?
MENSTRUACIÓN.—Fecha exacta del último período.
¿Fué más o menos abundante que los anteriores? Doloroso o no.

HISTORIA ANTERIOR

¿Hubo anteriormente enfermedades graves?
INDIGESTIÓN.—De haberla, ¿qué relación guarda con las comidas?
Tericia. Melena. Hematemesis.
Hematuria Pérdida de peso
CONFINAMIENTOS (si los hubiera).

ESTADO ACTUAL

PULSO PRESIÓN SANGUÍNEA. RESPIRACIÓN. TEMPERATURA.
ASPECTO GENERAL.
ABDOMEN.—Dolor. Sensibilidad. Estado de la piel. Rigidez. Distensión. Hiperestesia.
Movimientos a la respiración. Tumor o hernia externa.
Líquido libre. Macidez hepática.
Prueba de la rotación del muslo.
TACTO RECTAL.
EXPLORACIÓN DEL TÓRAX.
COLUMNA VERTEBRAL. REFLEJOS DE LA RODILLA. PUPILAS.
ORINA.—Sangre. Pus. Albúmina. Azúcar.
DESCARGA VAGINAL.
EXPLORACIÓN BIMANUAL.

Historia de la enfermedad actual.—Puede asegurarse confiadamente que un gran número de casos, si no la mayoría, de estados abdominales agudos podrían ser diagnosticados por la consideración cuidadosa de la historia del acceso. Eso es sólo posible, sin embargo, cuando cada síntoma es valorado cuidadosamente en relación con los demás y su significación comprendida adecuadamente.

Edad.—Conocer la edad de un paciente es útil, puesto que la aparición de ciertos hechos ocurre dentro de determinados años. La invaginación se presenta de ordinario en niños de menos de dos años; la apendicitis rara vez se presenta en la infancia, pero es muy frecuente en la adolescencia. La obstrucción del intestino grueso por una estrechez cancerosa se ve rara vez antes de los treinta años, es infrecuente antes de los cuarenta, pero es la causa más frecuente en personas de más de cuarenta años. La pancreatitis aguda se ve rara vez, o nunca, en individuos que no han llegado a la edad media de la vida. La perforación de una úlcera gástrica es muy rara por debajo de los quince años. Aunque la colecistitis y la torsión del pedículo de un quiste del ovario pueden ocurrir en la infancia, son mucho más frecuentes en la edad adulta. Todas las enfermedades debidas a trastornos de desarrollo del huevo o de sus membranas, sólo se encuentran, como es natural, en mujeres embarazadas.

Tiempo exacto y forma del comienzo.—Con frecuencia el paciente puede fijar el tiempo exacto en que apareció el dolor. El despertar por un dolor abdominal agudo es tan alarmante que no se olvida. La apendicitis aguda muy frecuentemente y la perforación de una úlcera gástrica no rara vez, comienzan de esta manera. No es lo ordinario que el dolor empiece así.

Muchas enfermedades agudas parecen ser precipitadas por un pequeño esfuerzo o por el disturbio interno causado por el trabajo energético de un aperitivo. Muchos casos de apendicitis incipiente empeoran rápidamente después de la administración de aceite de castor o sus equivalentes. El

aumento temporal de la presión intraabdominal, producido por el pequeño esfuerzo de un estiramiento, puede causar el hundimiento del delgado fondo de una úlcera gástrica o la ruptura de un embarazo tubárico.

Es también importante determinar si la enfermedad empezó inmediatamente después de alguna irritación; estímulos abdominales aparentemente triviales pueden acompañarse, o ser seguidos, de lesiones graves.

La agudeza del comienzo da alguna indicación sobre la gravedad de la lesión. Preguntar si el enfermo se desmayó o cayó en colapso al comienzo de los síntomas. La perforación de la úlcera gástrica o duodenal y la pancreatitis aguda, son, quizá, las únicas enfermedades abdominales que hacen desmayarse al hombre. En la mujer, produce ordinariamente desmayo la ruptura de una gestación ectópica.

Muchos casos de obstrucción intestinal comienzan gradualmente y culminan en una crisis aguda. Sin embargo, la estrangulación del intestino va acompañada desde el comienzo por síntomas muy agudos. Así ocurre también en casos de torsión del pedículo de un quiste del ovario.

Conocer el tiempo exacto del comienzo es útil para calcular los probables cambios patológicos que hayan seguido; por ejemplo: no es corriente para un apéndice perforarse dentro de las veinticuatro horas que siguen al comienzo de los síntomas; de este modo, excepto cuando haya signos ciertos de peritonitis difusa, se puede hacer un mejor pronóstico para la operación de la apendicectomía si es ejecutada dentro de aquel tiempo. Además, es sólo por la averiguación del momento preciso del comienzo como puede decirse si el aparente bienestar del enfermo corresponde a la fase de reacción que se observa en ciertas condiciones, principalmente en enfermos con úlcera gástrica perforada.

Dolor.—Se asigna la mayor importancia a la muy cuidadosa consideración del comienzo, distribución y carácter del dolor.

Situación del dolor al principio.—Cuando la cavidad peritoneal es repentinamente invadida bien por sangre (a

causa de la ruptura de un embarazo tubárico), por pus (de un piosalpinx que se abre) o por un líquido irritante (a causa de la perforación de una úlcera gástrica), suelen decir que sienten desde el principio el dolor "por todo el abdomen". Pero la máxima intensidad del dolor, al comienzo, está en el abdomen superior en el último de los casos mencionados, y en el inferior en los dos primeros. En la úlcera duodenal perforada el dolor puede ser al principio más agudo en el hipocondrio derecho y en las regiones lumbar e ilíaca del mismo lado, debido a que el líquido irritante desciende principalmente por el lado derecho del abdomen.

El dolor procedente del intestino delgado, débase a cólico, obstrucción orgánica o estrangulación, es siempre sentido primero, y principalmente, en las áreas epigástrica y umbilical del abdomen; es decir, en la zona de distribución de los nervios torácicos noveno a undécimo, que inervan el mesenterio común. Recordando que los nervios apendiculares tienen el mismo origen que los que inervan el intestino delgado, no es de extrañar que el comienzo de un ataque de apendicitis se sienta ordinariamente en el epigastrio. Cuando el intestino delgado está adherido a la pared abdominal, el dolor causado por sus movimientos peristálticos se refiere a la parte de aquélla a la que está adherida el intestino.

El dolor de las afecciones del intestino grueso se siente de preferencia, al principio, en el hipogastrio o en el sitio de la lesión (ciego, colon ascendente y descendente) cuando el meso-caecum o mesocolon es muy corto o falta.

El cambio o localización del dolor es a menudo significativo. Después de un golpe en la parte superior del abdomen, si el dolor local aquejado al principio en el sitio del traumatismo se refiere, al cabo de pocas horas, al hipogastrio, debe sospecharse la ruptura del intestino, con la consiguiente gravedad, por la caída del líquido a la pelvis. Asimismo la localización del dolor en la fosa ilíaca derecha unas horas después del dolor epigástrico es, ordinariamente, debida a apendicitis. (Hay ocasiones en que puede apre-

ciarse lo mismo en caso de perforación de úlcera pilórica o duodenal).

El carácter del dolor es, en ocasiones, una ayuda en cuanto a la naturaleza y gravedad de la enfermedad. El dolor general abrasador de una úlcera gástrica perforada, el agónico de una pancreatitis aguda, el dolor constrictor agudo que afecta siempre a la respiración en un ataque de cólico biliar y el dolor atenazante de muchos casos de obstrucción intestinal, contrastan con el dolorimiento agudo de muchos casos de apendicitis con absceso o con la molestia dolorosa fija y constante de una pionefrosis.

La radiación del dolor sirve frecuentemente para diagnosticar. Es especialmente clara en los cólicos en que el dolor irradia hacia el área de distribución de los nervios que proceden del segmento de la médula espinal que inerva la parte afectada. Así, en el cólico biliar el dolor es referido de ordinario a la región situada por debajo del ángulo inferior de la escápula derecha (octavo segmento dorsal), mientras que el cólico renal es sentido, por lo general, en el testículo del mismo lado.

En muchas afecciones de la parte superior del abdomen e inferior del tórax, el dolor se refiere a lo alto del hombro del mismo lado de la lesión (véase capítulo primero) y debiera buscarse siempre cuidadosamente, así como el dolor o sensibilidad sobre la fosa supraespinosa, el acromión o la clavícula.

Es útil averiguar siempre si el dolor es influenciado por la respiración. El dolor pleurítico se acentúa al hacer una inspiración profunda y disminuye o desaparece durante la pausa respiratoria. El cólico biliar puede causar inhibición de los movimientos del diafragma y el dolor puede aumentar con una respiración forzada. En algunos casos de peritonitis, absceso intraperitoneal o distensión abdominal debida a obstrucción intestinal, el dolor se produciría en la inspiración.

Variedades especiales del dolor.—Es necesario preguntar si hay algún dolor durante la micción, pues la presen-

cia o ausencia de tal dolor es en general de gran significación. Además de su producción por circunstancias primordialmente urinarias, tales como pielitis, cálculo en riñón o en uréter, hidronefrosis aguda, el dolor a la micción no es infrecuentemente producido por un absceso pélvico que toca a la vejiga o por un apéndice inflamado que irrita el uréter derecho. El dolor en los testículos debe esperarse en el cólico renal, pero también se encuentra en ocasiones en apendicitis aguda.

Vómitos.—En lesiones abdominales agudas, aparte de la gastritis, los vómitos son casi siempre debidos a una o más de estas tres causas:

(1) **Irritación intensa de los nervios del peritoneo o del mesenterio**, como sucede a consecuencia de la perforación de una úlcera gástrica o de un apéndice gangrenoso o por la torsión del pedículo de un quiste del ovario.

(2) **Obstrucción de un tubo muscular involuntario**, ya sea conducto biliar, uréter, canal uterino o intestino.

(3) Acción de toxinas absorbidas, sobre los centros medulares.

(1) Poca imaginación se necesita para describir la intensidad de estimulación de las terminaciones nerviosas en el peritoneo por el jugo gástrico ácido fluyendo libremente en la cavidad peritoneal, ni es sorprendente que un paciente vomite en seguida después del ataque de tal irritación. Pero el rápido y copioso derrame de líquido, que afluye desde la superficie peritoneal irritada, diluye rápidamente el jugo gástrico ácido y disminuye la irritación; por esto los vómitos no son, por lo general, prolongados después de la perforación de una úlcera gástrica.

En la pancreatitis aguda el plexo celíaco está tan íntimamente asociado con el órgano inflamado, que el estímulo reflejo es muy grande y los vómitos son por esto

muy acentuados. Con frecuencia persisten, ya que no hay mitigación de los fuertes estímulos, salvo operación o gangrena del órgano.

La estrangulación de un trozo de intestino y la torsión del pedículo de un quiste del ovario, son ejemplos de catástrofes repentinas en las que un rápido y grave estímulo de algunos nervios simpáticos ocasiona vómitos que aparecen precozmente y son persistentes.

(2) El estiramiento de músculos involuntarios produce dolor, y si el estiramiento es extremo aparecen vómitos. La obstrucción de alguno de los tubos musculares causa contracción peristáltica y consecuentemente estiramiento de la pared muscular debido a la distensión, y por eso los vómitos son frecuentes con semejante obstrucción. Esto se aprecia bien en todos los cólicos biliar, renal, intestinal y uterino. Por detrás de la obstrucción el tubo comienza a dilatarse algo, y como cada onda peristáltica pasa a lo largo, la tensión y estiramiento de las fibras musculares son temporalmente aumentados, así que el dolor del cólico aparece corrientemente en el espasmo. Los vómitos, por lo general, aparecen cuando el dolor es máximo.

En la obstrucción intestinal hay otro factor adicional: que el contenido del intestino no puede progresar mecánicamente hacia adelante y se establece una corriente invertida, probablemente como resultado del antiperistaltismo. El contenido del intestino, a veces en tan gran cantidad por un lado como por otro del sitio de la obstrucción, es vomitado.

(3) Los vómitos tóxicos se ven en casos de peritonitis séptica. Es posible que en la obstrucción intestinal el vómito sea parcialmente debido a los efectos de venenos absorbidos, sobre los centros medulares.

Relaciones entre el dolor y el vómito.—Es importante averiguar siempre el tiempo exacto del vómito, relacionándolo con el comienzo del dolor. Con rápidos y fuertes estímulos del peritoneo o del mesenterio, el vómito es precoz y aparece inmediatamente después del dolor. En la obs-

trucción aguda del uréter o de los conductos biliares por un cálculo, el vómito es precoz, rápido y violento. En la obstrucción intestinal, la duración del intervalo anterior al vómito da alguna indicación sobre la situación de la obstrucción en el intestino. Si el duodeno llega a ser obstruído por un cálculo biliar, el vómito aparece casi tan pronto como el dolor y es por una vez, y hasta que el cálculo pasa, frecuente y violento. Si el cabo más inferior del íleon es apretado (excepto por estrangulación que conduce al vómito precoz), los vómitos pueden ocurrir hasta cuatro o más horas después, según la agudeza de la obstrucción. En la obstrucción del intestino grueso, el vómito puede ser un hecho enteramente tardío, aunque muy a menudo se presentan náuseas en estadios más precoces.

En la apendicitis el dolor casi siempre precede al vómito, corrientemente tres o cuatro horas, alguna vez doce o veinticuatro y aun más. Es raro verdaderamente que el vómito aparezca a la vez que comience el dolor, y muy raro que haya dolor fuerte después del vómito.

La frecuencia del vómito varía, de ordinario, según la agudeza de la enfermedad. Vómitos frecuentes al **comienzo** del ataque de apendicitis aguda indican que el apéndice está distendido en el lado distal de una estrechez o concreción y señala el peligro inmediato de perforación. Vómitos frecuentes tardíos en el curso de una apendicitis indican generalmente extensión de la peritonitis.

Hay, sin embargo, muchas circunstancias abdominales graves en las que el vómito es infrecuente, ligero o falta. La hemorragia interna por ruptura de una gestación ectópica se acompaña a menudo de pequeños vómitos y hasta pueden faltar. Después del shock inicial por la perforación de una úlcera gástrica o duodenal, hay con frecuencia un período latente antes de que los síntomas de peritonitis se hagan evidentes. Durante este período puede no haber vómitos y pueden pasar desapercibidas las náuseas.

En obstrucción del intestino grueso, el vómito es un síntoma tardío o infrecuente. Esto tiene importancia en ca-

sos de invaginación, donde la ausencia de vómitos puede engañar en cuanto a la agudeza y peligro de la enfermedad.

En obstrucción alta de intestino delgado, el vómito es frecuente y abundante.

El carácter del vómito debe ser apreciado. En la gastritis aguda, que en casos graves puede dar lugar a síntomas abdominales alarmantes, el vómito consiste en el contenido del estómago, posiblemente mezclado con un poco de bilis. En los cólicos, el vómito es comúnmente bilioso. En casos de grave shock simpático, como ocurre en la torsión aguda de una víscera, es común que el paciente tenga náuseas frecuentes, pero escasos vómitos.

En la obstrucción intestinal varía el carácter de las materias vomitadas. Primero es expulsado el contenido gástrico, después materias biliares verdoso amarillentas, amarillentas y, finalmente, líquidos parduzcos y malolientes. El vómito fecaloideo es patognomónico de obstrucción del intestino, sea mecánica o paralítica.

Náuseas y pérdida de apetito se producen en mucha gente que no vomita. En algunos pacientes es evidente la necesidad de un mayor estímulo para producir el vómito que en otros. En una misma persona diferentes grados de la misma clase de estímulo pueden producir anorexia, náuseas o vómitos. Por eso es siempre importante indagar acerca de las dos primeras, así como de los últimos. La pérdida aguda del apetito es siempre significativa. En un niño especialmente una repentina aversión por los alimentos, acompañada de dolor abdominal, debe siempre inclinar a hacer un examen cuidadoso acerca de la apendicitis. Preguntando al muchacho es fácil descubrir la última comida que hizo y lo primero por lo que no tuvo anhelo.

Intestinos.—Es corriente investigar el estado del intestino, pero es poco prudente atribuir demasiada importancia al simple hecho de la constipación si no va acompañada de otros síntomas. Lo que tiene más importancia es una notable desviación del previo estado normal del intestino. En una persona acostumbrada a la evacuación regular, dia-

ria, de su intestino, la aparición de constipación durante varios días puede ser de importancia, especialmente si se acompaña de dolor abdominal o de flatulencia.

El paso de pequeña cantidad de heces sueltas por efecto siempre de la diarrea, es común al principio de algunos ataques de apendicitis en los niños. Cuando el dolor hipogástrico y la diarrea son seguidos por sensibilidad hipogástrica y constipación es de sospechar un absceso pélvico.

La presencia de hemorragias manifiestas o sutiles en las heces se preguntará después y se comprobará. La significación de la sangre y del moco en el diagnóstico de invaginación es bien conocida.

Menstruación.—Ya que la preñez y los trastornos de la menstruación juegan un papel importante en la salud y enfermedad de las mujeres, es necesario indagar acerca de la regularidad de la menstruación. No basta preguntar si los períodos son regulares; debe ser determinada la fecha exacta del último período y anotada toda irregularidad. Lo que ocurra unos días antes y después del período normal, una mayor o más profusa pérdida u otra vicisitud, se tendrá en cuenta. Muchas pacientes con gestación tubárica toman como pérdida menstrual normal la pérdida uterina que tiene lugar por un aborto amenazante o ruptura tubárica si la hemorragia acontece al coincidir con el tiempo del ordinario período menstrual. En tales casos, sin embargo, es casi siempre posible, por interrogatorio cuidadoso, determinar que la pérdida es, en cierto sentido, anormal.

El dolor acompañando al período de una mujer que ordinariamente no tiene dismenorrea, debe hacer pensar en la amenaza precoz de aborto, embarazo tubárico o alguna otra circunstancia asociada al embarazo.

Historia anterior.—Es conveniente averiguar lo concerniente a enfermedades anteriores, tales como fiebre tifoidea, peritonitis, apendicitis o neumonía, que pueden posiblemente tener alguna influencia sobre la enfermedad actual.

Ya que muchos, si no la mayoría, de los dolores abdo-

minales son llamados negligentemente indigestiones, la indagación ha de dirigirse directamente a la aparición de algún dolor que tenga relación con la ingestión de alimento. Dolor que aparece sobre dos o dos horas y media después de la comida, sugerirá úlcera duodenal. Dolor epigástrico constante que empeora con la toma de alimento, hará sospechar carcinoma o úlcera crónica del estómago. Dolor en el epigastrio o en el hipocondrio derecho relacionado irregularmente con las comidas, está en armonía con la presencia de cálculos biliares.

Ataques previos de ictericia, melena, hematemesis y hematuria deben ser indagados después brevemente, y será bueno descubrir si ha habido gran pérdida de peso.

Debe de determinarse también si hubo residencia previa en climas tropicales o alguna historia disentérica.

En una mujer se tendrán en cuenta las retenciones y embarazos anteriores.

CAPITULO III

METODO DE DIAGNOSTICO: (II) LA EXPLORACION DEL ENFERMO

El aspecto general.—La expresión facial del paciente suministrará, en ocasiones, una prueba valiosa de la grave naturaleza del dolor de que se queja. La faz pálida o lívida, con frente sudorosa, de un enfermo que sufre el shock inicial de una úlcera gástrica perforada, de pancreatitis aguda o de estrangulación aguda del intestino, es suficientemente distintiva; mientras que la palidez mortal y respiración anhelante de una mujer con hemorragia interna por ruptura de un embarazo tubárico, deja alguna duda respecto al diagnóstico. Pero las apariencias son a menudo engañosas y, en relación con el abdomen agudo, es importante reservar la opinión sobre la reacción del shock inicial que de ordinario ocurre y se hace latente aun en las más graves enfermedades internas. Muchos cirujanos de experiencia han visto enfermos con perforación de úlcera gástrica que por su aspecto no indicaban las graves circunstancias intraabdominales que estaban sufriendo. La llamada facies abdominal no es infrecuente que falte en algún caso abdominal. En la mayoría de casos de apendicitis precoz, el aspecto facial no ayuda mucho. Pero en estadios tardíos de toda variedad de enfermedad abdominal aguda, la faz dice mucho más al observador de lo que él necesita conocer, aunque es triste aprenderlo. La mirada empañada de los ojos y el rostro ceniciento del que sufre una toxe-

mia grave, o las mejillas y órbitas hundidas del paciente que ha estado vomitando repetidamente por obstrucción interna o peritonitis avanzada, pueden reconocerse por el clínico hábil. El dorso de la mano del observador colocado sobre la nariz y mejillas del enfermo, determinará, a menudo, si se presenta el shock o amenaza el colapso, pues nariz y mejilla frías son indicadoras por lo general de uno o de otro. Si se observa que las alas de la nariz se mueven, la atención debe dirigirse principalmente al tórax, pues una alta temperatura con movimientos del ala de la nariz indica generalmente neumonía. Debe recordarse, sin embargo, que algunos estados abdominales que impiden en cierto modo el movimiento del diafragma, deben acompañarse de aleteo nasal.

La actitud en la cama es digna de ser notada. La inquietud de los que sufren cólico grave o hemorragia intraperitoneal, contrasta con la inmovilidad y aversión al movimiento que manifiesta la mayoría de los que sufren peritonitis. Rogad a un enfermo con perforación de una úlcera gástrica que gire sobre un lado y se verá entonces la dificultad, cuidado y dolor con que el movimiento se realiza. Con peritonitis extensa las rodillas están frecuentemente flexionadas para rebajar la tensión abdominal.

En los estadios precoces de algunas enfermedades del abdomen, sin embargo, no se obtiene gran ayuda de la observación de la actitud.

El pulso es un factor a tener en cuenta como guía en el diagnóstico o pronóstico en los estadios precoces de enfermedad abdominal aguda. Hay que exceptuar el pulso rápido y débil del estadio de shock inicial de algunas de las catástrofes abdominales; pero se puede justificar la inseguridad del pulso como guía general, por la circunstancia que todo operador de experiencia conoce, a saber: que el pulso **puede** ser de fuerza regular y de frecuencia normal aunque haya un apéndice inflamado, un intestino roto o una obstrucción intestinal o aun (rara vez) un páncreas infla-

mado que produzca el dolor abdominal. Un pulso normal no indica necesariamente un estado normal del abdomen.

Por otra parte, un aumento de frecuencia del pulso acompaña constantemente a los estadios más avanzados de peritonitis y de hemorragia, y después de la lesión abdominal el examen cuidadoso del pulso, hora por hora, tiene gran valor para apreciar la naturaleza o gravedad del trastorno intraabdominal. En peritonitis avanzadas también hay frecuentemente una pequeña irregularidad en la fuerza del pulso, y, en ocasiones, alguna intermitencia que puede tener significación.

El pulso de las peritonitis tardías—pequeño, duro y tan rápido que puede ser casi incontable—es un acontecimiento terminal y siempre de mal pronóstico.

Si la enfermedad abdominal aguda ha sido diagnosticada en los estadios precoces, observará el práctico que vea el caso al principio, que muchos enfermos, por no decir los más, con graves lesiones agudas del abdomen, tienen pulso normal durante un tiempo considerable en los estadios precoces.

El número de respiraciones tiene importancia, de preferencia para diferenciar la enfermedad torácica de la abdominal. Si el número de respiraciones se eleva al doble de lo normal, al comienzo de la enfermedad, la lesión causal tiene probablemente un origen torácico. En peritonitis general, sin embargo, o en casos de obstrucción intestinal con gran distensión o en graves hemorragias intraabdominales, la respiración puede ser mucho más precipitada que normalmente, y, en ciertas personas nerviosas, producen respiración superficial y más rápida. La relación entre el pulso y la respiración tiene mayor valor para el diagnóstico.

Temperatura.—Una temperatura subnormal, normal o elevada puede acompañar a una enfermedad abdominal aguda. Los tres grados pueden manifestarse en el mismo caso en tiempos diferentes. En ciertos shocks abdominales graves, o en ciertos toxemias graves, también el termómetro

registra temperaturas tan bajas como 35 grados centígrados o 35 y medio. Esta es la temperatura registrada a menudo al comienzo de un ataque causado por pancreatitis aguda, estrangulación intestinal aguda, úlcera gástrica perforada o grave hemorragia intra-peritoneal.

Al comienzo de un ataque de apendicitis aguda, la temperatura es, ordinariamente, normal, pero a las pocas horas se eleva decididamente hasta 37,5 ó 38 grados centígrados. Cuando ocurre perforación, la temperatura se eleva poco por lo general, pero a veces la absorción de toxinas depresivas puede hacer que la temperatura sea inferior a la normal o aun a la subnormal.

A menudo se observa temperatura normal en el estado de reacción de una úlcera gástrica perforada.

El período de reacción de la ruptura de una gestación ectópica suele acompañarse de fiebre irregular, pero no alta.

En obstrucción intestinal la temperatura es por regla general normal o subnormal. Si en algún enfermo con dolor abdominal se encuentra una temperatura de 40 ó 40,5° C. al comienzo de la enfermedad, es muy probable que el tórax o el riñón sean el asiento de la afección. La fiebre alta es absolutamente rara en los estadios precoces de las enfermedades abdominales agudas.

Lengua.—Aunque es corriente no se encuentra invariablemente la lengua recubierta en las enfermedades abdominales agudas. En apendicitis aguda y en obstrucción intestinal aguda hay corrientemente una ligera capa sobre la lengua y el aliento es a menudo inmundo.

El aspecto de la lengua es una guía valiosa en casos de uremia que puede simular obstrucción intestinal. En la insuficiencia renal la lengua está muy seca y se recubre lentamente de una saburra parduzca, a la vez que hay una tendencia a la acumulación de suciedad sobre los dientes.

EXPLORACION ABDOMINAL

Antes de explorar el abdomen será útil enterarse por el enfermo del sitio exacto donde apareció el dolor y si ha habido alguna alteración en la localización. El punto exacto de máximo dolor debe señalarse exteriormente al tiempo de la exploración.

La inspección del abdomen revelará en una ojeada alguna distensión anormal, local o general, y, en algunos casos, determinará la presencia de un tumor o hinchazón abdominal. Todos los orificios herniarios deben inspeccionarse de un modo rutinario y se dirigirá especial atención al canal femoral, donde en sujetos gordos una hernia pequeña no es difícil que pase desapercibida.

El movimiento respiratorio de la pared abdominal ha de observarse cuidadosamente, pues una limitación indica cierta rigidez del diafragma o de los músculos abdominales, o posiblemente excesiva distensión. En caso de úlcera perforada, la pared abdominal se mueve difícilmente en alguna parte de la respiración, mientras que en apendicitis la zona hipogástrica, especialmente el área ilíaca derecha, estará con frecuencia inmóvil. Con cólicos biliares hay a veces inhibición del diafragma, estando, por esto, disminuído el movimiento respiratorio del área epigástrica de la pared abdominal.

En la palpación que se haga del abdomen, apenas es necesario recordar al lector que las manos deben de estar calientes, que se comenzará la exploración por el sitio más alejado del punto de máxima sensibilidad y que la presión suave debe ser hecha por el pulpejo blando de los dedos. La palpación determina la extensión e intensidad de la defensa muscular o rigidez, localiza algunas áreas sensibles o regiones hiperestésicas y determina la presencia de alguna tumoración. Es conveniente tener los muslos del enfermo flexionados mientras se palpa el abdomen.

La rigidez muscular es un término relativo. La contracción de los músculos puede ser firme, continua y "semejante a una tabla", como en muchos casos de peritonitis general o úlcera perforada, o las fibras musculares pueden no contraerse en un grado apreciable hasta que los dedos presionen suavemente la pared abdominal, haciendo que los músculos sean llamados para defender las partes inflamadas subyacentes. Hay también un importante factor mental en la producción de la rigidez abdominal. En algunos muchachos sensibles y en ciertos adolescentes y adultos aprensivos, la pared abdominal se pone fuertemente rígida cuando aún las causas intraabdominales son pequeñas para ello.

En lesiones inflamatorias de la pelvis, falta a menudo la rigidez. En la obstrucción intestinal no es corriente encontrarla. En rigidez por enfermedad torácica, si la contracción muscular es vencida por la presión continua, el dolor abdominal no suele aumentar; pero si hay una zona subyacente inflamada en el abdomen, el dolor llega a ser mayor cuando la mano presiona dentro y vence la resistencia muscular.

Es sumamente importante recordar que la rigidez y resistencia muscular son a menudo muy pequeñas, aunque haya peritonitis graves: 1, cuando la pared abdominal es muy gruesa y blanda y los músculos delgados y débiles; 2, cuando el paciente sufre grave toxemia y los reflejos están embotados y disminuídos como resultado de las toxinas absorbidas. Es notable que el recto está de ordinario más definitivamente rígido que los músculos laterales del abdomen.

Hiperestesia.—La hiperestesia puede buscarse con un pinchazo ligero o con un suave pellizco. Yo doy por rutina un ligero pinchazo con la punta de un alfiler; es el mejor método a adoptar. Cuídese de colocar el alfiler formando ángulo agudo con la piel y de que ésta no se raye. La piel abdominal se pincha así de arriba a abajo, en determinadas líneas verticales, primero en el lado derecho y después

en el izquierdo. Al paciente se le invita a decir si siente el pinchazo agudo y dónde lo siente. Es prudente también probar sobre los lomos y región lumbar, en la misma dirección. Puede descubrirse hiperestesia: a), en la distribución segmentaria de la parte de médula espinal que inerva la víscera afectada; b) a lo largo de la distribución de los nervios periféricos cuyas terminaciones son irritadas por el proceso inflamatorio. Se encontrará que la hiperestesia cutánea se presenta en la mitad de las enfermedades abdominales agudas que van al médico para ser diagnosticadas. La hiperestesia indica casi siempre inflamación peritoneal, visceral o parietal. No es frecuente obtener hiperestesia en el abdomen superior. Más comúnmente el área hiperestésica está por debajo del ombligo y varía desde un triángulo ilíaco, en uno o ambos lados, a una pequeña región interior a los límites de ese triángulo. En ocasiones, una banda completa se extiende por detrás, al lado derecho de la espina dorsal.

Aunque la apendicitis es con mucho la enfermedad abdominal que más frecuentemente da hiperestesia en la parte inferior de la pared del abdomen, pueden también, sin embargo, causar hiperestesia cutánea en las proximidades de ligamento de Poupart la colecistitis, la úlcera duodenal perforada, la pielitis, la cistitis y algunas peritonitis benignas. Es, por otra parte, comparativamente raro encontrar un triángulo ilíaco de hiperestesia en otras circunstancias distintas de la apendicitis. La hiperestesia es útil cuando se descubre, aunque no es acompañante constante de los períodos precoces, y en casos tóxicos graves puede faltar también.

Palpación manual y bimanual de los lomos.—Ayuda a descubrir tumoraciones renales u otras tumoraciones lumbares. Las puntas de los dedos de una u otra mano presionan hacia delante por debajo de las costillas del lado correspondiente del cuerpo del enfermo. La resistencia y sensibilidad, sin tumoración, indican rigidez del cuadrado de los

lomos y músculos adyacentes probablemente por un foco inflamatorio próximo. Un absceso perinefrítico, un riñón inflamado o un apéndice retrocecal también inflamado pueden dar este signo.

En la palpación bimanual el observador lleva la otra mano a los lomos y puede así sentir entre las dos manos alguna tumoración lumbar. Una pío o hidronefrosis o un absceso lumbar pueden descubrirse así. El enfermo respirará profundamente por ver si con algún movimiento respiratorio puede tocarse la tumoración.

Determinación de la rigidez ilio-psoica.—Es bueno saber que si hay un foco inflamatorio en relación con el músculo psoas, el muslo correspondiente se flexiona fre-

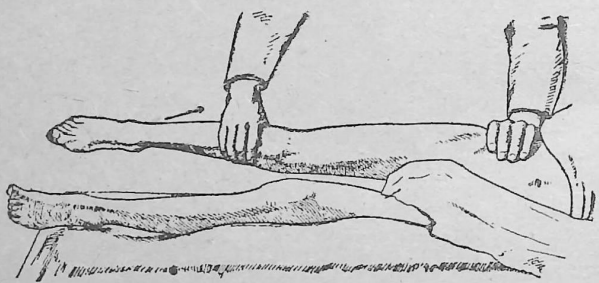


Fig. 4.a—Indica la manera de llevar a cabo la prueba del psoas-ilíaco.

cuentemente, a fin de aliviar el dolor. Un grado menor de tal contracción (e irritación) puede determinarse, a menudo, colocando al enfermo echado sobre el lado opuesto y extendiendo completamente el muslo del lado enfermo. El dolor se produce por la maniobra si el psoas está rígido por una irritación refleja o directa (figura 4). El valor de la prueba disminuye si la pared abdominal está rígida.

La apreciación de la macidez hepática tiene valor ocasionalmente. La macidez debida al hígado se aprecia de or-

dinario en la línea vertical que pasa por el pezón derecho, desde la quinta costilla hasta debajo del reborde costal, y en la línea axilar media, desde la séptima hasta la onceava. Si en un enfermo que no tenga síntomas ni signos de atrofia de hígado y en el que no haya distensión abdominal se aprecia resonancia, percutiendo por delante sobre el área normalmente mate y alguna vez en el área de macidez normal correspondiente a la línea axilar anterior, hay que pensar que en la cavidad del peritoneo hay gas libre debido a la ruptura del estómago o del intestino. (La rara circunstancia de un absceso subfrénico con pus y aire es el resultado tardío de una ruptura de estómago).

La determinación de la macidez hepática en el plano anterior no tiene valor en casos de gran distensión, pues el intestino puede elevarse y ser causa de una resonancia que llegue más arriba que normalmente.

La determinación de la existencia de líquido libre en la cavidad abdominal por la prueba de la macidez movible, no tiene una gran importancia en el diagnóstico de enfermedad abdominal aguda. Hay muy pocos estados agudos del abdomen en los que haya alguna cantidad de líquido libre, y en aquellos casos en que hay líquido fácilmente apreciable, existen, por lo general, otros signos y síntomas que bastan para hacer el diagnóstico. En la experiencia del autor ha sido necesaria rara vez, y, a menudo, imprudente intentar determinarlo. El líquido libre en el abdomen puede ser seroso, seropurulento, purulento o hemorrágico. Si hay bastante sangre en la cavidad peritoneal para producir macidez movible, es imprudente mover al enfermo a un lado y a otro y la hemorragia debe deducirse de otros síntomas. En peritonitis con gran cantidad de líquido produce dolor el mover al enfermo y la prueba es además innecesaria.

En obstrucción intestinal la determinación de líquido libre tiene cierta importancia y produce al paciente pequeños inconvenientes. Se percute un flanco mientras el enfermo descansa sobre la espalda, y después de hacerle girar

hacia lado opuesto, se percute de nuevo. Si donde había macidez hay resonancia después del cambio, puede decirse que hay líquido libre. La prueba se invalida a veces por acumularse líquido dentro de partes del intestino obstruído. Este líquido, con frecuencia es abundante, y, debido a la atonía y dilatación del intestino, se mueve fácilmente de una parte a otra del abdomen al cambiar la posición del enfermo.

Examen de la cavidad pélvica. — Tan importante como la exploración de la principal cavidad abdominal es la exploración de la pelvis. Los siguientes métodos deben emplearse añadiéndolos al examen previo:

Palpación y percusión suprapélvica.—Esto habrá sido hecho en la palpación abdominal corriente, pero es conveniente prestar especial atención a la región suprapélvica. Por presión profunda detrás de ambos ligamentos de Poupart o detrás del pubis, se puede descubrir sensibilidad profunda o una zona de resistencia muscular que traduce una enfermedad profunda. La vijiga llena, un útero crecido, un absceso pélvico alto o un quiste del ovario pueden descubrirse así.

El examen digital rectal es extremadamente importante e informativo. El paciente puede yacer de lado o sobre la espalda. (En peritonitis o hemorragia es imprudente cambiar la posición de dorsal a lateral). Se empleará un dedil. El dedo, bien lubrificado, se introduce suavemente tres o cuatro pulgadas en el canal rectal. La pelvis puede explorarse completamente presionando hacia delante, hacia atrás, hacia arriba y hacia los lados.

Hacia delante, en el hombre, puede descubrirse una próstata hipertrofiada, la vejiga distendida o alguna alteración de las vesículas seminales. En la mujer se pueden apreciar tumoraciones, dolorosas o no, del saco de Douglas, hipertrofias y desplazamientos del útero.

Pasando bien el dedo sobre el canal puede demostrarse estrechez del recto por cáncer o fibrosis, o abultamiento por debajo de una estrechez. A veces puede tocarse la cúspide de una invaginación.

Tiene importancia examinar la sensibilidad por tacto o presión contra el peritoneo pelviano.

La comba de un absceso pélvico en la pared rectal anterior puede descubrirse fácilmente.

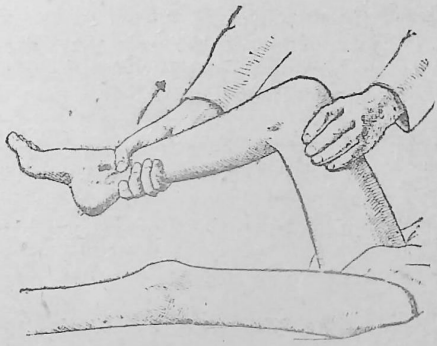


Fig. 5.a — Muestra cómo se hace la prueba del obturador.

Lateralmente.—Puede apreciarse la sensibilidad producida por un apéndice inflamado y aumentado de volumen o por un absceso pequeño de la pared lateral de la pelvis.

Posteriormente.—La palpación determinará algún tumor o masa inflamatoria sobre los piramidales o en la cavidad del sacro.

Al retirar el dedo se fijará uno si sobre él hay sangre, moco o pus.

Al apreciar el cuantum de dolor causado por la presión ejercida hacia arriba en el peritoneo pélvico, no debe engañarnos la expresión del enfermo, sino que debe pensarse en que el dolor lo produce la punta del dedo.

La exploración bimanual recto-abdominal o vagino-abdominal determinará la presencia y posición de algún tumor o inflamación de la pelvis. Es especialmente importante notar el asiento y posición del útero. Todo contenido de la bolsa de Douglas debe de palparse cuidadosamente.

En los niños, el examen bimanual recto-abdominal permite explorar completamente la parte interior de la cavidad abdominal y puede hacer posible manipular una invaginación entre los dedos de las dos manos.

Prueba de la rotación del muslo. — Cuando hay una masa inflamada adherente a la fascia sobre el músculo obturador interno, la rotación del muslo flexionado, así como irritar el músculo mediante movimientos completos (especialmente de rotación interna), producirá dolor hipogástrico. Este signo se buscará sobre todo cuando sea difícil hacer el tacto rectal o haya otras razones por las que no convenga (figura 5.ª). Este signo es positivo con apéndice perforado, absceso local y, ocasionalmente, con hematocele, si está en contacto con el obturador interno, o con acúmulo de líquido inflamatorio en la pelvis.

El pecho se explorará cuidadosamente por los métodos usuales de inspección, palpación, percusión y sobre todo por la auscultación. Así logran descubrirse muchas pleuresías diafragmáticas, neumonías incipientes y derrames pleurales.

Espina dorsal.—Toda rigidez o dolor sobre la columna vertebral se observará cuidadosamente, especialmente en los niños, en los que el dolor abdominal es aquejado frecuentemente en el curso de caries espinal.

Reflejos de la rodilla y pupilares.—No sería completa la exploración de un adulto sin un examen de los reflejos de la rodilla y de las reacciones pupilares. Si una o ambas pupilas no reaccionan a la luz, si en una o en ambas rodillas faltan los reflejos, deben de buscarse los demás síntomas de la tabes y determinar si el dolor se debe a una crisis visceral.

Orina.—Es bien conocida la importancia de su análisis y éste se enseña siempre, pero aunque el precepto no se ignora, suele olvidarse en la práctica. La presencia de sangre, pus, albúmina y bacterias debe ser deteminada. No siempre da gran luz al diagnóstico, pero el hallazgo de uno u otro puede autorizar un pronóstico o alterar un tratamiento. Antes de operar, y como ayuda para el diagnóstico del abdomen agudo, es prudente hacer el cateterismo para asegurarse de que la vejiga está vacía.

CAPITULO IV

APENDICITIS

Consideraciones generales.—Si la mortalidad por apendicitis se redujo de tal modo que casi ha desaparecido, es esencial que se aprecien claramente los signos y síntomas más precoces de esta enfermedad; la opinión que sustenta la mayoría de los cirujanos de experiencia es que todo caso de apendicitis aguda debe operarse dentro de las primeras veinticuatro horas a partir del comienzo o después tan rápidamente como sea posible. Hay dos razones por las que son operados casos más tardíamente de lo señalado: O cree el paciente que los síntomas no son bastante graves para llamar al médico, o piensa el médico que los síntomas no son típicos de apendicitis o no son bastante graves para exigir operación. Está claro que contra la primera causa no existe otro remedio que la educación del público; la segunda puede explicarse considerando que los llamados síntomas típicos de la apendicitis que señalan los libros, indican frecuentemente estadios avanzados de la enfermedad, y que es imposible decir al comienzo de un ataque si será de tipo benigno o de tipo grave.

Es de desear, y en muchos casos es posible, diagnosticar la apendicitis antes de que se implante la peritonitis, o al menos antes que haya algo más que una pequeña congestión del peritoneo, que se asocia de ordinario con algún proceso inflamatorio del interior del intestino.

Estado patológico en relación con los síntomas.—Los diferentes grados de inflamación del apéndice vermiforme han sido bien descritos e interpretados hace muchos años, aunque hay aún en algunas regiones una falta de apreciación del estado patológico avanzado coexistente a menudo con los síntomas iniciales o en cierto modo con la queja inicial. Catarro de la membrana mucosa, inflamación parenquimatosa de toda la pared, gangrena de la cobertura interior o de todo el revestimiento peritoneal pueden coexistir con síntomas tan ligeros (pero no indefinidos) que puedan ser tolerados por el paciente y considerados de muy poca significación por el práctico precipitado y poco observador. La ruptura del apéndice o gangrena local puede no obligar a acostarse al paciente si existen adherencias locales que evitan la extensión del daño. Cuando el apéndice se rompe dentro de la cavidad general del abdomen y faltan las adherencias protectoras, o cuando, después de haber sido localizado, se extiende el proceso inflamatorio, aun el enfermo más estoico e insensible no puede contener el impulso de buscar a un médico y de acostarse.

La obstrucción de la luz del apéndice por una concreción, estrechez o adherencia se acompaña de ordinario de síntomas más agudos y graves. Tan marcada es la diferencia, que algunos describen dos formas de la enfermedad: apendicitis aguda y obstrucción aguda del apéndice. Si bien esta diferenciación, al querer acentuar la mayor urgencia de los síntomas cuando hay obstrucción de la luz del apéndice es un propósito útil, el considerar la forma obstructiva como una enfermedad diferente es completamente innecesario.

Cuando el apéndice se rompe las circunstancias patológicas no son meramente las de apendicitis, sino las de peritonitis—local, difusa o general, según los casos—, y el diagnóstico se complica.

Posición anatómica del apéndice en relación con los síntomas.—Aunque ordinariamente se dice que el apéndice vermiforme está situado detrás de la unión iliocecal con la

punta dirigida hacia el bazo, no siempre lo encuentra así el cirujano cuando lo busca por estar afectado. El conocer las posiciones más corrientes es de la mayor importancia diagnóstica, pues los signos y síntomas varían considerablemente en las diversas posiciones. Para la descripción está bien señalar el apéndice ascendente, el ilíaco y el pélvico. Es claro que cuando el apéndice está al lado del colon ascendente o en la fosa ilíaca, habrá signos lócales más definidos, mientras que cuando esté detrás del ciego o detrás del final del íleon, o del mesenterio común, el proceso inflamatorio estará algo enmascarado por el intestino que está delante. Si el apéndice monta sobre el borde derecho de la pelvis verdadera, la enfermedad puede dar pocos signos en la región suprapúbica del abdomen, y resulta un estado peligroso del que llamaremos la atención más abajo.

Muchos, si no los más, de los errores cometidos en el diagnóstico de la apendicitis, se deben a la omisión de establecer la diferencia entre los signos y síntomas dependientes de la variable posición y relaciones del apéndice.

EL DIAGNOSTICO DE APENDICITIS ANTES QUE HAYA TENIDO LUGAR LA PERFORACION

Ante un caso sospechoso de apendicitis se debe considerar cuidadosamente.

A) La historia inmediatamente anterior al comienzo del ataque.

B) Los síntomas del ataque y los signos locales.

C) El orden de aparición de los síntomas.

Aunque las condiciones varían y son más notables después de la perforación, hay indicaciones definidas aun antes de que aquélla ocurra.

A) Hay frecuentemente historia de indigestión, "gastritis" o flatulencia unos cuantos días antes del comienzo del ataque. En un enfermo que nunca o rara vez ha tenido dolor después de tomar alimento, esta historia debe ponernos en guardia. Puede descubrirse que ha experimentado

frecuentemente pequeños ataques dolorosos en la región apendicular.

A menudo se obtiene una historia de extrañas irregularidades de los intestinos. Unas veces hay constipación, otras diarrea, especialmente en los niños. Probablemente por la actividad en el ciego y en el colon de microbios virulentos que son los que perjudican al apéndice. En algunos casos de apéndice pélvico inflamado puede irritarse el recto. Ha de distinguirse la diarrea precoz de la tardía que se debe a irritación del recto por peritonitis o por un absceso de la pelvis.

B) **Síntomas y signos locales del ataque.**—Los signos y síntomas son:

Dolor (epigástrico, luego ilíaco derecho).
Vómitos—náuseas—, pérdida aguda del apetito.
Sensibilidad local profunda (por abdomen o por recto).
Rigidez local de los músculos (inconstante).
Distensión local (inconstante).
Hiperestesia superficial (inconstante).
Fiebre.
Estreñimiento.
Síntomas testiculares (raros).

Dolor.—El dolor en la mayoría de los casos se refiere primero al epigastrio o a la región umbilical, y sólo más tardíamente se localiza en la fosa ilíaca derecha. En ocasiones el dolor inicial se siente "sobre todo el abdomen", aunque esto es más corriente en casos de perforación. A veces el dolor es primeramente hipogástrico. Cuando el apéndice es retrocecal, el dolor inicial puede sentirse en la fosa ilíaca derecha. Aunque, por consiguiente, lo más frecuente es que el dolor parta de la zona alta del abdomen, hay algún caso en que no sucede eso.

Las causas del dolor precoz son probablemente dos. La primera y más importante es el exagerado peristaltismo del apéndice excitado por la obstrucción parcial o total de su luz por una concreción o inflamación de la membrana mucosa; la infección bacteriana produce el acúmulo de subs-

tancias irritantes que conducen a la distensión de la luz del apéndice. En segundo lugar, puede haber ataques dolorosos producidos por peristaltismo del ciego.

El dolor epigástrico es más agudo y más manifiesto en los casos en que hay una obstrucción considerable de la luz del apéndice. La localización del dolor en la región ilíaca derecha tiene lugar de ordinario algunas horas después del comienzo del dolor difuso en el epigastrio o región umbilical.

Vómitos, náuseas, anorexia. — Los vómitos aparecen, por lo general, en los estadios precoces del ataque, pero corrientemente pocas horas después del dolor inicial. Muchos pacientes no vomitan, pero en vez de los vómitos tienen sensación de náuseas. La pérdida del apetito o la repulsión por los alimentos puede considerarse como un grado menor de la misma sensación y a menudo de igual valor diagnóstico. En aquellos individuos que gozando previamente de buena salud se desarrolla anorexia y se quejen de dolor abdominal, debe buscarse cuidadosamente la apendicitis. El grado de náuseas y la frecuencia de los vómitos en los estadios precoces, parece depender de dos factores: primero, la distensión del apéndice inflamado, y segundo, la susceptibilidad nerviosa refleja del enfermo. Los muchachos son muy propensos a tener vómitos, así como los enfermos cuyo aparato digestivo se desarregla fácilmente.

Puede considerarse como regla general de importancia que la gravedad y frecuencia de los vómitos al comienzo de un ataque de apendicitis están en relación con el grado de distensión del apéndice y, por tanto, con el riesgo inmediato de que el paciente sufra una perforación.

La sensibilidad local profunda en el sitio del apéndice puede descubrirse siempre desde el comienzo del ataque, aunque al principio está frecuentemente enmascarada por los dolores referidos generalizados. Cuando estos últimos se calman, la sensibilidad local profunda se descubre fácilmente. El lugar en que puede descubrirse siempre la sensi-

bilidad local profunda está exactamente situado debajo del centro de la línea que une la espina ilíaca anterosuperior con el ombligo. Corresponde este punto de un modo aproximado a la base del apéndice. La sensibilidad sobre el punto de Mac Burney no es constante. Esta sensibilidad tiende a localizarse actualmente en el mismo apéndice, por lo cual el sitio del dolor a la presión, que varía según la posición del apéndice, se obtiene cuando aquella víscera no se adhiere a las partes que le rodean, y se descubre frecuentemente cuando la pared suprayacente no es sensible ni está

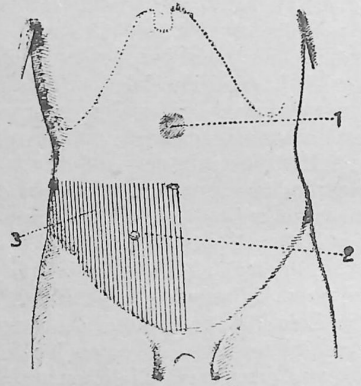


Fig. 6.a — Este esquema sirve para demostrar: (1), las posiciones más frecuentes del dolor inicial referido; (2), las de la sensibilidad profunda (casi siempre descubrible cuando la pared abdominal no está rígida); (3), el triángulo ilíaco de hiperestesia, observable en muchos casos de apendicitis y marcado por el rayado de la figura.

rígida. En el caso de que el apéndice esté situado en la pelvis, un tacto rectal descubrirá dolor a la presión sobre el órgano inflamado.

La hiperestesia local de la piel del abdomen es un frecuente pero no constante acompañante del apéndice inflamado no perforado. Puede demostrarse en más de la mitad de los casos de apendicitis. Aunque ocasionalmente es bila-

teral, lo corriente es que esté confinada en el lado derecho. Las áreas afectadas casi siempre corresponden a las áreas de distribución del décimo, undécimo y duodécimo segmentos dorsales de la médula. Aunque ocasionalmente puede encontrarse una zona de hiperestesia que se extiende desde la línea media por delante hasta la columna vertebral, sin embargo es más corriente que esté sólo afectada la parte anterior de la pared abdominal. A veces puede demostrarse "el triángulo apendicular" (Sherren) ilíaco derecho y otras veces solamente hay hiperestesia en una parte de ese triángulo. Como Sherren ha señalado, la hiperestesia depende sobre todo del grado de distensión del apéndice. Un sitio en que frecuentemente puede descubrirse exactamente circunscrita, es a la derecha y a nivel del ombligo. A veces el área sensitiva está un poco más abajo del ombligo, pero generalmente asienta en la zona de distribución del décimo y del undécimo pares dorsales.

La rigidez muscular localizada sobre el área inflamada se presenta con frecuencia, pero no es un síntoma constante en los estadios iniciales. Hay diversos grados de rigidez muscular. El grado extremo es aquel en que la zona en cuestión de la pared abdominal está persistentemente rígida y no llega a moverse con la respiración; en un grado menor el músculo adquiere rigidez casi tan pronto como la mano toca la piel, y en el menor grado la rigidez se presenta (y es muy ligera) cuando los dedos presionan profundamente la fosa ilíaca o el apéndice. En muchos casos el grado extremo de rigidez muscular coincide con el comienzo de peritonitis, aunque indudablemente puede existir sin que la haya. Es bien sabido que no se encuentra rigidez muscular en casos de apendicitis sin algo de peritonitis. Al hacer esta relación se comprende que ha de ponerse gran cuidado para excluir la rigidez resultante del nerviosismo o de la palpación con mano áspera o fría. Cuando un apéndice inflamado no perforado asienta en la pelvis, la rigidez muscular falta casi siempre. El olvido de este hecho es responsable de la demora de muchas operaciones y de muertes. Un

apéndice puede estar, en el momento de romperse dentro de la cavidad general del peritoneo, sin una sola adherencia que limite la infección, aunque a la vez la pared abdominal esté flácida y permita una libre manipulación sin que aparezca la menor rigidez. Este hecho debe ser conocido por algunos cirujanos de experiencia; pero lo cierto es que, en general, no se aprecia del todo y muchos libros de texto no lo exponen claramente. Se dice que la rigidez es uno de los síntomas más precoces de la inflamación aguda del apéndice; por el contrario, en una muy grande proporción de casos falta casi del todo en los estadios precoces, y en algunos casos falta también aun existiendo peritonitis pelviana.

La rigidez muscular es la regla cuando la inflamación del apéndice ha producido edema en las porciones contiguas de las paredes abdominales (sea posterior, lateral o anterior).

La rigidez del psoas debe buscarse siempre extendiendo el muslo derecho con el paciente echado sobre el lado izquierdo. La rigidez del cuadrado lumbar existe cuando el apéndice es ascendente. Es difícil de descubrir, pero puede sospecharse si se aprecia resistencia profunda al presionar hacia delante con los dedos desde por debajo del reborde costal posterior.

La fiebre puede no presentarse al comienzo del ataque, pero casi siempre aparece antes de que hayan transcurrido veinticuatro horas. Antes de haber ruptura no sube muy por encima de lo normal; dos o dos y medio grados centígrados es la elevación que suele haber. Suelen cometerse errores por el hecho de no elevarse la temperatura al comienzo del ataque de dolor y por eso confundir las enfermedades más graves con un simple ataque de cólico intestinal. En algún caso sospechoso, la temperatura se tomará cada dos o cada cuatro horas, y si se aprecia una elevación gradual, tendremos un dato que va en favor de la apendicitis. Si muy al comienzo de un ataque de dolor abdominal agudo la temperatura está considerablemente elevada (39,5 o 40 grados centígrados), la presunción será

contraria a la apendicitis. Muy ocasionalmente la enfermedad empieza con rigor.

Aunque el enfermo se queja frecuentemente de estreñimiento, sin embargo, hay muchos casos en que se anuncia la enfermedad por un ataque de diarrea.

El pulso es moderado, en todo caso es acelerado en el estadio precoz; en algunos puede ser normal aunque la temperatura esté elevada. **La aceleración continuada o franca del pulso corresponde generalmente a la presentación de una peritonitis localizada**; esperar la aparición de tal alteración es, por tanto, sacrificar el mejor tiempo para operar.

Cuando el apéndice se inflama de un modo agudo se presenta frecuentemente **distensión gaseosa del ciego**, debida, en parte, a la excesiva formación de gases por la activa descomposición bacteriana del contenido del ciego y del apéndice y, probablemente en parte, en algunos casos, a una inflamación simultánea del interior del ciego (tiflitis) con atonía del intestino. Se presenta más fácilmente cuando el apéndice es retrocecal y está empotrado en la pared del ciego. Da hinchazón localizada con timpanismo a la percusión, gorgoteo y ocasionalmente ondas peristálticas dolorosas. Esto puede hacer pensar al observador que tiene ante sí simplemente un caso de dispepsia cecal, y la inflamación del ciego puede enmascarar al apéndice colocado detrás de él, o las contracciones dolorosas del intestino distendido pueden sugerir la existencia de una obstrucción intestinal.

Hay un signo descrito por Edmundo Owen,, al que puede recurrirse en ciertos casos. Estableció: "Si en un caso de apendicitis, cuando el colon tiene mucho gas, se presiona fuertemente con la mano sobre el colon ascendente, el gas es obligado a ir hacia el ciego, y al ser excitados los tejidos inflamados el enfermo se queja de dolor en la fosa ilíaca derecha. Esta prueba puede ser útil como medida diagnóstica en caso de apendicitis poco clara; por el contrario, puede suceder que una persona con apendicitis tolere una presión considerable de la mano sobre la fosa íliaca

derecha, y si la presión firme continúa suficiente tiempo para empujar el gas fuera del ciego y del intestino grueso y se quita de repente la mano, el retorno rápido del gas irrita el apéndice inflamado y el enfermo se queja de dolor".

En el hombre se producen a veces síntomas testiculares por apéndice inflamado, aun no estando perforado. Puede haber dolor en el testículo derecho, en el izquierdo o en ambos, y decirnos el enfermo que su testículo derecho estuvo retraído en un cierto período de la enfermedad. Quizá se deba este dolor a la irritación de los filamentos simpáticos que acompañan a la arteria espermática; pero es más probable que se trate de un verdadero dolor referido, puesto que el décimo segmento dorsal suministra la inervación a ambas vísceras. El estímulo directo del nervio génito-crural por exudado inflamatorio puede apreciarse por la retracción testicular.

C) **El orden de aparición de los síntomas.**—Tiene una gran importancia para el diagnóstico. Es principalmente a Murphy a quien se debe la significación dada al orden de aparición de los síntomas. La marcha de los acontecimientos es:

1) Dolor, ordinariamente epigástrico o umbilical.
2) Náuseas o vómitos.
3) Sensibilidad ilíaca localizada.
4) Fiebre.
5) Leucocitosis.

Murphy estableció: "Los síntomas aparecen siempre, sin excepción, en el orden citado, y cuando ese orden varía, yo siempre pongo en duda el diagnóstico". Todos los que han investigado cuidadosamente este punto pueden confirmar esta expresión, aunque debe admitirse que ocasionalmente hay excepciones. Si la fiebre precede al comienzo del dolor o si los vómitos acompañan o preceden al primer acceso doloroso, en general, no se trata de apendicitis.

Es un hecho que merece recordarse que un ataque de

apendicitis aguda muy frecuentemente aparece a medianoche y puede despertar al paciente.

El diagnóstico de apendicitis antes de la perforación depende, por tanto, de ciertos hechos constantes y de algunos otros inconstantes. El dolor epigástrico, las náuseas o vómitos, el dolor en la fosa ilíaca derecha y la fiebre, son casi constantes en este orden, y la sensibilidad local, bien a la presión profunda en la fosa ilíaca derecha o por tacto rectal, es invariable. La rigidez local, aunque frecuente, no es constante. Los demás síntomas mencionados más arriba son inconstantes, y el número de pulsaciones es de ordinario normal y puede conducir a serios errores.

EL DIAGNOSTICO DESPUES QUE HA TENIDO LUGAR LA PERFORACION

Es lamentable que el mayor número de casos de apendicitis aguda llegue al cirujano después de haberse perforado el apéndice por el sitio en que tenía una placa de gangrena. Una razón de esto es que los médicos que envían casos a los cirujanos casi nunca ven hacer las operaciones y, en consecuencia, no pueden apreciar que los síntomas de apendicitis tal como se describen en casi todos los libros de texto son los que acompañan a la apendicitis con perforación del apéndice. Es muy frecuente que los médicos se vean sorprendidos ante un estadio avanzado del proceso patológico en casos en los que creían haber aconsejado una operación precoz. Es de los médicos que ven operar sus casos de los que llegan los enfermos en estadios precoces. En cierta enfermería de Londres fuí informado de que el 90 por 100 de los casos de apendicitis ingresaban con abscesos. El absceso local indica perforación del apéndice, y de esta manera puede evaluarse la proporción entre los casos perforados y los no perforados. En la práctica hospitalaria los casos perforados y los no perforados se presentan aproximadamente en el mismo número. En la práctica privada se observa una mayor proporción de casos no perforados.

Debe indicarse que en unos pocos casos los primeros síntomas que el paciente tiene paracen ser los de perforación; pero estos casos son la excepción.

El curso y síntomas de la enfermedad consecutiva a la apendicitis con perforación del apéndice son los ya descritos con la **adición de los síntomas por peritonitis local o difusa.** Generalmente hay un acceso de dolor y reaparecen los vómitos cuando ocurre la perforación, pero los síntomas exactos varían según la posición del apéndice y la naturaleza de la reacción protectora peritoneal.

Alrededor de la misma perforación puede formarse un absceso localizado, pero a veces un trozo de epiplón puede cerrar la abertura, o, más raramente, la infección puede extenderse rápidamente a distancia sin la formación de ninguna adherencia. Un plastrón manifiesto es, en general, indicador de una perforación. A falta de perforación, el plastrón puede estar formado por un ciego grueso y edematoso.

Hay dos divisiones principales de los estados patológicos consecutivos a apéndices perforados, que dependen de la posición del apéndice mismo: **(1, cuando el apéndice está por encima del borde de la pelvis verdadera, y 2), cuando está, todo o en parte, dentro de la misma pelvis.**

1) Cuando un apéndice asienta por encima del reborde pélvico y se rompe, se encontrará a la exploración, o un manifiesto plastrón doloroso, o una evidente rigidez de la pared abdominal sobre el sitio en que está el apéndice o ambas cosas: rigidez y plastrón.

Además habrá fiebre (por regla general tanto más alta cuando más precoz haya sido la perforación), hiperestesia de la piel de la pared abdominal en la fosa ilíaca derecha o en la región lumbar del mismo lado y ciertos signos locales, que varían según la posición del apéndice.

a) Cuando el apéndice se perfora retrocecalmente, habrá un plastrón que puede ser resonante a la percusión debido a la interposición del ciego. La infección producirá edema inflamatorio del ilíaco, cuadrado lumbar y partes ad-

yacentes, y se descubrirá sensibilidad presionando con los dedos hacia delante, por debajo del reborde costal derecho, a nivel del borde externo de las masas musculares del canal vertebral.

Hay dos o tres hechos en relación con el apéndice retrocecal que necesitan una especial mención. El dolor es ordiariamente menor y se siente con frecuencia desde el principio sólo localmente. Los vómitos no son tan frecuentes y, generalmente, la rigidez muscular sobre el foco enfermo es menor de la que cabía esperar por una lesión tan avanzada.

b) El apéndice puede estar colocado paralelamente al ciego y al colon ascendente y ser lateral. Los síntomas son exactamente los descritos, salvo la rigidez abdominal anterior y lateral, que es más evidente aquí, y la mayor facilidad para apreciar el plastrón que no está enmascarado por el ciego.

c) Las condiciones que resultan de la perforación de un apéndice situado en la fosa ilíaca sobre el ilíaco o el psoas, son suficientemente características. Inmediatamente después de la perforación habrá intensa rigidez de la pared abdominal sobre la región ilíaca derecha y una gran sensibilidad a la presión en esa misma región. (Muy raramente — ocurre principalmente en pacientes con grave absorción tóxica—la rigidez presentada al principio desaparece al ocurrir la perforación). Después de un cierto tiempo, si hay relativa resistencia a la infección, la reacción peritoneal llega a ser limitada y ordinariamente disminuye algo la rigidez y permite palpar con la mano un plastrón sensible debido a un pequeño absceso local o a una porción de epiplón que rodea, envolviéndolo, al apéndice perforado.

Hay dos síntomas especiales que pueden ayudar a la localización exacta en esta región. La irritación y rigidez refleja del psoas ilíaco obliga al paciente a mantener flexionado el muslo derecho, o, en un grado menor, puede manifestarse la irritación dolorosa solamente si se extiende forzadamente el muslo derecho estando el enfermo echado

sobre el lado izquierdo. Este signo tiene a menudo gran valor.

En unos pocos casos la irritación del nervio cutáneo externo, que cruza el ilíaco, se manifiesta por dolor e hiperestesia a lo largo del territorio de distribución de ese nervio.

d) Cuando el apéndice está situado de tal modo que su punta se dirige hacia la línea media, varían grandemente los resultados de su perforación, según se halle detrás o delante del íleon. Si está detrás, la tumoración no se aprecia tan fácilmente, puesto que el íleon la cubre y la enmascara. Pero sensibilidad y rigidez no suelen faltar y puede apreciarse un plastrón ilimitado; la prueba de la irritación del psoas puede ayudar al diagnóstico.

El uréter cruza al borde de la pelvis muy cercano al apéndice que se dirige a la línea media, y por eso puede atribuirse a irritación del uréter el dolor que ocasionalmente se presenta a la micción.

Si el apéndice perforado está por delante del íleon hay gran peligro de que se produzca una peritonitis extensa; pero si la infección llega a localizarse, el diagnóstico es muy fácil, pues la formación de pus está cerrada por delante por la pared abdominal muy rígida y sensible (hiperalgesia) sobre el área afectada. La prueba de la irritación del psoas es negativa.

2) **El apéndice pélvico.** — Los síntomas precoces de un ataque de apendicitis cuando el apéndice está situado en la pelvis, son similares a los que hay cuando está situado por encima, con excepción de la rigidez abdominal de la región ilíaca derecha, que es rara en los estadios precoces, y del dolor, que se siente muy frecuentemente en ambas fosas ilíacas. El dolor no se localiza tan rápidamente en la fosa ilíaca derecha, pero se siente siempre a la presión en el borde de la pelvis verdadera, y el dolor epigástrico puede dominar la escena por un tiempo largo.

El apéndice pélvico perforado es fácilmente tolerable y por eso es una de las circunstancias más peligrosas que

pueden acaecer en el abdomen. La razón parece ser ésta: mientras el apéndice no se ha roto y está tenso, el dolor, debido a la distensión y a las contracciones peristálticas, es manifiesto y fuerte y se siente principalmente en el epigastrio; cuando ocurre la ruptura, el dolor epigástrico disminuye y se establece una peritonitis localizada en el lado derecho de la pelvis o en el fondo de la bolsa del peritoneo pelviano. **Generalmente no se acompaña de rigidez de los músculos abdominales inferiores,** y como el dolor de distensión apendicular ha cesado y el dolor por peritonitis pélvica es muy pequeño, por lo general en este estadio el paciente puede sentirse mejor y la exploración del abdomen puede dar escasa luz sobre el trastorno de la pelvis. Más pronto o más tarde—corrientemente dentro de tres o cuatro días—o se localiza la peritonitis en un gran absceso pélvico o se propaga hacia arriba a la cavidad general del abdomen, aumentando entonces el dolor, la distensión y la rigidez de la pared abdominal. Si el paciente consulta tardíamente o no se presta la suficiente atención a los síntomas preliminares y a los que les siguen, el estadio de prerruptura del apéndice pélvico inflamado pasa desapercibido, y es un mal menor diagnosticar el apéndice roto tan pronto como sea posible, antes que la peritonitis se extienda hacia arriba y entre en la cavidad abdominal. Con este fin, es importante dirigir la atención a la posición anatómica del apéndice pélvico en cuanto puede estar en relación con la pared pélvica, con el recto, o con la vejiga. La irritación de la vejiga o del recto puede manifestarse por polaquiuria o dolor a la micción, o por diarrea o tenesmo, respectivamente. Pero tiene más importancia el hecho de poder palpar una tumoración dolorosa, al empujar con el dedo introducido en el recto contra la pared derecha de la pelvis. Además, cuando el apéndice roto está adherido a la fascia que cubre al obturador interno, y las fibras subyacentes del músculo están afectadas por el edema inflamatorio, la rotación del muslo flexionado, así como los movimientos extremos del músculo (especialmente la rotación interna), producirán dolor hipogástrico.

Al hacer esta maniobra es esencial que el muslo esté flexionado lo suficiente para que se relaje el músculo psoas.

Por consideración cuidadosa de la historia y de los puntos mencionados, será difícil confundir el apéndice pélvico precozmente inflamado. El apéndice que con más probabilidades da lugar a dudas diagnósticas, es el que está situado alto, en el cuadrante posterior derecho de la pelvis, pues en esta situación puede no haber signos localizadores y puede ser difícil encontrar algo, al explorar por recto.

Los síntomas tardíos que resultan de la ruptura de un apéndice pélvico son, o los de un gran absceso, o los de una peritonitis pélvica e hipogástrica con toxemia creciente. La sensibilidad y rigidez de toda la pared de la parte inferior del abdomen, la distensión, los vómitos y el aumento de dolor constituyen un claro cuadro de peritonitis.

La inflamación peritoneal se extiende hacia arriba, primeramente por el lado izquierdo, probablemente porque el pus que llena la pelvis encuentra el sitio de menor resistencia por el lado del colon sigmoideo.

Cuando se ha formado absceso pélvico, suele haber todos los síntomas de supuración: fiebre, lengua costrosa, anorexia y leucocitosis, y, localmente, sensibilidad y pequeña distensión en el hipogastrio. La rigidez de la pared inferior del abdomen falta con mucha frecuencia, aún existiendo un absceso pélvico.En ocasiones, la temperatura puede ser normal, no obstante haber absceso en la pelvis.

Por el recto puede tocarse fácilmente la bolsa del absceso y puede producirse dolor al presionar sobre la masa prominente.

En las mujeres, la interposición del útero hace que los síntomas vesicales se presenten con menos probabilidad en casos de supuración apendicular. La pérdida uterina normal puede aumentar por la congestión pélvica y puede adelantarse por la misma razón.

Hay una rara circunstancia de obstrucción intestinal

que pudiera producirse en un período tardío de una supuración apendicular pelviana. Tanto el colon sigmoideo como el intestino delgado pueden obstruírse dentro de la pelvis. A esto lo ha llamado Handley íleo doble. Pero si el apéndice pélvico inflamado fuese diagnosticado en los estadios precoces, no habría jamás esa peligrosa complicación tardía. El diagnóstico precoz y la operación precoz previenen esas complicaciones.

CAPITULO V

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA APENDICITIS

El diagnóstico de la apendicitis es generalmente fácil. Muy por encima del 50 por 100 de los casos de abdomen agudo admitidos en un hospital, son casos de inflamación del apéndice. Es tan frecuente que casi parece no merecer la pena el intento de diagnóstico diferencial, y muchos errores que se cometen podrán evitarse fácilmente con una cuidadosa exploración.

El caso típico con dolor epigástrico, seguido de vómitos, con localización ulterior del dolor en la fosa ilíaca derecha, donde hay siempre sensibilidad y casi siempre rigidez del recto, es suficientemente característico, aun sin haber fiebre, para hacer un diagnóstico cierto. Pero hay ciertas dificultades que es preciso discutir.

Importa primero estar seguro de tener delante una enfermedad abdominal. En el curso de un ataque de **influenza** puede aparecer dolor abdominal, y, en un brote de la enfermedad, hay el grave peligro de pasar por alto un ataque de apendicitis, atribuyéndolo a "influenza abdominal". Pero es raro que en la influenza esté solamente atacado el abdomen, y una exploración local determinará, por lo general, si el sitio del dolor es apendicular. También se presentan a veces en la influenza dolor y sensibilidad en la fosa ilíaca derecha, pero ese dolor tiende a ser general y a veces pueden oírse borborigmos en todo el abdomen. El dolor de espalda y el de ojos son más propios de un ataque

de influenza, y los vómitos en esta enfermedad suelen preceder al dolor abdominal, cosa que es muy rara en apendicitis.

En segundo lugar, debe excluirse siempre la **pleuresía diafragmática** o la neumonía precoz de la base, antes de diagnosticar apendicitis. Dolor, sensibilidad, hiperalgesia y rigidez muscular en la región ilíaca derecha son síntomas todos que pueden existir en caso de enfermedad torácica; pero, entonces, la presión firme, continuada y profunda en la región ilíaca, no aumentará el dolor. En casos de apendicitis, si se presiona profundamente en la fosa ilíaca izquierda, dirigiendo la presión hacia el lado derecho, se producirá en algunas ocasiones dolor en la región apendicular; este signo es negativo en caso de pleuresía o de neumonía. En enfermedades torácicas, lo corriente es que aumente el número de respiraciones y disminuya la relación entre pulsaciones y respiraciones. Una exploración cuidadosa del pecho será la mejor norma de conducta para la diferenciación.

Es muy raro que una **enfermedad espinal** produzca dolor referido a la región apendicular. Un examen de la columna vertebral puede hacerse fácil y rápidamente, y determinará en seguida si hay o no alguna lesión.

La **fiebre tifoidea** es otra enfermedad general que en ocasiones se confunde con la apendicitis, porque el dolor abdominal y la sensibilidad se localizan, a veces, en la fosa ilíaca derecha. En la mayoría de los casos hay síntomas generales que hacen posible el diagnóstico. Dolor de cabeza, malestar general, aumento de volumen del bazo, roseola y ausencia del ataque agudo tan frecuente en apendicitis, así como falta de leucocitosis, son síntomas que deben hacer sospechar la tifoidea. Pueden cometerse errores en la tifoidea de los niños, que suele dar síntomas generales muy poco marcados, y en la forma ambulatoria de los adultos. En algunos casos dudosos la presencia de una clara hiperestesia cutánea decidirá en favor de apendicitis.

En ocasiones se ve una verdadera apendicitis tífica.

En una ocasión operé a un muchacho que tenía síntomas típicos de apendicitis, y le extirpé un apéndice que contenía vermes filiformes y tenía ulcerada la mucosa. El anatomopatólogo que examinó el apéndice dijo que jamás había visto, hasta entonces, una ulceración producida solamente por vermes filiformes. La temperatura, después de la operación, se mantuvo de una forma irregular, y la prueba de la aglutinación para el bacilo tífico fué positiva. Esta clase de casos en que se inicia la enfermedad con síntomas de una verdadera apendicitis tífica, son raros.

Si al ser visto por primera vez un enfermo hace ya una semana que se han presentado los síntomas, la reacción de aglutinación puede ser positiva respecto a los bacilos tíficos o paratíficos a o b. El hemocultivo en un tífico puede ser positivo si se hace dentro de la primer semana de enfermedad. Hay que hacer una advertencia en contra del tratamiento de algunos casos dudosos de tifoidea, sin haber hecho el examen rectal. La fiebre irregular, el timpanismo del abdomen y los dolores vagos del hipogastrio que acompañan a un absceso pélvico, pueden ser, y han sido, confundidos con fiebre tifoidea; pero un dedo introducido en el recto servirá para distinguirlos.

En el estadio de apendicitis catarral, antes que haya mayor o menor congestión o inflamación del peritoneo, y cuando la rigidez falta — que es a menudo, aunque no siempre—,la apendicitis se diagnostica erróneamente como:

Un ataque biliar.
Indigestión.
Cólico.
Gastritis.

El que se sienta, de ordinario, el dolor inicial en el epigastrio, es causa del diagnóstico de gastritis o de indigestión. El comienzo brusco a menudo, sin ninguna relación con la ingestión de alimento (por ejemplo, a medianoche),

juntamente con la localización gradual del dolor en la fosa ilíaca derecha y la aparición de fiebre ligera, serán fundamentos suficientes para un diagnóstico. El peligro está en que con tales síntomas el observador no haga una exploración cuidadosa del abdomen o pueda omitir una exploración rectal mediante la cual podía diagnosticarse un apéndice pélvico inflamado.

Cuando los vómitos o las náuseas constituyen un hecho notable en el ataque, éste se atribuye alguna vez, erróneamente, a **proceso biliar.** Este es el caso especial con muchachos, en los que ha de hacerse siempre el diagnóstico con cuidado y solamente después de excluir por completo la apendicitis. Es de experiencia corriente para los cirujanos que han extirpado un apéndice gangrenoso en el abdomen de un muchacho, el ser advertidos por los padres o médico de que el chico ha estado siempre sujeto a ataques biliares, con uno de cuyos ataques la enfermedad aguda fué confundida al principio. El chico, con buena salud hasta entonces, que es atacado de pronto por dolor abdominal, con pérdida de apetito, tiene náuseas o vómitos y, al mismo tiempo, muestra una manifiesta sensibilidad profunda en la fosa ilíaca derecha, aun con el pulso normal y temperatura no elevada, es lo más probable que tenga apendicitis.

Antes de hacer un diagnóstico de **cólico intestinal,** debe excluírse el cólico apendicular. Si no hay sensibilidad a la presión en la fosa ilíaca o en el borde pélvico derechos, ni en el lado derecho de la pelvis (por tacto rectal), debe excluirse. En un simple cólico, la presión sobre la parte en que parece estar el dolor, a menudo, lo alivia.

Cuando los signos locales y los síntomas de apendicitis son bien manifiestos (dolor, sensibilidad, hiperestesia y rigidez), hay muchas circunstancias con las que puede confundirse y que deben de excluirse. Cuando los signos locales son muy claros, el apéndice está por lo general perforado o en peligro de perforarse. Catalogar las enfermedades que pueden simular apendicitis, o ser simuladas por

ella, es enumerar todas las principales enfermedades agudas del abdomen. Esto, como se comprende, tiene escaso valor práctico. Será mejor, por eso, dar solamente los estados más corrientes que pueden producir error y agruparlos según la posición del apéndice.

APENDICE ASCENDENTE **(Retrocecal o paracecal):**

Colecistitis.
Ulcera duodenal inflamada.
Vesícula biliar perforada.
Absceso perinefrítico.
Hidronefrosis.
Pionefrosis.
Pielitis.
Cálculo renal.

POSICION ILIACA DEL APENDICE:

Ulcera duodenal rezumante.
Carcinoma cecal o íleo-cecal.
Absceso del psoas.
Tuberculosis íleo-cecal.
Enfermedad de la cadera.
Tuberculosis de los ganglios íleo-cecales.

POSICION PELVICA:

Cálculo en el uréter.
Obstrucción intestinal.
Diverticulitis con absceso.
Perforación de una úlcera tífica.

En la mujer:

Torsión del pedículo de un quiste del ovario o de un hidrosalpinx.

Ruptura de un piosalpinx.
Salpingitis.

En los climas tropicales, antes de diagnosticar apendicitis habrá que excluir siempre:

Tiflitis amebiana.
Hepatitis.
Absceso rezumante del hígado.
Malaria.

Cuando las manifestaciones locales se han extendido mucho y el enfermo es observado teniendo ya peritonitis generalizada, hay que distinguir las enfermedades que por diversas causas pueden conducir a semejante cuadro patológico.

Los casos tardíos con peritonitis extensa hay que distinguirlos de:

Obstrucción intestinal aguda (véase capítulo VII).
Trombosis o embolia de los vasos mesentéricos (véase página correspondiente).
Pancreatitis aguda (véase página respectiva).
Peritonitis neumocócica (véase página respectiva).
Pileflebitis.
Peritonitis general (ruptura de úlcera gástrica duodenal tífica, etc.).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL APENDICE ASCENDENTE PERFORANTE O PERFORADO

La vesícula biliar, el duodeno y el riñón son las vísceras que anatómicamente se encuentran próximas al apéndice ascendente y su inflamación o la de sus alrededores puede dar lugar a dificultades diagnósticas.

La **colecistitis** puede simular perfectamente apendicitis. En ambas hay dolor, vómitos, fiebre, estreñimiento y

sensibilidad sobre el lado derecho del abdomen. Una vesícula biliar inflamada y aumentada de volumen baja con frecuencia hacia la región lumbar derecha, pero más corrientemente crece en dirección del ombligo. En sujetos delgados, sin rigidez de la pared abdominal, el diagnóstico es fácil por lo general, porque la vesícula biliar redondeada y sensible puede apreciarse en continuación con el hígado y quizá moviéndose con la respiración. El dolor por colecistitis es generalmente un poco más alto que el de apendicitis ascendente y puede haber dolor de naturaleza refleja referido a la región subescapular derecha, especialmente si hay enclavamiento de un cálculo en el conducto cístico. En caso de apéndice retrocecal inflamado, puede apreciarse resonancia en el colon ascendente suprayacente. Jamás la hay por delante de una vesícula biliar inflamada, que está de ordinario situada en un plano anterior al ciego, colon y apéndice. En individuos muy robustos y en enfermos con músculos abdominales muy rígidos puede ser, en ocasiones, casi imposible diagnosticar si se trata de apéndice o de vesícula biliar si no se recurre a la anestesia, a menos que la historia previa indique uno u otro estado.

Cuando con la colecistitis hay enclavamiento simultáneo de un cálculo en el cístico, el espasmo constante de dolor, acompañado por náuseas con sensibilidad profunda en el hipocondrio derecho y en la región subescapular del mismo lado, son datos suficientemente claros para establecer un diagnóstico y la diferenciación con la apendicitis.

La **periduodenitis** que rodea una úlcera duodenal inflamada se distinguirá mediante la historia característica que proporciona un interrogatorio cuidadoso. El dolor de úlcera duodenal aparece dos o tres horas después de la comida y se alivia con la ingestión de alimento.

La **pielitis aguda del lado derecho** se confunde frecuentemente con apendicitis, y no es raro que se emprendan imprudentemente operaciones por haber prestado poca atención a los síntomas. Los puntos de diagnóstico diferencial pueden esquematizarse así:

Pielitis aguda	Apendicitis
Intensidad inicial es la regla.	Intensidad inicial, rara.
Temperatura de 39,5° C. o más.	Temperatura de 39,5° C., es rara.
Dolor a la micción.	
Polaquiuria.	Los síntomas urinarios son inconstantes.
Los músculos abdominales de ordinario no están rígidos.	La rigidez local es frecuente.
Pus en orina.	No hay pus en la orina.

Los síntomas de pielitis pueden producirse por la presencia de bacilos en la orina con ninguna o escasa formación de pus. En tales casos, hay siempre una turbidez u opalescencia de la orina que sugiere la baciluria. No debe olvidarse tampoco que un apéndice inflamado situado delante de la pelvis renal, puede ser causa de una pielitis aguda.

Si rutinariamente se examina de modo cuidadoso la orina, será raro encontrar dificultades diagnósticas.

La **hidronefrosis aguda del lado derecho** es a veces diagnosticada erróneamente de apendicitis con formación de absceso. Una hidronefrosis da una tumoración redonda tensa y sensible, que tiene una situación lateral en el abdomen y que puede apreciarse bien por detrás en la región lumbar. La tumoración se mueve libremente en ocasiones, y por lo general, su forma exterior es redondeada. Es posible apreciar alguna vez la depresión (correspondiente al hilio) en el sitio medio. El dolor es a veces de tipo de cólico renal y hay **generalmente síntomas urinarios:** orina escasa, dolor a la micción, polaquiuria, etc. Puede ser posible descubrir una historia de ataque correspondiente a crisis de Dietl. Falta generalmente la rigidez de la pared abdominal sobre la tumoración.

La **pionefrosis** aguda forma una tumoración análoga a la de la hidronefrosis, pero es de ordinario más sensible, más fija y los signos generales de alteración constitucional son mucho más marcados; es decir, hay fiebre alta, lengua saburrosa y puede haber otro síntoma de toxemia. Puede haber pus en la orina.

Riñón movible sin hidronefrosis.—El apelotamiento de la región urétero-renal puede ocurrir y causar fuerte dolor en la región lumbar, con disminución de la cantidad de secreción urinaria, sin gran tumoración del riñón. Los síntomas urinarios, la falta de fiebre y el alivio del dolor cuando la orina sale más libremente sirven para hacer la diferenciación.

Cálculo en el riñón, cólico renal.—En aquellos raros casos en que la apendicitis se acompaña de dolor en el testículo derecho puede simular muy bien un cólico renal. Una radiografía mostrará el cálculo y los diferenciará. En un caso de esta naturaleza que estaba bajo mi cuidado, el dolor agudo en la región lumbar derecha irradiándose al testículo del mismo lado, me llevó a diagnosticar cólico renal. Una radiografía mostró una sombra grande un poco por fuera del uréter. La operación reveló un riñón y un uréter normales, pero un apéndice muy inflamado con una masa calcárea grande en el meso-apéndice. Afortunadamente tales casos son raros.

Absceso perinefrítico.—Un apéndice retrocecal que supure puede dar lugar a un absceso en la vecindad del riñón y puede ser difícil diferenciarlo de un absceso perinefrítico de origen metastásico. Pero éste es de comienzo insidioso, mientras que el apéndice da una típica historia aguda del comienzo. En ambos casos habrá dolor presionando hacia delante por debajo de la última costilla, en el ángulo que forma ésta con los músculos del canal vertebral derecho. Algunos enfermos con un apéndice retrocecal inflamado, presentan síntomas atípicos: no tienen dolor inicial en el epigastrio, no vomitan y no tienen rigidez sobre el área inflamada. Estos casos, sin embargo, se desarrollan mucho más rápidamente que los corrientes abscesos metastásicos perinefríticos. Un pequeño absceso retrocecal o retroileal puede pasarse por alto fácilmente (véase figura 6).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL APENDICE ILIACO INFLAMADO

La inflamación del apéndice ilíaco es la más fácil de diagnosticar, aunque hay algunos escollos.

La perforación de una úlcera duodenal es con frecuencia erróneamente diagnosticada de apendicitis. El contenido intestinal que sale, va primero hacia abajo, hacia la fosa ilíaca derecha, y da todos los signos de inflamación del apéndice. Puede ser posible obtener una historia típica de úlcera duodenal o de apendicitis. El shock inicial es mayor en los casos duodenales, y también será manifiesta la sensibilidad en el hipocondrio derecho. El dolor sentido en lo más alto del hombro derecho irá más en favor de una úlcera duodenal perforada. Si se borra algo la macidez hepática y no hay una distensión generalizada del abdomen, la perforación de una úlcera duodenal (o gástrica) es indudable.

Carcinoma de la región íleocecal.—Cuando un carcinoma produce una obstrucción de la válvula íleocecal, puede ser simulada fácilmente una apendicitis. Habrá ataques recurrentes de dolor fuerte, vómitos, distensión local y sensibilidad en la fosa ilíaca derecha, y a veces rigidez en el momento o después del ataque. Pero el dolor en la obstrucción íleocecal es más atenazante e intenso que en la apendicitis y los vómitos aparecen casi simultáneamente con el dolor y son más violentos y persistentes que en algunas, si no en la mayoría, de las peritonitis apendiculares avanzadas. Más pronto o más tarde, habrá un ataque de obstrucción completa, y a continuación, distensión general. Hay estreñimiento durante los ataques y muy rápidamente pérdida de peso.

El **carcinoma del ciego o del colon ascendente que forma** un tumor y que ha llegado a adherirse a las paredes o que ha corroído el intestino y producido un absceso peritiflítico, puede simular un absceso de origen apendicular. La

edad del paciente (superior por lo general a cincuenta años), los ataques previos que sugieren obstrucción, la marcada pérdida de peso y la anemia, ayudan de ordinario a distinguirlos, pero hay casos en que es imposible hacer la diferenciación antes de operar.

La **tuberculosis ileocecal** puede dar síntomas similares a los del carcinoma y puede no distinguirse antes de operar.

La **tuberculosis de los ganglios ileocecales** se confunde fácilmente con un apéndice inflamado. Esto sucede principalmente en muchachos en los que hay pequeña sensibilidad y a veces un plastrón en la fosa ilíaca derecha. Si los ganglios están gruesos y tienden a experimentar la caseificación, puede producirse inflamación del mesenterio y peritoneo contiguo, y los signos locales aumentarán: habrá una sensibilidad local mayor y posiblemente rigidez muscular. Puede haber náuseas o vómitos, pero el dolor en el epigastrio no es tan manifiesto y los síntomas subsiguientes no aparecerán.

Un **absceso del psoas** y una **afección tuberculosa de la cadera**, cada uno por su parte pueden producir irritación de la masa muscular ilio-psoica con flexión o limitación de la extensión del muslo derecho y sensibilidad, resistencia y abultamiento en la fosa ilíaca derecha, si bien una exploración cuidadosa de la columna vertebral y de la cadera establece fácilmente el diagnóstico. Si hay duda se hará una radiografía.

Cálculo en el uréter.—Un cálculo emigrante produce dolor en la parte baja del uréter, que no siempre es típico de cólico renal; se refiere aproximadamente al sitio del uréter donde el cálculo está alojado. Muy frecuentemente esto da lugar a que se haga diagnóstico de apendicitis. Los síntomas urinarios (frecuencia, dolor, hematuria), el dolor en el testículo, la falta de rigidez sobre la zona dolorida y una historia previa de ataques sugerentes de cólico renal, podrán sobre la pista del diagnóstico. Si se dispone de una buena asistencia, la radiografía y la cistoscopia con el pa-

so de bujías enceradas por el uréter del lado enfermo, pueden servir para descubrir un cálculo. La fiebre tiene pocas probabilidades de presentarse en caso de cálculo ureteral.

Un **absceso que se desarrolla en la pared abdominal,** en la región ilíaca derecha, puede ser difícil de diferenciar de apendicitis; pero la historia, falta de vómitos y localización superficial sin ningún signo profundo, establecerá la diferencia.

La **ruptura del segmento inferior del músculo recto derecho** puede también dar lugar a signos locales similares a los que da la apendicitis; servirá para distinguirlos la historia del comienzo.

EL APENDICE PELVIANO

Diagnóstico diferencial en el hombre.—La inflamación del apéndice cuando está situado en la pelvis, da lugar a muchos errores diagnósticos, y si en la mujer puede excusarse hasta cierto punto, en el hombre hay pocos estados que ocasionen dolor pélvico fuerte y agudo. Los principales son:

Obstrucción del intestino grueso (carcinoma, vólvulo).
Obstrucción del intestino delgado.
Diverticulitis.
Cálculo en la parte inferior del uréter.

La **obstrucción del intestino grueso** que produce síntomas hipogástricos se debe por lo general a carcinoma del sigmoide o del recto o a vólvulo. El comienzo de ambas enfermedades va precedido de ordinario por cierto tiempo de obstrucción subaguda con ataques de dolor y distensión abdominales, **siendo la distensión en ambos casos un acontecimiento precoz del ataque agudo.** En la apendicitis pelviana, los síntomas subsiguientes son francamente constantes y la **distensión no es** un síntoma precoz. En ambos casos,

el tacto rectal revelará sensibilidad pelviana, pero en la obstrucción puede haber un mayor abultameinto de la parte superior del recto, mientras en la apendicitis hay, a menudo, un plastrón doloroso en el lado derecho de la pelvis, y la prueba de la rotación del muslo puede ser positiva. En

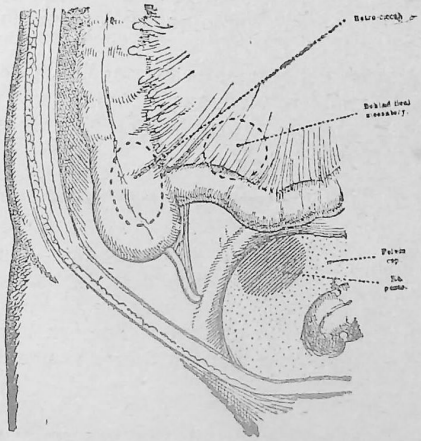


Fig. 7.—Sitios donde pueden asentar abscesos resultantes de la apendicitis, que pueden, en ocasiones, pasar desapercibidos.

la apendicitis no hay tampoco obstrucción completa y un enema de trementina acarreará aire y materia fecal. La fiebre falta por lo general en caso de obstrucción y se presenta en apendicitis.

La **obstrucción del íleon**, acompañada de sensibilidad en el hipogastrio, es debida con frecuencia a adherencias que se produjeron en ataques anteriores de apendicitis. Las adherencias por lo general ligan el cabo inferior del íleon a la pared lateral de la pelvis o a la bolsa peritoneal del fondo de la misma. La historia previa de apendicitis puede engañar. La distinción se hará principalmente notando que

en la obstrucción intestinal es mayor la agudeza del dolor que es de naturaleza espasmódica, y observando la frecuencia y carácter del vómito que en la obstrucción intestinal se hace gradualmente amarillento y finalmente fecaloideo, cambio que nunca acontece en apendicitis mientras no se se haya desarrollado una peritonitis extensa. En la obstrucción intestinal rara vez el dolor se localiza en la fosa ilíaca derecha, como acontece en la apendicitis; pero después de haber aparecido la distensión es mucho más difícil establecer el diagnóstico. En obstrucción del intestino delgado suele haber comúnmente temperaturas subnormales al comienzo, y en ningún período llega a ser febril, que es la regla en la apendicitis. La frecuencia de micción o el dolor durante ella pueden aparecer en casos de apendicitis por irritación de la vejiga.

La **diverticulitis** del colon pélvico puede dar síntomas obstructivos o inflamatorios. Cuando produce obstrucción recuerda mucho al carcinoma, pero si hay inflamación local y absceso los signos y síntomas resultantes son muy parecidos a los de la apendicitis pelviana y no hay manera cierta de distinguirlas antes de la operación. La diverticulitis, sin embargo, se encuentra principalmente en personas viejas y puede haber una historia de trastornos intestinales anteriores que pueden referirse al colon, tales como ataques de diarrea y estreñimiento, presencia de sangre y moco en las heces, etc. El dolor inicial se da con más frecuencia en el hipogastrio en caso de pericolitis pélvica, y en el epigastrio en caso de apendicitis.

Perforación de una úlcera tífica.—Cuando en un enfermo que padece fiebre tifoidea benigna ocurre una perforación subaguda al final del íleon, puede aparecer un absceso pélvico que al explorarlo resulte indistinguible clínicamente del que se produce por perforación del apéndice. La historia previa ayudará al diagnóstico. En un caso que estuvo bajo mi cuidado, el enfermo había sido tratado por influenza durante dos semanas antes que aparecieran los síntomas pélvicos que obligaron a enviarlo al hospital por

apendicitis. Apareció un absceso en la pelvis, y la prueba de la aglutinación sanguínea demostró que el bacilo paratífico a era el causante de la enfermedad.

Cálculo en la parte inferior del uréter (véase más arriba).—Cuando el cálculo está próximo a la vejiga, es frecuente que haya síntomas adicionales: polaquiuria, dolor en el pene, emisiones que pueden inclinar hacia el sistema génito-urinario. La cistoscopia puede mostrar un orificio urétérico derecho de mal aspecto, y un catéter colocado en el uréter se detendrá en el sitio del cálculo.

Un **absceso pélvico** consecutivo a apendicitis es a menudo tolerado, sobre todo si ocupa el cuadrante posterior derecho de la pelvis (figura 7).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA APENDICITIS PELVIANA EN LA MUJER

Los órganos genitales de la mujer añaden aún más inconvenientes al diagnóstico de apendicitis pélvica. Dolor agudo referible principalmente al hipogastrio y a la pelvis, puede ser debido a:

Cólico uterino (dismenorrea o amenaza de aborto).
Torsión del pedículo, inflamación o ruptura de un quiste del ovario.
Gestación ectópica.
Fibroma torsionado o inflamado.
Hidrosalpinx.
Salpingitis o piosalpinx.

La **dismenorrea** con su periodicidad, falta de signos al examen local y dolor referido a las regiones lumbar inferior y sacra, así como al hipogastrio, no debe constituir una gran dificultad diagnóstica.

Ante **inminencia de aborto** la amenorrea, hemorragia, carácter del dolor y falta de signos locales, sirven para establecer la diferencia.

El **embarazo ectópico** es con frecuencia diagnosticado erróneamente de apendicitis; pero hay por lo general alguna irregularidad menstrual, a menudo historia de desvanecimientos, anemia general y útero desplazado, mientras que los síntomas consecutivos a apendicitis no se ven. (Véase capítulo XII).

En el caso de un **quiste del ovario o de un hidrosalpinx con pedículo torsionado** el diagnóstico se hace principalmente por el hecho de que con vísceras torsionadas el **dolor y el vómito aparecen simultáneamente** (o casi simultáneamente), mientras que faltan los síntomas consecutivos a apendicitis; por otra parte, las náuseas o los vómitos son, de ordinario, más frecuentes y más persistentes que en la apendicitis. En el caso de quiste del ovario puede conocerse de antes la existencia de un tumor y puede hallarse, desde que comienzan a manifestarse los síntomas, una definida tumoración dolorosa. Esta tumoración puede estar situada en el centro del hipogastrio o a uno de los lados y puede estar limitada a la pelvis. La hiperestesia superficial que es frecuente encontrar en caso de apendicitis cuando se pincha con un alfiler, se descubre con menos frecuencia en quistes del ovario.

Con un fibroma torsionado, los síntomas no son de ordinario tan agudos y es muy probable que se conozca de antes la existencia del tumor. Pero puede ser imposible diferenciar la torsión de un fibroma de la del pedículo de un quiste del ovario.

La **salpingitis aguda** es de ordinario difícil de distinguir de la apendicitis, y a veces ambas afecciones aparecen simultáneamente. En ocasiones, es difícil decir de cuál de ambos órganos contiguos partió la inflamación. La distinción puede hacerse generalmente por la consideración de los siguientes puntos. En la salpingitis aguda, el dolor epigástrico al comienzo no es tan frecuente y los vómitos también son menos frecuentes. El dolor salpingítico se siente frecuentemente en ambos lados al comienzo del ataque y puede haber mayor sensibilidad en la región ilíaca izquier-

da que en la derecha. La historia a menudo es falseada, pero la presencia de una descarga vaginal es una guía de valor y la exploración debe dirigirse a este punto. Si se duda, es mejor emprender la operación, por más que muchos cirujanos no consideran a la salpingitis como tributaria de tratamiento operatorio y se dan por satisfechos con administrar inyecciones rectales salinas estando la enferma en la posición de Fowler.

Un **piosalpinx** puede romperse y simular una apendicitis pelviana. De ordinario faltan los síntomas consecutivos a una apendicitis típica. Si se hace la exploración en seguida de aparecer los síntomas, se apreciará una tumoración pélvica, por lo general bilateral. Puede descubrirse una historia de dolor pélvico crónico y de leucorrea. En los casos que se observan por primera vez después de varios días, el diagnóstico puede ser imposible antes de la operación.

En casos tardíos de apendicitis que han llegado a una peritonitis muy difusa o generalizada, o en aquellos casos de tipo muy fulminante asociados con una forma rápida de peritonitis extensa, es a menudo imposible hacer un diagnóstico cierto. Ha de hacerse la distinción con:

Peritonitis neumocócica primitiva.
Peritonitis general secundaria a otras causas (ruptura de una úlcera gástrica, duodenal, tífica, estercorácea, carcinomatosa o de un piosalpinx).
Trombosis de los vasos mesentéricos.
Obstrucción intestinal aguda.
Pancreatitis aguda.
Pileflebitis.

Para encontrar la causa exacta es de la mayor importancia dirigirse a la historia. Este asunto se considera de un modo más amplio en el capítulo próximo y en el que trata de peritonitis.

CAPITULO VI

PERFORACION DE UNA ULCERA GASTRICA O DUODENAL

A) Perforación en la cavidad general del peritoneo

La perforación de una úlcera gástrica o duodenal dentro de la cavidad general del peritoneo, es una catástrofe que ocurre con una precipitación dramática y a no ser que se la trate quirúrgicamente progresa de una manera clara, con un curso típico, hasta producir la muerte del enfermo dos o tres días después de haber ocurrido la perforación. Es uno de los estados abdominales agudos más fácilmente diagnosticados; conocidos y apreciados los síntomas que se presentan, es de la mayor importancia diagnosticar precozmente y hacer un pronto tratamiento quirúrgico. La demora en el diagnóstico de apendicitis es deplorable, aunque no cuesta siempre la vida del paciente; errores diagnósticos en casos de vesícula biliar inflamada o de piosalpinx, son peligrosos, pero puede obtenerse la recuperación mediante una operación tardía, mientras que en el caso de úlcera perforada el retraso o el error diagnóstico que conduce a contemporizar y demorar, es equivalente a sentencia de muerte con escasas probabilidades de salvación. Si se emprende la operación dentro de las seis primeras horas, la recuperación es la regla; si se retarda la apertura del abdomen

doce horas, es dudosa, y si pasan veinticuatro o más horas antes de suturar la úlcera y drenar el abdomen, debe esperarse la muerte del enfermo. Es verdad que algunos operados en períodos más tardíos que éstos logran salvarse, pero esto debe considerarse como excepcional y digno de comentario. La posibilidad grande de que algunos estados se deban a la perforación de una úlcera, es una indicación positiva para la **inmediata** solución del problema. Si este no puede resolverse con certeza, debe trasladarse en seguida al enfermo al centro quirúrgico más próximo. Permitir que subsista la duda diagnóstica por toda una noche, es aumentar las probabilidades de que el enfermo pierda la vida si en efecto lo que padece es una perforación.

Los signos y síntomas producidos por la perforación varían según el tiempo que haya transcurrido desde que ocurrió la ruptura. Hay tres períodos en el proceso patológico que de ordinario se reconocen fácilmente:

1. El estadio de shock primario.
2. El estadio de reacción (con peritonitis enmascarada).
3. El estadio de peritonitis franca avanzada y secundariamente el shock tóxico.

No hay un límite preciso y claro entre los estadios, y ocasionalmente, el shock primario puede pasar a la peritonitis franca y colapso terminal sin ningún intermedio de reacción apreciable.

Los síntomas de cada estadio pueden enumerarse:

Estadio de shock primario:

Dolor abdominal grande y generalizado.
Semblante ansioso.
Aspecto lívido o ceniciento.
Extremidades frías.
Sudor frío en la cara.

Temperatura subnormal (35° o 35,5° C.).
Pulso débil y pequeño.
Respiración superficial.
Náuseas o vómitos.
Dolor en lo alto de uno o de ambos hombros.

Estadio de reacción (peritonitis enmascarada):

Interrupción de los vómitos.
Disminución del dolor.
Apariencia mucho mejor; la cara recobra el color normal.

Temperatura normal.
Pulso normal.
Respiración superficial tranquila y de tipo costal.
Las alas de la nariz se mueven ligeremente.
La pared abdominal está muy rígida, sensible y a menudo retraída o plana.
Peritoneo pélvico sensible.
Disminución de la macidez hepática.
Macidez movible en los flancos.
Dolor grande al mover el cuerpo.

Estadio de peritonitis franca con shock tóxico:

Vómitos más frecuentes.
Cara como de peritonitis tardía.
Abdomen doloroso y **distentido**.
Pulso rápido y pequeño.
Temperatura ligeramente febril o subnormal.
Pared abdominal por lo general no enteramente tan rígida.
Respiración laboriosa y rápida.

1. **Estadio de shock primario.**—Los síntomas iniciales son los que se deben al dolor y shock consecutivos a la

inundación de la cavidad peritoneal por el contenido gástrico. La gran estimulación repentina de las numerosas terminaciones nerviosas por el líquido irritante que procede de la víscera rota, da lugar a una depresión refleja de las funciones vitales. Esta puede ser tan grave que haga desmayarse al enfermo o caer en un ataque sincopal. El pulso temporalmente es pequeño y débil, la cara está lívida, las extremidades frías y el termómetro registrará solamente alrededor de 35° C. La cara denota dolor y ansiedad y el enfermo puede en su agonía gritar fuertemente.

El dolor es de comienzo repentino. El enfermo puede sentirse bien en un momento dado y en seguida estar retorciéndose en la agonía y gritando para que alguien le socorra. El sitio del dolor inicial es generalmente el epigastrio, pero se extiende en seguida hacia abajo y al poco tiempo se siente por todo el abdomen. El dolor puede aún ser mayor en el hipogastrio, puesto que el líquido escapado por la ruptura se colecciona en la pelvis. Este estadio puede, o bien durar unos pocos minutos, o persistir una o dos horas. Esta duración depende hasta cierto punto del asiento de la perforación y del grado de inundación de la cavidad general del peritoneo.

2. **Estadio de reacción.**—La intensidad del shock inicial se apacigua y el enfermo se encuentra mejor y se siente más confortado. El sistema circulatorio se recobra hasta tal punto que se calientan los miembros, la cara toma su color normal y el pulso se normaliza tanto en fuerza como en frecuencia, mientras que el termómetro puede marcar ni subnormalidad ni fiebre. La mejoría de los síntomas no significa una detención del proceso patológico, aunque el observador casual podía pensar fácilmente que había ocurrido una real mejoría. De la adecuada apreciación por el médico de este peligroso período latente, depende la contingencia de curación de la enfermedad del paciente. Es en este período cuando el médico de cabecera piensa que ha cometido un error por haber requerido tan urgentemente al cirujano, y casi se excusa por haberlo llamado sin ne-

cesidad. Pero es en este período cuando hay la oportunidad favorable para la operación y no habrá ninguna dificultad diagnóstica si se hace una exploración cuidadosa.

El pulso y la temperatura no constituyen una guía cierta, pues son frecuentemente normales; tampoco se admitirá siempre la propia opinión del enfermo acerca de su situación, pues a menudo considera que está mucho mejor y aun puede llegar a pensar jovialmente en su estado. Pero su actitud y sus actos desmentirán siempre sus palabras. Buscará siempre alivio encogiendo los muslos, y si se le ruega que se mueva en la cama, lo intentará con muchas precauciones y con miedo evidente de que aumente el dolor. Si no se ha administrado morfina, se quejará aún de dolor abdominal generalizado, aunque la intensidad no será tan grande como al principio. Hay, en suma, cuatro observaciones, alguna o todas de las cuales dan indicaciones valiosas sobre la grave enfermedad intraabdominal. **La pared abdominal está rígida y sensible, la respiración es superficial y de tipo costal, el peritoneo pélvico está sensible y puede haber líquido y gas libres en la cavidad peritoneal.**

La **rigidez de la pared abdominal** es un hecho constante. Los músculos están planos y como tablas y ni la presión firme los hace ceder. Una perfecta anestesia profunda produce relajación. La presión en algunas partes de la pared abdominal produce dolor y puede provocar náuseas. La sensibilidad es a menudo mayor en la fosa ilíaca derecha en caso de ruptura de úlcera pilórica o duodenal. Los músculos, rígidos, no se mueven con la respiración y el movimiento del diafragma está también considerablemente inhibido, tanto que la **respiración es superficial y de tipo costal.**

La **sensibilidad del peritoneo pelviano** es uno de los signos más importantes y puede determinarse mediante un tacto rectal, o vaginal si se trata de una mujer. Poco tiempo después de una perforación se llena la pelvis con el líquido que salió por la ruptura y con exudado inflamatorio, y aunque no pueda apreciarse plastrón, la presión con el dedo contra la bolsa peritoneal de la pelvis a través de la

pared rectal, produce dolor que hace estremecer al paciente.

La **macidez movible en los flancos** que se debe al líquido libre en la cavidad peritoneal, será determinable de ordinario, pero no siempre es aconsejable el cambio del paciente para descubrir este signo. En casos dudosos puede tener valor.

La **disminución o ausencia de la macidez hepática** es el signo producido por el gas libre en la cavidad peritoneal. A menudo se demuestra con facilidad, pero no es raro que sea impreciso. La percusión sobre la cara anterior del hígado puede dar resonancia sin que haya gas libre en la cavidad del peritoneo, por encontrarse distendido el intestino, que algunas veces es empujado hacia arriba en casos de obstrucción intestinal o de ciertas peritonitis. Si no hay distensión abdominal, la disminución de la macidez hepática por delante tiene, sin embargo, significación. El obtener resonancia a la percusión en la línea axilar media, tiene siempre significación. **Si en algún caso abdominal agudo se obtiene resonancia manifiesta sobre el hígado en la línea axilar media, aproximadamente dos o tres pulgadas por encima del reborde costal, se está con certeza ante la perforación de una úlcera gástrica o duodenal.**

Un síntoma más que puede ayudar es la aparición de dolor en lo alto del hombro o en la fosa supraespinosa, sobre el acromion o sobre la clavícula, es decir, en la zona de distribución de las ramas cutáneas del cuarto nervio cervical. Si se presenta este síntoma, ha de considerarse cuidadosamente con las demás indicaciones, pues la pleuresía diafragmática produce un dolor similar; pero el dolor que se siente en ambos hombros **desde el comienzo del ataque,** sugiere una perforación en la pared anterior del estómago que da lugar a la irritación de la porción media del diafragma. En caso de perforación de una úlcera pilórica o duodenal, el dolor de hombro se siente en la fosa supraespinosa derecha.

3. **El estadio de franca peritonitis** no debe esperarse nunca y es lamentable que aún se vea bastante a menudo.

Localmente la peritonitis extensiva se demuestra de un modo claro por la creciente distensión del abdomen. La distensión del abdomen no es un signo de úlcera perforada, indica que la peritonitis ha avanzado y que las condiciones que permiten actuar han pasado tanto que las probabilidades de recuperación son pequeñas. Sin embargo, yo he conocido demora en enviar un caso al hospital, porque uno que sospechaba la perforación pensaba que difícilmente podía sostenerse el diagnóstico con ausencia de distensión.

Los demás efectos de la peritonitis extensiva son: aumento y persistencia de los vómitos, aumento gradual de la frecuencia del pulso y disminución de su fuerza y volumen y enfriamiento de las extremidades y de todo el cuerpo. El abdomen permanece sensible, pero en peritonitis tardía es frecuente que se aminore la rigidez debido a los efectos tóxicos sobre el sistema neuro-muscular. Finalmente, como resultado de los vómitos y de la depresión de la circulación, la cara se vuelve ansiosa y denota sufrimiento, se excavan las mejillas, los ojos se ofuscan y se rodean de círculos oscuros: es la llamada facies hipocrática, que más que un signo de peritonitis es la máscara de muerte consecutiva a la peritonitis.

Diagnóstico y diagnóstico diferencial.—Durante el estadio inicial de shock, es casi siempre posible decir que hay enfermedad que necesita intervención quirúrgica, aunque la naturaleza exacta de la catástrofe puede ser ligeramente dudosa. Se obtiene a veces gran ayuda de la historia previa de indigestión crónica o de dolor duodenal que aparece aproximadamente dos horas después de haber comido. Un gran número de pacientes, por lo general, no da más que una historia reciente de dolores postprandiales. Esto es más frecuente en casos de jóvenes, en los que la úlceda pilórica no parece ser infrecuente.

Si en uno que ha padecido indigestión crónica sobreviene repentinamente un colapso rápido y un dolor abdominal muy agudo, poniéndose a la vez rígida la pared del abdomen, está justificada la sospecha de perforación de una

úlcera. Si además el peritoneo pelviano está sensible y hay resonancia sobre la cara lateral del hígado, el diagnóstico es cierto.

En el estadio de reacción los síntomas generales ceden temporalmente, **pero todos los signos locales persisten y aun llegan a ser más manifiestos,** tanto que el observador cuidadoso no se engañará. En el tercer estadio no hay dificultad en diagnosticar que ha ocurrido una grave catástrofe dentro del abdomen.

Diagnóstico diferencial. — Hay tres circunstancias por las que aparecen en ocasiones síntomas similares a los de la úlcera perforada que o no exigen operación o está positivamente contraindicada. Son: el **cólico grave** (biliar o renal), **las crisis gástricas de la tabes y ciertos casos de pleuroneumonía doble.** Hay otras cinco enfermedades que exigen siempre tratamiento operatorio y que a veces son difíciles de distinguir de una úlcera gástrica o duodenal perforada. Son:

Pancreatitis aguda.
Apendicitis aguda perforante.
Ruptura de una gestación ectópica (en la mujer).
Obstrucción intestinal aguda.
Peritonitis general o difusa debida a otras causas.

El cólico biliar o renal puede ocasionar un colapso grave y terrible dolor abdominal. El grado de colapso no constituye un punto diferencial, puesto que en cólico biliar, a veces, aparenta el enfermo estar **in extremis**, pero el diagnóstico es claro, de ordinario, considerando la historia previa, el estado de la pared abdominal, macidez hepática y peritoneo pélvico. Un informe claro que dé ataques previos de dolor e ictericia o hematuria y la salida de arenilla o pequeños cálculos, servirá para indicar la probabilidad de dificultad en el paso de un cálculo por los conductos biliares o el uréter, respectivamente.

La radiación del dolor del cólico biliar a la región sub-

escapular, y la del dolor del cólico renal al testículo, son suficientemente aclaratorias. En el cólico calculoso, la pared abdominal no está rígida, de ordinario, y el paciente se mueve y se retuerce en la agonía, mientras intenta buscar una posición más cómoda. Después de la perforación de una úlcera, la rigidez general del abdomen y el aumento de dolor al moverse impiden y previenen los movimientos, aunque en alguna ocasión hay excepciones. Finalmente, en el cólico biliar o renal, el peritoneo pélvico no está sensible y no hay disminución de la macidez hepática. Si se observa ictericia o hematuria, el diagnóstico no tendrá duda.

Las crisis gástricas de la tabes dorsal pueden hacer difícil el diagnóstico por la intensidad del dolor abdominal y la gravedad de los vómitos que pueden ocasionar un colapso acentuado. Será una regla siempre observar los reflejos de la rodilla y las reacciones pupilares en todo caso abdominal agudo, pues en la tabes unos u otras son casi siempre anormales. El enfermo, por otra parte, puede tener una historia de ataques anteriores similares, y en las crisis tabéticas, a la exploración, no se encontrará rigidez de los músculos abdominales en el intermedio de los dolores, ni habrá sensibilidad al tacto rectal, ni resonancia sobre la cara lateral del hígado. Debe recordarse que un sujeto puede tener úlcera perforada y padecer tabes, pero entonces se presentarán algunos de los signos últimamente mencionados.

Pleuroneumonía doble.—A veces, un caso de pleuroneumonía doble ocasionará rigidez abdominal generalizada y gran dolor epigástrico; pero entonces hay, de ordinario, suficientes signos en el pulmón para puntualizar la verdadera causa de la enfermedad. Se moverán las alas de la nariz y la respiración será más frecuente de lo que pudiera esperarse en caso de peritonitis precoz sin distinción. Una vez más el tacto rectal y la percusión sobre la cara lateral del hígado tienen importancia para el diagnóstico.

Las otras cinco enfermedades son tan graves todas que exigen imperativamente la apertura del abdomen, así que,

aunque importante, no es estrictamente necesario hacer un diagnóstico cierto antes de operar.

La **pancreatitis aguda** simula perfectamente la perforación visceral, y antes de abrir el vientre, se confunde generalmente con este accidente o con la obstrucción intestinal. El dolor en la pancreatitis aún es más torturante, pero la rigidez abdominal no es tan generalizada ni tan constante. Cianosis e ictericia ligera se ven más a menudo en la pancreatitis, que por lo general se presenta en sujetos gordos. El diagnóstico se considerará ulteriormente en la próxima sección.

La **apendicitis aguda** se distinguirá fácilmente por consideración de la historia, del orden de los síntomas y de los signos locales. Es infrecuente que por inflamación del apéndice se produzcan síntomas agudos tan graves como los que anuncia la perforación gástrica; pero en el estadio de reacción una úlcera perforada puede ser, y a menudo es, diagnosticada de apendicitis. Es éste especialmente el caso de una úlcera duodenal rezumante: el líquido escapado gotea de preferencia en el lado derecho del abdomen y ocasiona dolor particularmente en la fosa ilíaca derecha. Esto simula perfectamente la apendicitis, pues la aparición de dolor epigástrico, náuseas y vómitos, dolor ilíaco derecho y fiebre, puede producirse como en la inflamación del apéndice. La intensidad del colapso inicial puede servir para distinguirlas, y la persistencia de sensibilidad sobre el área duodenal ayudará a determinar la enfermedad. En apendicitis, la rigidez abdominal raramente es tan extensa como en la úlcera perforada, y la macidez hepática está normal, si bien en ambos casos puede encontrarse sensibilidad al hacer el tacto rectal. En algunos casos de úlcera duodenal perforada, el paciente puede quejarse de dolor en lo alto del hombro o sobre la fosa supraespinosa derecha; muy rara vez se siente dolor de hombro en apendicitis, y cuando se siente (debido al líquido irritativo que se extiende al diafragma) será más probablemente en la parte anterior

del acromion. En cualquiera de los casos está indicada la operación inmediata.

La **obstrucción intestinal** no habrá dificultad en diagnosticarla, salvo en los casos que se vean tardíamente. En ambas enfermedades el comienzo puede ser con síntomas agudos de colapso, dolor y vómitos, y en ambas puede ser evidente la presencia de líquido en el abdomen; pero en la obstrucción la pared abdominal está flácida y completamente distinta a la rigidez de tabla de los casos de úlcera perforada. En la obstrucción intestinal, los vómitos son un hecho manifiesto casi desde el principio, y varían de carácter hasta llegar a ser fecaloideos.

En períodos tardíos de ambas enfermedades puede ser difícil distinguirlas entre sí, pues la peritonitis es una complicación tardía de la obstrucción intestinal y la rigidez de tabla que acompaña a una úlcera perforada tiende a disminuir algo a medida que aumenta la distensión y la absorción de toxinas reduce la actividad del reflejo neuromuscular. En tales casos, la historia y posiblemente el carácter del vómito pueden servir para establecer la diferencia.

La **ruptura de una gestación ectópica** que conduce a una grave hemorragia intraperitoneal, puede ocasionar síncope y colapso, vómitos y fuerte dolor abdominal. Puede obtenerse una historia de irregularidades menstruales, pero no debe fiarse de ella para el diagnóstico. Los principales puntos en el diagnóstico son la palidez de los labios, lengua, uñas y escleróticas y la falta de verdadera rigidez del abdomen, aunque éste generalmente está sensible e hinchado, particularmente en la parte inferior. En ambos casos habrá cierta sensibilidad al explorar con el dedo por el recto o por la vagina. No se descubre una clara tumoración pélvica en muchos casos de ruptura reciente de un embarazo ectópico. Puede descubrirse líquido libre en el abdomen por ambas circunstancias y, alguna vez, en casos de ruptura de gestación ectópica, se obtiene resonancia sobre la cara **anterior** del hígado (debido a que el intestino fué ele-

vado por coágulos de sangre); pero sobre la cara lateral, sólo se obtiene con una úlcera perforada.

Alguna vez, en casos de ruptura de un embarazo extrauterino, se quejan de dolor sobre la clavícula.

Otras formas de peritonitis sólo pueden distinguirse de la debida a perforación de una úlcera considerando la historia del comienzo y determinando la presencia o ausencia de gas en la cara lateral del hígado. Puede ser imposible diferenciarla de la resultante de la perforación de alguna otra parte del intestino.

B) Ruptura de una úlcera con formación de absceso subfrénico localizado

Cuando por una u otra razón — adherencias previas, goteo tardío que da tiempo a que se deposite fibrina — el contenido gástrico que se escapa no inunda la cavidad abdominal, los síntomas se modifican. El dolor puede ser muy grande, pero el colapso inicial no da tanta postración y los signos abdominales se localizarán rápidamente en la parte más superior del vientre e inducirán al desarrollo de un absceso subfrénico conteniendo gas. Si entonces se desarrolla un absceso hacia la parte anterior, los signos locales de supuración intraperitoneal son muy evidentes; pero cuando el mal está alto, inmediatamente debajo del diafragma, los signos y síntomas tardan más tiempo en desarrollarse. La temperatura irregular, dolores, leucocitosis y macidez en la base del pulmón debida a derrame pleural o congestión basal, conducirá al observador a diagnosticar una colección de pus debajo del diafragma. La descripción del absceso subfrénico no cae dentro de los límites de este libro.

PANCREATITIS AGUDA

La pancreatitis aguda acontece en menos del 1 por 100 de los casos de enfermedad abdominal aguda y debe por eso considerársele como una afección relativamente rara. Debe

ser excepcional, ya que algunos cirujanos no han visto más que dos o tres casos en el curso de su carrera, así que los puntos de vista diagnósticos basados sólo en la experiencia personal, deber ser (como son en este caso) complementados y corregidos por el estudio cuidadoso de la experiencia de los demás.

Se ha establecido que la omisión corriente para diagnosticar correctamente pancreatitis aguda es el olvido de pensar en su posibilidad en cada caso individual, pero, aún cuando se discute y considera la enfermedad, resultan con frecuencia errores diagnósticos. Probablemente se diagnostican correctamente antes de la operación menos de la mitad de los casos. Por eso es muy necesaria una consideración especial de los síntomas.

Para comprender y recordar los síntomas, se repasará la anatomía del páncreas y la patología de la enfermedad. La glándula asienta en el tejido retroperitoneal, en estrecha relación con el plexo celíaco y el ganglio semilunar. La cabeza está rodeada por la curva del duodeno, a la que cubre un poco; el cuerpo está delante de la primera vértebra lumbar, mientras la cola se extiende al lomo izquierdo y asienta contra el bazo. Aún hay muchos puntos en la patología de la pancreatitis que no están establecidos, pero hay una evidente preponderancia en señalar que las formas agudas de inflamación se deben casi siempre a infección que conduce, por lo general, a una grande y extensa hemorragia en el interior de la glándula con subsiguiente desorganización de su sustancia y liberación y activación de sus fermentos. Si el paciente vive tiempo suficiente, puede aparecer gangrena de parte o de toda la glándula.

La pancreatitis aguda rara vez se presenta antes de los cuarenta años y es más frecuente en la gente gruesa; puede ir o no asociada a litiasis biliar, y la detención de un cálculo en la ampolla de Vater, puede desviar la bilis hacia el conducto pancreático, hecho no raro en esta enfermedad.

Los síntomas de pancreatitis aguda son más bien va-

riables, lo que explica la divergencia de distintos observadores que se han ocupado de esta enfermedad. Uno o dos síntomas patognomónicos se presentan rara vez y deben considerarse juntamente, de un modo cuidadoso, los hechos más constantes. Es mejor agrupar las manifestaciones según su causa.

I. Síntomas debidos a la **tensión inflamatoria de la glándula.**

1. **Dolor.**—Aunque puede haber pequeños ataques de dolor antes del principal, el comienzo agudo es, de ordinario, dramáticamente rápido y puede acompañarse de desmayo. El dolor es atormentador y hace gritar al paciente. Se siente en la zona epigástrica y en **uno o ambos lomos.** La posición de la glándula se traduce por el dolor lumbar, y la vecindad del plexo celíaco, explica su intensidad. A veces se siente el dolor en la región escapular izquierda, y en ocasiones, en la fosa supraespinosa del mismo lado (dolor frénico). Más tarde disminuye la intensidad del dolor, pero puede sentirse sobre todo el vientre o quizá más en la fosa ilíaca derecha.

2. **Shock.**—A menudo acompaña el dolor un shock intenso. La frialdad de las extremidades, la sudorosidad de la piel, la debilidad del pulso y la temperatura subnormal, son testimonios suficientes de la severidad del shock. El termómetro puede registrar, sin embargo, 35° C. El pulso es por lo general rápido y débil, pero yo lo he apreciado lento y lleno aun en el estadio precoz de un ataque cuando los demás síntomas del shock eran bien evidentes.

3. Casi siempre hay **vómitos o náuseas reflejos.** A veces las náuseas son incesantes pero, por regla general se devuelve poco. El vómito es más persistente en la úlcera perforada. En ocasiones no hay náuseas. Los verdaderos vómitos reflejos nunca son fecaloideos.

4. **La sensibilidad localizada en el epigastrio** es un hallazgo constante.

5. **La rigidez epigástrica** no es, de ningún modo, constante. Es verdad que a menudo después del comienzo pue-

de haber rigidez de tabla en los músculos epigástricos; pero cuando se explora al paciente se encuentra **con frecuencia una pared abdominal laxa.** De 16 casos recordados por Waring y Griffith, 13 tenían una blanda pared abdominal. Debe recalcarse este punto, ya que en algún tiempo se consideraba como característica la rigidez muscular acentuada.

II. Síntomas debidos a la **hinchazón del páncreas.**

6. **Tumor epigástrico.**—A veces puede palparse el páncreas como un tumor colocado transversalmente en el epigastrio. El hecho de que por lo general sean enfermos gruesos, y haya en ocasiones rigidez, dificulta a menudo la palpación del tumor.

7. **Ictericia.**—Aproximadamente en la mitad de los casos se encuentra una ictericia ligera. Puesto que frecuentemente, si no por lo general, no hay cálculos obstructores, la explicación más razonable para la ictericia es que el conducto común está comprimido por la hinchada cabeza del páncreas. El conducto común está normalmente rodeado por la cabeza de la glándula en cada dos de tres casos.

8. **Vómitos obstructivos.**—Son muy raros los verdaderos vómitos obstructivos de gran cantidad de materias fecaloideas o biliares, pero yo conozco un caso de esta índole. En la operación se observó que la cabeza del páncreas hinchada había obstruído definitivamente al duodeno. Este tipo de vómito debe distinguirse del vómito reflejo mencionado más arriba, que es más frecuente.

III. Síntomas debidos a **extravasación sanguínea.**

9. La **equimosis de uno o de ambos lomos** es un síntoma circunstancial. La sangre extravasada encuentra su camino a lo largo de los planos de tejidos retroperitoneales y se manifiesta como una mancha amarillo-verdosa o purpúrea en el lomo, por fuera de la masa muscular de los canales vertebrales. Este síntoma puede aparecer solamente dos o tres días después de haber comenzado la enfermedad. Cuando se presenta es absolutamente patognomónico.

IV. Síntomas debidos al **déficit funcional de la glándula.**

10. La **glucosuria** se encuentra en ocasiones y, en algún caso de dolor abdominal agudo, suscitará la cuestión de enfermedad pancreática.

11. **Aumento de la diastasa urinaria.** — La liberación de los fermentos pancreáticos conduce a un aumento de la cantidad de diastasa en orina. Normalmente la orina contiene de 10 a 20 unidades de diastasa, pero en caso de pancreatitis pueden subir hasta cien o doscientas. Esta prueba, sin embargo, no siempre es útil.

V. **Otros síntomas.**

12. **Cianosis.**—Este síntoma ha sido apreciado en un número considerable de casos. Se observa mejor en la cara y en las extremidades, pero se ha presentado alguna vez en la piel del abdomen.

13. En ocasiones se aprecia **disnea.** Es razonable suponer que la inhibición parcial de los movimientos diafragmáticos por la inflamación contigua, puede ocasionar en parte la cianosis y la disnea.

14. La prueba de Loewe o midriasis adrenalínica es a veces positiva. Se vierten una o dos gotas de la solución de adrenalina al 1 por 1000 en un saco conjuntival y se repite la maniobra a los cinco minutos. A la media hora o a la hora, la pupila del lado examinado se dilatará si la prueba es positiva. Esta prueba traduce disturbios de las suprarenales por enfermedad contigua, y se encuentra, en ocasiones, en la pancreatitis aguda.

Se recordará que en los períodos tardíos de la pancreatitis aguda hay un estado abdominal más generalizado: en la cavidad abdominal se colecciona líquido teñido de sangre, aparece la distensión y puede haber fiebre irregular. Es muy difícil diagnosticar tales casos sin una historia previa muy exacta.

Diagnóstico.—La pancreatitis aguda con lo que más se confunde es con la **perforación de una úlcera gástrica o duodenal.** Los casos menos agudos pueden confundirse con **apendicitis,** mientras que los casos con distensión pueden

tomarse por **obstrucción intestinal.** La **colecistitis aguda** y el **cólico biliar** pueden simular también los síntomas de pancreatitis.

Con una úlcera perforada, la rigidez abdominal es constante en los estadios precoces que siguen a la perforación, mientras que en la pancreatitis el abdomen puede estar más blando y cierta rigidez se limita por lo general al epigastrio. En su original trabajo, escribía Fitz, muy acertadamente, que los síntomas de pancreatitis aguda eran los de una peritonitis **epigástrica.** En caso de úlcera perforada, se extienden más los síntomas por lo general. Con la úlcera perforada es frecuente sentir dolor en lo más alto del hombro, por pancreatitis es raro, y de sentirlo es en lo alto del hombro izquierdo. El dolor lumbar bilateral, la cianosis y la ictericia ligera irán en favor de pancreatitis, mientras que la falta de macidez hepática será una clara indicación de úlcera perforada. La glucosuria, la positividad de la prueba de Loewe o (cuando puede hacerse la prueba) el aumento grande de la diastasa en orina, indican pancreatitis.

La apendicitis se distingue generalmente prestando atención cuidadosa a la historia de comienzo y al orden de los síntomas. Los vómitos y el dolor son menos fuertes en la apendicitis, y puede haber síntomas locales bien definidos en la fosa ilíaca derecha. Por colecistitis y cólico biliar hay sensibilidad en el hipocondrio derecho y puede haber una clara historia de ataques anteriores, así como la hiperestesia al pinchar con un alfiler en la zona del octavo o noveno par dorsal, indica trastorno vesicular. Las pruebas de la insuficiencia glandular pueden ayudar a la aclaración, pero hay que tener en cuenta que pueden coexistir las dos enfermedades.

Cuando ha sobrevenido la distensión es difícil distinguirla de los períodos tardíos de peritonitis y obstrucción intestinal, a no ser por las pruebas de insuficiencia funcional de la glándula o por la cuidadosa consideración de la historia.

A pesar de todos los cuidados en la investigación, la pancreatitis aguda sólo se diagnosticará con certeza cuando se abra el vientre y se vea el líquido teñido de sangre y las zonas de necrosis grasa.

CAPITULO VII

OBSTRUCCION INTESTINAL AGUDA

La obstrucción aguda del intestino por hernia estrangulada fué una de las enfermedades abdominales primeramente enviadas al cirujano para su tratamiento; en cambio, la obstrucción con síntomas similares, pero debida a causas internas, no tan manifiestas como la tumoración herniaria externa, era, entre las enfermedades abdominales urgentes, la más tardíamente enviada por el médico al cirujano. El tratamiento médico era, hasta hace relativamente poco tiempo, recomendado como primer requisito, y solamente cuando el curso del tratamiento por aperitivos y enemas fallaba, se llamaba al colega operador para ver al paciente. Si hay alguna circunstancia en la que sea necesario el diagnóstico y tratamiento precoces y el evitar los intentos de purga, es en la obstrucción intestinal. Permitir a un paciente que continúe con dolor violento y vómitos repetidos, mientras se distiende gradualmente el abdomen, es injusto, no sólo para el paciente, sino también para el cirujano, que se ve obligado a operar en condiciones empeoradas por la demora.

La patología y la etiología de la obstrucción intestinal aguda son cuestiones demasiado amplias para tratarlas de un modo completo en un pequeño libro. Aquí trataremos solamente de las causas más comunes y de los principales tipos de casos que se presentan para ser diagnosticados. No

siempre es esencial en el diagnóstico conocer la causa exacta de la obstrucción, aunque se esforzará uno en descubrirla con la mayor exactitud posible. Es útil tener conocimiento de la proporción de casos debidos a las principales causas patológicas de obstrucción. De 301 casos de obstrucción intestinal en St. Mary's Hospital, 177 se debían a hernia estrangulada y 124 a todas las demás causas combinadas. Es un error colocar a la hernia estrangulada en una categoría de obstrucción distinta a la de los casos en que no se encuentra la causa exteriormente. La hernia estrangulada es la forma más frecuente de obstrucción intestinal y es considerada por muchos como responsable de más muertes que ninguna otra causa de esta enfermedad (véase capítulo I). Aparte de la hernia estrangulada, hay solamente tres formas comunes de obstrucción intestinal: invaginación, carcinoma del intestino grueso y obstrucción por ataduras o adherencias. El vólvulo, la obstrucción por cálculo biliar, las estrecheces fibrosas o tuberculosas del intestino y todas las demás causas raras, son sólo responsables del 15 por 100, aproximadamente, de los casos. Generalizando muy toscamente puede decirse que en la infancia los síntomas obstructivos agudos son por lo general producidos por invaginación; en la niñez, adolescencia y primera mitad de la vida, por ataduras o adherencias, y en la vejez, por estrecheces cancerosas del intestino grueso. Las adherencias pegadas alrededor de un apéndice inflamado anteriormente, son responsables de muchos casos, mientras que el divertículo de Meckel es responsable de algunas obstrucciones por ataduras, en la juventud.

Cuando el intestino está tan obstruído que no puede pasar nada por el sitio de la obstrucción, el curso de la enfermedad va hacia consecuencias fatales, a no ser que la obstrucción se remedie por:

a) La rectificación espontánea de la enfermedad que siempre se desconoce, salvo unos pocos casos de reducción de una hernia obstruída, y por la cura ocasional de una in-

vaginación mediante la formación de escara de la parte invaginada.

b) Formación de una fístula fecal externa, o

c) Intervención operatoria.

El tercer método es de desear en todos los casos. Hasta hace relativamente poco tiempo la mortalidad después de la operación en casos de obstrucción intestinal (excluyendo la hernia externa estrangulada) estaba bastante por encima del 50 por 100, y aun ahora es mayor de lo que debía de ser, porque los pacientes no se operan con suficiente precocidad. El mayor desideratum es diagnosticar precozmente los casos. Pocas son las obstrucciones intestinales que no se remedian o alivian cuando se envían al cirujano dentro de las doce primeras horas siguientes al comienzo de los síntomas.

La obstrucción intestinal puede existir en forma crónica o subaguda mucho antes de que aparezca el ataque agudo. En la forma crónica, los síntomas son similares, pero de diferente grado que los que resultan de un ataque agudo. La obstrucción crónica, más pronto o más tarde, termina en un ataque agudo.

Los síntomas de obstrucción intestinal aguda varían mucho según el asiento de la obstrucción. Cuanto más alta es la detención en el intestino, tanto más graves son los síntomas. Por lo general, es posible decir qué parte del intestino es la obstruída, y pueden dividirse toscamente los casos en tres clases: los de obstrucción, primero, más alta del intestino delgado; segundo, de la parte más inferior de este intestino, y tercero, del intestino grueso.

Síntomas generales de obstrucción intestinal aguda:

Dolor.
Shock.
Vómitos.
Estreñimiento (no pueden pasar heces ni aire).
Distensión.
Sensibilidad del abdomen.
Peristaltismo visible.

cal debido a la dilatación de los trozos de intestino inmediatamente próximos a la obstrucción. En la obstrucción del final del íleon, puede observarse, al principio, distensión local hipogástrica, y en el vólvulo sigmoideo, la línea externa del intestino grueso puede persistir muy claramente. En obstrucción subaguda o parcial del cabo inferior del intestino delgado, la distensión, que actúa gradualmente, ensancha de un modo moderado una parte después de otra, así que cuando el paciente llega con síntomas agudos a nuestra observación, el típico dibujo en escalera, tipo de distensión, se ve al mirar el abdomen.

Es de lamentar que en muchos casos, cuando llegan al cirujano, haya distensión general.

La sensibilidad del abdomen no se aprecia corrientemente hasta que aparece la distensión. La presión sobre una parte distendida es generalmente dolorosa. En los períodos tardíos de la obstrucción, cuando la peritonitis ha aparecido, puede haber dolor generalizado sobre todo el abdomen. La **rigidez** de la pared abdominal es rara, salvo en aquellos casos en que hay algo de peritonitis local rodeando a la zona obstruída.

El **peristaltismo visible** no es un acompañamiento constante de la obstrucción; pero cuando se presenta, es característico. No se ve por lo general en los casos agudos de estrangulación, pero en la obstrucción subaguda se aprecia con frecuencia, y esta apreciación es muy valiosa para el diagnóstico. En algunos casos el peristaltismo puede acompañarse de un ruido de gas que puede oírse, en ocasiones, al pasar a través de una parte estrechada del intestino.

Tipos de obstrucción.—El aspecto de un ataque de obstrucción varía según: primero, la parte del intestino obstruída; segundo, el grado de obstrucción, y tercero, la participación o no del mesenterio con sus vasos sanguíneos.

Primero. Los síntomas debidos a la obstrucción—**a)**, alta en el intestino delgado; **b)**, baja en el mismo intesti-

no, y **c)**, en el grueso—pueden diferenciarse toscamente:

a) La obstrucción alta del intestino delgado da síntomas agudos; los vómitos se presentan muy precozmente y son frecuentes y violentos, el shok inicial y el dolor son grandes y la distensión no se presenta precozmente. El vómito es verde y bilioso. Tales síntomas se observan con toda tipicidad cuando un gran cálculo biliar penetra en el duodeno (suceso raro).

b) En la obstrucción de la parte inferior del intestino delgado, los síntomas son menos graves que los ahora citados. El shock y el dolor pueden ser grandes, pero los vómitos se presentan por lo general algo después del comienzo y transcurre algún tiempo antes que aparezcan los vómitos fecaloideos. La distensión aparece después de unas cuantas horas. En casos subagudos se ve el dibujo en escalera de la distensión y el peristaltismo es a veces visible.

c) En la obstrucción del intestino grueso, el dolor es mucho menos agudo, el shock es comparativamente insignificante (excepto en algunos casos de vólvulo y de invaginación), el vómito es un síntoma francamente tardío o infrecuente, mientras que es la regla la distensión desde el comienzo del ataque agudo. Debe hacerse una excepción con la invaginación, pues en este caso la distensión no es un síntoma tan precoz y no debe esperarse, puesto que un abdomen distendido acompañando a la invaginación, significa que la esperanza de curación es pequeña.

Segundo y tercero. Es posible distinguir dos grupos principales de casos muy diferentes en su patología y síntomas. El **primer grupo** comprende aquellos casos en que la obstrucción es completa y se acompaña de estrangulación del mesenterio intestinal. La obstrucción por bandas, hernias internas o externas o vólvulo, conducirán a esto. El comienzo es generalmente muy rápido y se acompaña de colapso o shock grave, dolor intenso y vómitos precoces. Si el intestino está completamente dentro del abdomen, la peritonitis puede aparecer rápidamente y cuando el caso lle-

ser tampoco fecaloideos. Las crisis gástricas se excluyen al no encontrar otros signos de tabes. Es suficiente explorar el estado de los reflejos rotulianos y de las reacciones pupilares.

Cuando hay distensión debe pensarse en uremia, trombosis o embolia mesentérica, o en estadio tardío de peritonitis debida a alguna causa.

La **uremia** se diagnosticará por consideración cuidadosa de la historia y del análisis de orina. A veces, en los urémicos, puede haber simplemente indicios de albúmina en la orina; pero una densidad baja será sospechosa y la exploración del corazón y la determinación de la presión sanguínea pueden aclarar el caso.

El bloqueo agudo de las arterias mesentéricas o de las venas por un émbolo o trombo, puede dar lugar a síntomas indiferenciables de los debidos a estrangulación interna. En ambos casos los disturbios vasculares conducen rápidamente a graves cambios en el intestino. Con la trombosis mesénterica primaria, la extensión del intestino afectado tiende a ser mayor y la distensión del abdomen aparece más rápidamente. Una historia reciente de endocarditis podía indicar una posible embolia, mientras que una enfermedad hepática o trastornos trombóticos previos sugerirán, a veces, la posibilidad de trombosis mesentérica. Aunque en un caso de oclusión vascular no hay obstrucción mecánica de los intestinos, la parte de éstos afectada se paraliza rápidamente; sin embargo, la sangre que se vierte casi siempre dentro del intestino a consecuencia del infarto, marcha por él y puede demostrarse mediante la administración de un enema (Cokkinis).

Probablemente será imposible distinguir entre un caso tradío de obstrucción intestinal y una peritonitis tardía, aunque en este último caso la historia dará alguna indicación. En la peritonitis tardía hay generalmente obstrucción intestinal paralítica, mientras que en los períodos tardíos de la obstrucción mecánica hay frecuentemente peritonitis. En ésta, sin embargo, el vómito es rara vez tan manifiesta-

mente fecaloideo como en la obstrucción mecánica tardía.

La obstrucción del intestino delgado por un cálculo biliar puede distinguirse por ciertos aspectos que han sido primeramente descritos por Barnard.

Un cálculo biliar produce obstrucción, generalmente, al penetrar en el duodeno, ocasionando síntomas muy agudos; el cálculo va progresando gradualmente y los síntomas disminuyen considerablemente, pero uno o dos días después se detiene hacia el extremo inferior del íleon (que es la parte más estrecha del intestino delgado) y se recrudecen los síntomas. Por eso, si uno se encuentra frente a un caso que da síntomas de obstrucción de la parte alta del intestino delgado, que se apaciguan y son seguidos al día o dos de otros que sugieren la obstrucción de la parte inferior del mismo intestino, hay que pensar en que probablemente la causa es un cálculo biliar. Esto es lo más probable si hay una historia anterior que incline a las litiasis biliar o si el enfermo es una mujer adulta o de edad avanzada.

Diagnóstico de la obstrucción del intestino grueso.— La obstrucción del intestino grueso se debe, comúnmente, a una de estas tres circunstancias: estrechez, invaginación, o vólvulo. La estrechez es generalmente de naturaleza cancerosa, pero puede ser también, aunque es raro, por diverticulitis o por presión de tejido fibroso externo al intestino. Se considerará separadamente cada una de estas tres causas. No consideraremos los casos de obstrucción de intestino grueso por tumores pélvicos, puesto que la primer circunstancia es por lo general evidente.

CAPITULO VIII

INTUSUSCEPCION

La intususcepción o invaginación del intestino es el accidente abdominal más frecuente en niños de menos de dos años. Es mucho menos frecuente en la adolescencia y en la edad adulta: solamente el 30 por 100 de los casos que ocurren después del segundo año de la vida. La catástrofe es completamente inesperada y ataca por lo general a los muchachos mejor nutridos y considerados como más sanos. La enfermedad consiste en la invaginación de una porción del intestino en la porción próxima. Comúnmente, si no invariablemente, la parte invaginada (intussusceptum) entra en la parte inferior (intussuscipiens). Es claro que la parte anatómicamente favorable para que suceda eso es la región íleocecal, donde el íleon estrecho puede entrar fácilmente en el ciego laxo, y en la experiencia clínica actual, éste es el sitio en que se establece con más frecuencia la enfermedad. Hay tres variedades de intususcepción: entérica, entero-cólica y cólica. La entérica, que sólo comprende intestino delgado, es rara; la cólica, en la que sólo está afectado el colon, es menos rara, pero no muy frecuente, y la enterocólica es la variedad más frecuente. El tipo enterocólico se subdivide en íleocecal, donde la cima de la parte invaginada es la válvula íleocecal, e ileocólica, en la que la parte del intestino próxima al final del íleon es la que avanza.

5. A la vez que aparece la sangre por el ano, se presentará una **tumoración** en el abdomen. Es producida por el intestino invaginado y se aprecia en la región lumbar derecha, hipocondrio derecho, epigastrio, hipocondrio izquierdo o región lumbar izquierda, según el progreso hecho por la intususcepción a través del colon. El tumor es de figura oval y se le compara a menudo—muy bien comparado—a una salchicha. A veces la tumoración se endurece, correspondiendo este cambio a la contracción muscular peristáltica. Por lo general, es fácil apreciar la tumoración, pero en algunos casos es necesario recurrir a un anestésico para relajar la pared abdominal, y aun cuando el niño esté anestesiado, puede ser difícil identificar una invaginación que esté cubierta por el hígado. La **ocultación de la invaginación por un hígado que sobresale es responsable de muchos contratiempos al buscar el tumor.**

6. El **peristaltismo** puede verse a veces a través de la pared abdominal, y el simultáneo endurecimiento de la tumoración acaba de ser referido.

7. En la frecuente variedad entero-cólica, casi desde el comienzo de la enfermedad la **fosa ilíaca derecha aparecerá vacía a la palpación** debido al ascenso del ciego por la progresiva invaginación (signo de Dance).

8. **La constipación no es, de ningún modo, siempre absoluta.** Excepcionalmente puede presentarse una invaginación y, sin embargo, estar el intestino tan perfectamente abierto como normalmente, y no es raro que se mezclen las materias fecales con la sangre y el moco que viene de más lejos. Como la enfermedad progresa, la obstrucción aumenta y llega a ser absoluta. Por eso debe estarse preparado para diagnosticar invaginación en ausencia de constipación absoluta.

9. Al aproximarse la invaginación al recto, pueden indicar el **tenesmo** los esfuerzos contorsionantes del niño. En este estadio, puede apreciarse, alguna vez, por tacto rectal, el ápice congestionado.

10. En casos tardíos o tratados mal, el aumento de la obstrucción de la luz trae la **distensión abdominal** y el aumento de frecuencia de los vómitos.

11. En algunos casos, el ápice de la invaginación **puede emerger por el ano** como una masa carnosa roja y congestionada.

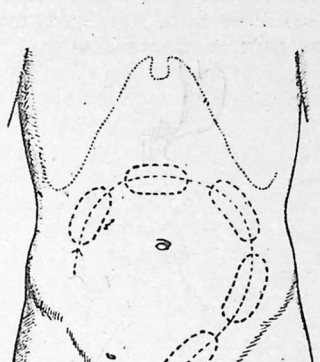


Fig. 8.—Dibujo para mostrar las posibles posiciones del tumor abdominal en casos de invaginación.

12. El estadio final es el de obstrucción intestinal completa y peritonitis debida a la gangrena de la parte muerta de intestino y a la infección del peritoneo. Vómitos repetidos, signos de toxemia y agotamiento finalizan el cuadro.

Diagnóstico. — Generalmente no es difícil diagnosticar una invaginación. La edad del niño, la buena salud previa y el comienzo rápido de dolor que llega por accesos y que causa grave shock pasajero, la salida de sangre y moco por el ano y la presencia de una tumoración de forma de salchicha en el abdomen, son suficientemente ca-

racterísticos para que no haya duda. Los casos de verdadera duda son aquellos en los que, cuando el doctor ve al paciente, no hay dolor y no se aprecia la tumoración. En tales casos, si la historia es completamente característica y ha salido sangre y moco, se administrará un anestésico a fin de reconocer el abdomen cuidadosamente en busca de la masa. Si se aprecia la tumoración, no se dudará en preparar para la operación.

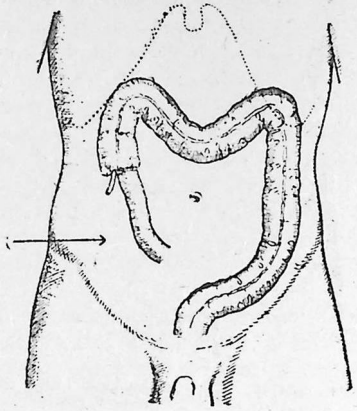


Fig. 9.—Dibujo en que se ve que en la invaginación falta el ciego de la fosa ilíaca derecha. (Esto constituye un valioso punto diagnóstico para establecer la diferenciación con la colitis).

Diagnóstico diferencial.—En los estadios precoces debe hacerse con:

Cólico simple.
Colitis.
Pólipos rectales.

En los períodos tardíos se debe excluir:

Ano prolapsado.
Otras causas de obstrucción y peritonitis.
Púrpura de Henoch.

Con el **cólico simple** no es tan marcado el dolor ni es tan intenso el shock. Puede no apreciarse masa en el abdomen y no salir sangre por el ano, pero en su lugar pueden llegar materias no digeridas indicando una causa del cólico. El dolor cesa cuando se vacía el intestino de su contenido indigesto e irritante.

Colitis y enterocolitis. — Constituyen la mayor dificultad diagnóstica en niños jóvenes, entre los que es muy frecuente la colitis aguda, especialmente en el otoño. La colitis se acompaña con frecuencia de la salida de sangre y moco por el ano. Los principales puntos para hacer la distinción son los siguientes:

1. En la colitis hay un estado de diarrea preliminar que no se acompaña de sangre.

2. Los niños que caen pronto víctimas de la colitis, son frecuentemente niños mal nutridos. La invaginación ataca, por lo general, a niños gordos y bien nutridos.

3. En las colitis son más frecuentes las heces, que por regla general contienen más material fecal que en los casos de invaginación.

4. En la colitis no se aprecia tumoración abdominal, y

5. Puede tocarse el ciego en la fosa ilíaca derecha y, posiblemente, puede apreciarse gorgoteo presionando sobre él. Al palpar la fosa ilíaca derecha en caso de invaginación, se nota que está vacía.

6. Las crisis de dolor no son, por lo general, tan intensas en la colitis.

7. En ésta, habrá a veces sensibilidad a lo largo de todo el colon.

Los síntomas obstructivos y la distensión no son tan frecuentes en la colitis. El tenesmo puede presentarse en ambos casos. Puede haber una epidemia de casos similares que sirve para ayudar a diagnosticar la colitis.

Los casos en que el ápice de la invaginación sobresale a través del ano, hay que distinguirlos del **prolapso de** ano. En éste hay un anillo de mucosa prolapsada que rodea a una abertura central y el dedo o una sonda no pueden in-

troducirse entre la mucosa y el esfínter externo; en la invaginación, la abertura de la parte saliente está hacia el plano posterior y puede introducirse el dedo entre las porciones anterior o laterales y el esfínter anal. Ninguna invaginación que haya llegado al ano se acompañará de gran distensión ni de síntomas de obstrucción intestinal.

Los estadios tardíos de invaginación que no presenten saliente por el ano y que se acompañen de síntomas avanzados de obstrucción intestinal o de peritonitis (es decir, distensión, vómitos frecuentes, toxemia y colapso), pueden diferenciarse de las demás causas capaces de producir esos síntomas, mediante la historia del comienzo y el curso previo de la enfermedad.

En niños que han pasado de la infancia, y en ocasiones dentro de este período de la vida, hay que distinguir la invaginación, de la **púrpura de Henoch**, enfermedad caracterizada por dolor abdominal, vómitos, salida de sangre por el ano y, con frecuencia, artritis y erupción de manchas purpúreas. La hemorragia del intestino se debe a la efusión de sangre dentro de la pared del mismo. Los niños más jóvenes en las series descritas por Henoch, tenían cuatro años, así que la edad de aparición de las dos enfermedades puede servir de ayuda en el diagnóstico. En casos dudosos se buscará muy cuidadosamente si existen manchas purpúricas o afecciones articulares. Rara vez coexisten estas dos cosas.

Haciendo un tacto rectal en un muchacho en el que la invaginación haya avanzado hasta el colon descendente o el sigmoides, aunque no se aprecie el ápice inflamado que avanza, puede ser característico el edema de la mucosa rectal por delante de aquél. Puede haber también una cierta distensión del recto.

Invaginación subaguda y crónica. — Hay algunos casos de invaginación crónica que se acompañan de pequeños signos de obstrucción intestinal, pero progresa constantemente con repetidos ataques de dolor, a veces considerablemente separados hasta que aparece un grave ataque final

de obstrucción. En estos casos, hasta el ataque final, las heces pueden ser normales o casi normales, y el observador tiene gran probabilidad de ser confundido por la cronicidad o intermitencia de los síntomas. Yo he conocido un caso de éstos que fué tomado por **peritonitis y enteritis tuberculosa.** Las heces fecales eran sueltas y una tumoración epigástrica que estaba rodeada por epiplón era en realidad una invaginación. En casos subagudos en niños de más edad, es posible que la radiografía después de la administración de comida de bismuto o de bario, preste ayuda.

Si después de una exploración cuidadosa, aún existe duda acerca del diagnóstico de una invaginación, se considerará como un riesgo menor aconsejar la exploración del abdomen que esperar síntomas graves agudos de obstrucción.

Invaginación del colon pélvico en gente vieja.—La invaginación es muy rara en los viejos, pero cuando ocurre afecta generalmente a la región sigmoido-rectal. Esto da lugar a dolores hipogástricos frecuentes y a tenesmo, mientras que moco y más tarde sangre, salen a través del ano, que es, además, patológico. El tacto rectal demuestra fácilmente la cima edematosa de la invaginación, que rara vez es mayor de unas pocas pulgadas. A veces, puede formar el ápice una tumoración maligna.

CAPITULO IX

CANCER DEL INTESTINO GRUESO. VOLVULO

Si se excluye la hernia estrangulada, el cáncer de intestino grueso es la causa más frecuente de obstrucción intestinal pasada la edad media de la vida. Los síntomas son a menudo insidiosos, y aunque un ataque agudo de obstrucción puede ser la causa directa en la mayoría de los casos por la que se llame al cirujano, hay, sin embargo, muchos signos que avisan y síntomas que pondrán en guardia al observador y le conducirán a hacer una exploración cuidadosa.

El diagnóstico precoz del cáncer de colon, prevendrá la obstrucción mediante un tratamiento más precoz. Por eso consideramos útil incluir aquí un breve sumario de los síntomas precoces.

El carácter patológico del cáncer puede ser, o bien el del adenocarcinoma, que crece rápidamente, o, más comúnmente el del tipo escirro, que aprieta al intestino según va creciendo, hasta dejar un paso muy estrechado. Más tarde se invaden los ganglios, así que es de desear la precocidad diagnóstica, tanto para prevenir la obstrucción, como para intentar la curación.

Los síntomas de cáncer de colon, antes de un ataque de obstrucción aguda, pueden considerarse bajo los siguientes encabezamientos:

1. **Síntomas debidos a la ulceración intestinal.** La diarrea y la salida de sangre y moco pueden resultar de la ulceración del intestino. La aparición de diarrea puede llevar a los pacientes a asegurar que su intestino marcha regularmente, siendo, por el contrario, esa diarrea secundaria a la irritación causada por la obstinada constipación. Debido a la presencia de moco puede hacerse el diagnóstico erróneo de colitis mucosa.

2. **La presencia de un tumor,** que en los estadios precoces es con frecuencia libremente movible. Esto es raro, puesto que la mayoría de los casos pertenecen al tipo escirro, que no da tumor palpable.

3. **Síntomas debidos a propagación a otras vísceras.** —El tumor puede adherirse a la vejiga o a la pelvis del riñón y producir síntomas referibles a los órganos urinarios, o puede causar síntomas gástricos debidos a adherencias al estómago.

4. La **pericolitis** o inflamación de los tejidos que rodean al colon puede ser el primer síntoma notable. Puede formarse un absceso y enmascarar la enfermedad primaria. A veces ocurre bruscamente la perforación del intestino en la cavidad general del peritoneo, y entonces aparece la fatal peritonitis difusa y generalizada.

5. **Síntomas de obstrucción subaguda.** — Son los mismos que se producen en caso de obstrucción aguda, pero son menos intensos y falta el shock. El **aumento gradual del estreñimiento** es a menudo la primer anormalidad, y si aparece en una persona por encima de la edad media de la vida que hasta entonces haya estado con un funcionamiento regulr de su intestino, se le hará una exploración cuidadosa. A veces alterna la diarrea con el estreñimiento. Son frecuentes ataques ocasionales de distensión y flatulencia. Puede verse el peristaltismo a través de la pared abdominal y tumoración local que puede desaparecer con un ruido de gorgoteo que se produce al pasar aire por la estrechez. El dolor es de forma de calambre y se debe al peristaltismo. A veces el paciente describirá el dolor di-

ciendo que cambia de lugar, cruza el abdomen y aumenta en intensidad al llegar al sitio donde aparece el gorgoteo, que es donde está situada la estrechez. A menudo se toma el dolor por indigestión, y las náuseas y el malestar que le acompañan son atribuídos a un ataque bilioso.

6. La **obstrucción aguda** es a veces el primer síntoma de importancia que llama la atención. Cuando acontece esto es frecuentemente imposible decir cuál es la causa exacta de la obstrucción.

Distensión, vómitos, dolor y estreñimiento aparecen en personas viejas sin muestra alguna de peritonitis y se deben por lo general o a cáncer del intestino grueso, vólvulo, diverticulitis o muy raramente a invaginación o a uremia. El tacto rectal, al apreciar un cáncer de recto o de la porción más baja del sigmoides, y el análisis de orina, para excluir una enfermedad renal crónica, son dos exploraciones necesarias. No siempre pueden distinguirse los síntomas de vólvulo subagudo de los de una estrechez crónica del intestino.

La diverticulitis, cuando ocasiona una estrechez produce síntomas indiferenciables de los de carcinoma del intestino.

El **vólvulo del intestino grueso** aparece en dos sitios: en las regiones sigmoidea y cecal. El sigmoides es con mucho el sitio de localización más frecuente, debido a que el mesocolon sigmoideo es largo y es estrecha la base de adherencia, y, por tanto, se hace más fácilmente la torsión. El vólvulo íleocecal es más raro.

El **vólvulo sigmoideo** produce síntomas de obstrucción intestinal aguda o subaguda. Hay corrientemente un período preliminar durante el cual pueden apreciarse ataques de dolor abdominal y de estreñimiento.

El **ataque agudo** está caracterizado por estreñimiento absoluto (muy prontamente demostrable por la administración del enema de trementina), dolor abdominal agudo y **distensión rápida del abdomen.** (Según Barnard, la aparición precoz de sensibilidad debida al comienzo de perito-

nitis, es un hecho distinguible, pero ésta sólo seguirá rápidamente cuando haya una estrangulación absoluta del intestino, que de ningún modo es constante). Si los vasos se ocluyen completamente, aparece en seguida la gangrena y rápidamente la peritonitis. La gran distensión abdominal puede constituir un serio obstáculo para la respiración.

El **vólvulo sigmoideo subagudo** se distingue por dolor abdominal (referido principalmente a las regiones umbilical e hipogástrica), estreñimiento y distensión que aumenta gradualmente. El trozo de sigmoides distendido puede sobresalir en la parte inferior del abdomen, semejando una tira de grueso neumático; pero más tarde, por lo general, llega a distenderse todo el abdomen.

A menudo no se hace el diagnóstico de vólvulo mientras no se abre el abdomen; pero la rápida y precoz distensión en un caso de obstrucción aguda, o la localización de la distensión al hipogastrio al comienzo, o la aparición de un grueso repliegue, pueden precisar claramente un vólvulo sigmoideo.

El **vólvulo íleocecal** da síntomas similares a los descritos para la obstrucción del cabo más inferior del intestino delgado, pero habrá además una distensión localizada debida al ciego dilatado, que podrá observarse en el epigastrio o en el lado derecho del abdomen. Más tarde le distensión general enmascarará la dilatación local del ciego.

Diagnóstico diferencial de la obstrucción del intestino grueso.—Es necesario, en cada caso, examinar primero las aberturas herniarias.

Hay cuatro circunstancias que pueden engañar al observador y llevarle a creer erróneamente que está tratando con un caso de obstrucción primaria del intestino grueso. Son:

1. **Colitis con distensión.**
2. **Uremia.**
3. **Peritonitis.**
4. **Parálisis refleja del colon.**

Colitis con distensión atónica del intestino inflamado.—Hay casos de colitis ulcerosa grave, en los que, o como resultado directo de la ulceración, o como una consecuencia de la toxemia, el intestino grueso llega a distenderse enormemente y a perder su tonicidad, diagnosticándose por eso obstrucción orgánica. Si se ve por primera vez en un período tardío, puede ser imposible distinguir entre las dos enfermedades, pero la historia larga de síntomas propios de la ulceración del colon (diarrea con salida de sangre y moco) en unos casos y la historia propia de obstrucción subaguda en otros, puede ayudar a establecer la diferencia. En la colitis ulcerativa nunca es completa la obstrucción y un enema acarreará siempre aire, mientras que serán mayores los síntomas tóxicos. Si se ve en un estadio más precoz, una radiografía hecha después de administrar una comida opaca, podrá demostrar alguna obstrucción del colon, pero los pacientes están a menudo bastante mal al tener esto.

Uremia.—A veces se ven en la uremia distensión abdominal y vómitos, y se cometerán errores graves a menos que se examine la orina en los casos que se sospeche obstrucción intestinal y que se den en personas por encima de la edad media de la vida o viejas. La determinación de la presión sanguínea y la percusión del área cardíaca, pueden aclarar casos dudosos. Síntomas indiferenciables de los de obstrucción intestinal puede haberlos en nefritis aguda, nefritis crónica y en la enfermedad fibroquística de los riñones.

Peritonitis.—Hay algunas formas de peritonitis que se acompañan de rigidez muy ligera de la pared abdominal y hay ciertas paredes abdominales de gordos, sujetos lacios casi siempre, que son incapaces de que sus músculos débiles y con infiltración grasienta lleguen a adquirir rigidez. En tales enfermos la distensión y los vómitos de peritonitis pueden confundir y hacer pensar en obstrucción mecánica. Los estadios tardíos de peritonitis se acompañan de

obstrucción paralítica del intestino y los períodos más tardíos de obstrucción intestinal se acompañan frecuentemente de peritonitis debida a los gérmenes que salen por las placas de gangrena o a través del mismo intestino mal nutrido.

En los estudios precoces de ambas enfermedades es, por lo general, fácil establecer la diferencia, considerando la historia y los síntomas; pero en estadios más tardíos puede ser imposible diferenciarlas.

Parálisis refleja del colon.—Es una forma engañosa de distensión paralítica del colon que en algunas ocasiones he visto que simulaba obstrucciones del intestino grueso. Parece ser resultado reflejo de una inflamación aguda en alguna parte del abdomen y en tres casos que puedo recordar era a consecuencia de colecistitis aguda y estaba enmascarada por ésta. El colon ascendente transverso y descendente pueden distenderse y puede ser difícil hacer funcionar al intestino. Estos síntomas, con el dolor y los vómitos, son suficientes para alejar de la causa verdadera si no se pone especial cuidado.

CAPITULO X

EL DIAGNOSTICO PRECOZ DE HERNIA ESTRANGULADA Y OBSTRUIDA

La hernia estrangulada es una de las formas más peligrosas de obstrucción intestinal. Los orificios herniarios, a través de los que sale el contenido del abdomen, tienen en su mayor parte bordes fibrosos duros que pronto, o a causa de necrosis local del intestino en el sitio de la presión, o a causa de la interferencia con la sangre que llega por el mesenterio, ocasionan gangrena del intestino. Es muchas veces difícil estar seguro si un hernia está simplemente obstruída o está estrangulada, pues dolor y estreñimiento se presentan por lo general en ambos casos.

Los síntomas de una hernia estrangulada son los de obstrucción intestinal con la adición de dolorosidad y, a menudo, tumoración tensa en una de las regiones inguinales. El tipo de los síntomas obstructivos variará naturalmente según la parte de intestino obstruída en el saco. Si el yeyuno está cogido en la hernia, los síntomas que aparecen son muy agudos; si el obstruído es el íleon, las manifestaciones son menos agudas, mientras que si sólo está metido en el saco el intestino grueso, los síntomas suelen ser subagudos, pero no menos graves. Cuando sólo está estrangulado el epiplón habrá dolor, estreñimiento, náuseas y a veces vómitos; pero la obstrucción nunca es completa y pueden vaciarse los intestinos con un enema.

El shock es un factor variable, pero puede ser muy agudo en algunas estrangulaciones. El vómito se hace gradualmente facaloideo cuando el intestino está estrangulado.

Como sin operación es casi imposible determinar si hay o no intestino en el saco, y como, en último caso, la obstrucción mecánica del intestino no es tan peligrosa como la estrangulación, es conveniente tratar toda hernia tensa y dolorosa como si estuviera estrangulada. Nosotros consideramos que, salvo en el caso de tumoraciones muy fácilmente reducibles, toda hernia dolorosa acompañada de dolor abdominal y de los demás síntomas de obstrucción, será tratada como hernia estrangulada, por operación, sin intentar la maniobra de taxis. Si se ha dado un anestésico para efectuar la reducción, es mucho mejor hacerla mediante la operación. A los fomentos y las bolsas de hielo se les considerará como causantes de demoras imprudentes y peligrosas, y solamente se intentará el taxis cuando sea imposible poner en práctica los procedimientos quirúrgicos.

Hay unos cuantos puntos de diagnóstico práctico que pueden tenerse en cuenta en las diversas variedades de hernia.

HERNIA INGUINAL ESTRANGULADA

Es generalmente muy fácil diagnosticar una hernia inguinal estrangulada. Corrientemente, el enfermo es sabedor de que padece una hernia desde hace algún tiempo y puede estar gastando braguero. La rápida aparición de la hernia acompañada de dolor abdominal, vómitos y tensión y sensibilidad en la tumoración local, constituye un cuadro claro. Pero son posibles los errores en las condiciones siguientes:

Una **hernia inflamada** puede dar síntomas locales similares a los que da cuando se estrangula; pero falta el shock, el dolor intraabdominal falta también o es pequeño y los

vómitos constituyen un acontecimiento de menor cuantía y nunca llegan a ser fecaloideos.

El **hidrocele agudo del cordón,** aunque raro, se le ha visto simular una hernia estrangulada; pero la tumoración inguinal tensa y dolorosa de un hidrocele agudo, no producirá vómitos tan intensos y jamás fecaloideos, ni habrá ninguna manifestación de obstrucción intestinal. El enema de trementina producirá siempre un resultado satisfactorio.

Los **vómitos debidos u otras enfermedades** pueden, en presencia de una hernia inguinal no reducida, hacer sospechar la estrangulación. Los vómitos del embarazo o los del comienzo de apendicitis pueden conducir a este error. Pero en ambos casos el saco no está tenso ni sensible y su contenido puede reducirse fácilmente.

Ganglios inguinales o ilíacos inflamados. — Con éstos, la tumoración es generalmente más difusa y hay entorpecimiento y edema de la piel y del tejido subcutáneo. Los vómitos y el dolor infraabdominal faltarán o serán pequeños y seguramente habrá fiebre.

La torsión o inflamación de un testículo inguinal puede, ocasionalmente, simular por completo una hernia estrangulada. La falta de testículo en el escroto del lado afectado hará considerar la posibilidad de este acontecimiento. En la torsión del testículo, el dolor local es muy fuerte y los vómitos empezarán precozmente, pero nunca llegarán a ser fecaloideos. Aunque el estreñimiento puede ser un síntoma, el enema producirá resultados satisfactorios.

Cuando por paperas hay inflamación de un testículo inguinal — combinación muy rara, — podría pensarse en el diagnóstico de hernia estrangulada, pero no habrá obstrucción intestinal.

Debe recordarse que un testículo retenido se asocia, a menudo, con una hernia de la variedad intersticial.

La **trombosis o flebitis supurativa** de las venas del cordón espermático produce una tumoración dolorosa de éste

y de sus alrededores, pero con estas condicionse el testículo está abultado y tenso y servirá de guía para pensar en esta enfermedad.

En varias ocasiones yo he visto un fibroma subperitoneal, en mujeres embarazadas, causar una tumoración en la región inguinal y llevar a la sospecha de una hernia estrangulada por acontecer coicidiendo vómitos del embarazo. La exploración cuidadosa hace posible apreciar el tumor movible separadamente de la pared abdominal y en su curso los vómitos jamás se hacen fecaloideos y la tumoración no está por lo general tensa.

HERNIA FEMORAL ESTRANGULADA

Una hernia femoral estrangulada da lugar a más errores diagnósticos que una hernia inguinal estrangulada. La hernia, es a menudo, muy pequeña y puede fácilmente dejar de percibirse en los gordos, donde se presenta con frecuencia en la región safena. A veces sólo una pequeña porción de la circunferencia del intestino está incluída en el canal crural y apenas puede apreciarse la proyección en el muslo. Cuando la hernia tiene un tamaño grande consiste en un fondo redondeado y un cuello estrecho o tallo que permite mover de un lado a otro la parte del fondo, a menudo, **sin dolor.** Esta falta de fijeza del saco puede conducir al observador a pensar que no hay estrangulación.

Una hernia femoral estrangulada podrá ser simulada por: Primero, un ganglio inguinal inflamado; segundo, trombosis de una várice de la safena; tercero, un apéndice inflamado en un saco herniario femoral, cuarto, un hidrocele tenso y doloroso de un saco herniario femoral o quinto, una hernia inguinal estrangulada, que a menudo se diagnostica erróneamente cuando es un saco femoral el causante del trastorno.

Un **ganglio inflamado** es, por lo general, más fijo, da lugar a un edema mayor y posiblemente enrojecimiento de las partes en que asienta, y resulta a menudo de una cau-

sa primaria que puede descubrirse en el muslo correspondiente o en la región perianal. Faltan los vómitos y la obstrucción intestinal.

Una **várice de la safena trombosada** no dará vómitos ni dolor abdominal.

Un **apéndice inflamado en un saco herniario femoral** no puede distinguirse claramente ante la operación de un hernia femoral epiploica estrangulada, aunque pueda sospecharse por la historia de ataques anteriores de apendicitis. Si aparecen vómitos fecaloideos será porque el intestino está estrangulado en el saco. Se sospechará la presencia de apéndice inflamado si se descubre hiperestesia dentro del área triangular ilíaca.

Una **hernia inguinal estrangulada** debe distinguirse por la apreciación de que del abdomen, cerca de la espina ilíaca y del ligamento del Poupart, sale una tumoración.

En general, una tumoración en la región del canal femoral que aparece de pronto o se hace más grande y más dolorosa y se acompaña de vómitos o **náuseas**, se considerará como un caso de hernia femoral con necesidad de operación inmediata.

En aquellos casos raros en que una bolsa del ciego llega a ser estrechamente cogida en una hernia femoral, puede no haber dolor abdominal ni vómitos, ni obstrucción intestinal, aún cuando llegue a gangrenarse la porción herniada. Esto hace aún más necesario explorar toda masa dudosa sensible en la región femoral.

HERNIA UMBILICAL Y VENTRAL OBSTRUIDA Y ESTRANGULADA

La hernia umbilical o paraumbilical es más frecuente en la mujer y se ve de preferencia en las mujeres gordas. Una mujer muy gorda en una sala quirúrgica, está casi siempre por litiasis biliar o por hernia umbilical.

Una hernia umbilical contiene por lo general epiplón y frecuentemente intestino grueso. El instestino delgado casi nunca se encuentra en el saco. Cuando ocurre la obstrucción o la estrangulación, son, por eso, los síntomas con mayor probabilidades subagudos y participan más del carácter de la obstrucción del intestino grueso. Los dos errores que se cometen comúnmente ante una hernia umbilical son: Primero, que pase desapercibida una hernia pequeña que esté profundamente colocada en un sujeto gordo, y segundo, pensar que la hernia no está estrangulada porque los síntomas no sean muy agudos.

Es muy frecuente que un enfermo tenga varios ataques de obstrucción antes que ocurra el grave ataque de la estrangulación. El hecho de que en ocasiones anteriores la obstrucción haya sobrevenido por amago, puede conducir a la opinión errónea de que ocurrirá lo mismo de nuevo. Los síntomas de las dos enfermedades son al principio iguales. Es sólo a veces por los más serios síntomas (gangrena del intestino o epiplón, absceso fecal, así como gangrena de la piel que asienta sobre la hernia) por los que el enfermo y el médico se dan cuenta de la extremada gravedad del caso.

El diagnóstico de una hernia umbilical obstruída se hace por la aparición de dolor abdominal, vómitos, estreñimiento y sensiblidad local a la presión sobre la tumoración, que puede apreciarse siempre profundamente en los gordos, aun sin que haya manifiesta protuberancia en la superficie de la región del ombligo. La administración de dos enemas de trementina con intervalo de unas pocas horas determinará si realmente hay obstrucción del intestino grueso y, si se demuestra, es imprudente esperar por los síntomas más graves de la estrangulación antes de aconsejar la operación. Si está obstruído en el saco el intestino delgado, los síntomas serán más agudos y los vómitos se harán rápidamente fecaloideos.

Es a menudo difícil antes de abrir el saco decir si se está ante una obstrucción o ante una estrangulación.

Hernia ventral.—Son aplicables aquí los mismos síntomas generales de la hernia umbilical, con la excepción de que el intestino delgado se encuentra con más frecuencia en el saco y, en consecuencia, se observan más a menudo síntomas agudos. Dolor abdominal, vómitos, estreñimiento y sensibilidad localizada sobre el sitio de la hernia ventral, bastan para indicar la necesidad de la operación.

La **hernia obturadora** es muy rara y se clasificará entre las hernias internas, pues de ordinario no hay tumoración externa aunque puede haber sensibilidad y una pequeña plenitud en la parte más superior de la región aductora del muslo correspondiente. La enfermedad se diagnostica rara vez antes de abrir el vientre, pero es posible que la prueba de la rotación del muslo pueda prestar ayuda al diagnóstico.

CAPITULO XI

SINTOMAS ABDMINALES AGUDOS EN EL EMBARAZO Y EN EL PUERPERIO

El dolor abdominal agudo en una mujer embarazada es un acontecimiento de especial interés, tanto desde el punto de vista materno como fetal. Las exploraciones operatorias no son de aconsejar, dado el riesgo del aborto, y por eso se necesita estar muy seguro de las indicaciones de las diversas enfermedades agudas que necesitan intervención, antes de aconsejar la apertura del abdomen.

Las siguientes circunstancias dan síntomas abdominales agudos que pueden encontrarse durante el embarazo o el puerperio:

1. Vómitos persistentes.
2. Embarazo ectópico.
3. Utero grávido retrovertido.
4. Amenaza de aborto.
5. Sépsis consecutiva a intentos de aborto.
6. Pielitis.
7. Degeneración en un fibroma.
8. Ruptura espontánea del útero.
9. Apendicitis.
10. Ulcera gástrica perforada.
11. Torsión del pedículo de un quiste del ovario o de un fibroma pedunculado.
12. Peritonitis o celulitis pélvica.

Vómitos persistentes.—Los vómitos matutinos del embarazo comienzan generalmente en el segundo mes y continúan durante el tercero. Por regla general, no producen ansiedad alguna, pero cuando se acompañan de alguna anormalidad del abdomen, pueden dar lugar a duda. En algunas ocasiones yo he visto presentarse serias dudas en mujeres embarazadas que tenían vómitos y también tenían una tumoración ligeramente dolorosa en la región inguinal derecha. Se pensó que una hernia inguinal estrangulada podía ser la causa de los síntomas, pero la exploración demostró en cada caso un fibroma uterino que había salido de la pelvis con el crecimiento del útero y había simulado una hernia al abultar en el canal inguinal. Los vómitos en tales casos no pueden referirse a ningún dolor en la tumoración, y es posible apreciar una masa intraabdominal que se mueve, independientemente de la pared del vientre, en las respiraciones profundas.

Yo he visto también tomar erróneamente por apendicitis los vómitos del embarazo temprano que se acompañaban de un ligero dolor pélvico, debido a congestión o a estreñimiento; pero una exploración cuidadosa de la pelvis y del abdomen y una sostenida atención hacia los síntomas consecutivos, excluirá esta enfermedad.

Los vómitos excesivos debidos a la toxemia del embarazo, no nos conciernen aquí; pero es necesario asegurarse de que no hay ninguna grave lesión intraabdominal antes de diagnosticar vómitos del embarazo.

El **embarazo ectópico** es tan importante y frecuente que dedicaremos el próximo capítulo sólo para este asunto.

Un **útero grávido retrovertido,** o como lo llaman muy bien Mattehws Duncan, "la enfermedad del tercero y cuarto mes del embarazo", puede dar lugar a dolor abdominal agudo que se siente principalmente en el hipogastrio, donde está situada la vejiga distendida. El hecho de haber embarazo, considerado junto con la presencia de una tumoración epigástrica (mayor que la que corresponde al útero en este tiempo del embarazo), la aparición de dolor, náu-

seas y retención de orina (o goteamiento por incontinencia), inclinarán a sospechar la enfermedad, que se diagnosticará fácilmente después de vaciar la vejiga.

El **aborto amenazante** no causará dificultades diagnósticas cuando se sepa que existe embarazo, puesto que la hemorragia uterina, con la dolorosidad lumbar y el dolor hipogástrico y la falta de manifestaciones de alguna otra anormalidad local, determinarán suficientemente la enfermedad.

Sepsis consecutiva a la provocación del aborto.—No es, desgraciadamente, desconocido por las mujeres el intentar o producir el aborto en sí mismas o el persuadir a personas mal orientadas de que deben intentarlo. La sepsis puede seguir a estos intentos, y cuando se llama al médico suele ser difícil obtener una historia de los hechos. La sepsis puede tomar forma de peritonitis, de septicemia o de ambas cosas. Generalmente hay hemorragia que procede del útero. Por eso en los casos de hemorragia procedente del útero en una mujer que ha tenido un período de amenorrea y en la que se presentan súbitamente dolor abdominal, vómitos y fiebre, se pensará en la posibilidad de una sepsis uterina. La septicemia y la peritonitis son en tales casos rápidas y virulentas. El comienzo es por lo general distinto del de las demás enfermedades abdominales y el dolor puede, no sólo sentirse en el hipogastrio, sino también referirse a la espalda o hacia abajo, a las piernas. La exploración bimanual cuidadosa, determinará un útero blanduzco y crecido y excluirá algunas otras enfermedades pélvicas. En algún caso de éstos es prudente tener consulta con algún compañero médico antes de decidir lo que ha de hacerse.

La **pielitis** no es una complicación rara del embarazo. Ocurre generalmente alrededor del cuarto mes y su aparición puede tener alguna relación con la presión del útero grávido sobre los uréteres, especialmente sobre el derecho, por lo cual la enfermedad es más frecuente en este lado.

Generalmente comienzan los síntomas con sensación de destemplanza y en seguida sube la temperatura a 39,5° C.,

poco más o menos. A la vez, se siente dolor en uno de los lomos (casi siempre en el derecho) por debajo del reborde costal. La presión en el ángulo que forma éste con los músculos de los canales vertebrales produce dolor. Puede también haber algo a la micción, pero esto no es constante. Por lo general, no hay rigidez de los músculos abdominales. En algunos casos, el paciente no se considera enfermo, mientras que en otros puede tener un malestar grande. El examen de la orina muestra turbidez, albúmina y presencia de pus en pequeña cantidad. Al examen microscópico se descubrirán bacterias (generalmente bacilos coli comunes). La albuminuria puede ser simplemente la que corresponde al pus.

Cuando asienta sobre el lado derecho hay que hacer diagnóstico diferencial con apendicitis. Es comúnmente fácil, pues la apendicitis raramente comenza con tal rigor y es infrecuente que la temperatura suba a 39 ó 40°, y se acompaña de rigidez local y no tan frecuentemente por trastorno urinario. El examen de la orina establecerá el diagnóstico.

La **apendicitis y la úlcera gástrica perforada** son desgracias que pueden sobrevenir en una embarazada como en cualquier otra mujer y se diagnosticarán en seguida considerando cuidadosamente los síntomas. A veces cuando aparecen en el puerperio pueden confundirse con la sepsis puerperal. Los síntomas, sin embargo, serán prontamente interpretados si se tiene en cuenta la posibilidad de su aparición.

Tampoco es raro en el puerperio que un **quiste ovárico,** dermoideo o de otra clase, se **inflame** o se **torsione,** debido a la contusión y desplazamiento consecutivos al parto. Habrá dolor abdominal agudo, fiebre, vómitos y sensibilidad en el hipogastrio, a la vez que se aprecia una tumoración redondeada próxima al útero, pero separada de él. La distensión de la vejiga se excluirá valiéndose del cateterismo, y un fibroma torsionado, apreciando la relación con el útero.

La **degeneración roja o necrobiosis de un fibroma uterino** tiende a suceder durante el embarazo. Los síntomas son: dolor sentido localmente en el fibroma, que puede palparse a través de la pared abdominal, fiebre ligera y náuseas o vómitos. En alguna enferma en la que se sabe que hay fibroma y que está embarazada, tales síntomas indicarán degeneración roja, y en tales casos es a menudo posible enuclear el fibroma sin producir disturbios en el embarazo.

La **ruptura espontánea de un útero grávido** es un accidente raro que produce shock grave y signos de hemorragia uterina. Para más detalles, consúltense los tratados de obstetricia.

La **peritonitis pélvica** puede aparecer después del parto. A veces puede ser de naturaleza séptica, pero es muy frecuente que sea de origen gonocócico. Alguna descarga vaginal o la presencia de infección en los sacos conjuntivales del recién nacido, pueden dar la solución. Dolor y sensibilidad en el hipogastrio, vómitos o náuseas y dolorosidad sobre el útero, la demostrará.

ENFERMEDADES AGUDAS DEL ABDOMEN PECULIARES DE LA MUJER, APARTE DEL EMBARAZO

Salpingitis aguda. — La salpingitis aguda se debe la mayoría de las veces al gonococo. Otra causa frecuente es la infección por estafilococos o estroptococos. También puede ser producida por el bacilo coli común o por el neumococo.

Síntomas y signos.—El cuadro es el de un ataque de peritonitis pélvica: dolor hipogástrico, náuseas o vómitos y fiebre que puede alcanzar hasta 39,5°. La exploración demuestra sensibilidad a la presión en ambas fosas ilíacas y en la región suprapúbica. En algunos casos, la parte más inferior del abdomen está rígida y se mueve mal con la respiración y puede haber distensión considerable. El examen de la vulva puede dar signos de infección gonocócica o pue-

de presentarse una descarga vaginal purulenta. La palpación en las zonas laterales puede causar dolor.

Diagnóstico.—La mayor y más frecuente dificultad está en distinguir la apendicitis de la salpingitis (véase capítulo V).

Los síntomas consecutivos son por lo general más característicos en la apendicitis y el dolor está a menudo más estrictamente limitado al lado derecho. En la salpingitis es frecuente que el dolor sea peor en el lado izquierdo que en el derecho, cosa que se ve rara vez en los estadios **precoces** de la apendicitis.

Será muy significativa una descarga vaginal en la que se descubran los gonococos.

Cuando sigue peritonitis pélvica al parto, puede no aparecer hasta una semana o más después del alumbramiento.

Es frecuentemente muy difícil y casi imposible determinar fijamente si es el apéndice o la trompa lo primeramente atacado.

Piosalpinx.—Muchos casos de salpingitis terminan formando una colección de pus localizada dentro de la trompa de Falopio: piosalpinx. La enfermedad es corrientemente bilateral. Durante algún tiempo los síntomas disminuyen y se hacen casi insignificantes; pero, más pronto o más tarde, se extiende la infección y con ella la inflamación. Habrá síntomas de peritonitis pélvica como en el caso de salpingitis, pero además se apreciará bilateralmente una tumoración sensible en la bolsa de Douglas. Los síntomas de un piosalpinx roto son, a menudo, muy graves, puesto que frecuentemente hay infección secundaria de la colección purulenta por organismos distintos del gonococo.

Un quiste ovárico con pedículo torsionado da síntomas agudos. Los principales hechos son: dolor hipogástrico, vómitos y existencia de una tumoración dolorosa en la parte inferior del abdomen.

Los vómitos se presentan casi tan pronto como el dolor, así que no hay intervalo entre éste y aquéllos, como

suele ocurrir en la apendicitis. Con un quiste del ovario habrá una tumoración limitada, redondeada y sensible, apreciable por palpación del hipogastrio o por exploración pélvica. Si el caso no se ve pronto, la peritonitis y la rigidez pueden impedir la clara apreciación de los límites y hacer difícil la distinción con otras causas de peritonitis pélvica, por ejemplo, salpingitis aguda con derrame seroso; pero los síntomas de un quiste del ovario torsionado son los más agudos.

Torsión del pedículo de un hidrosalpinx.—Los síntomas son similares a los de un quiste del ovario con películo torsionado, si bien por lo general de grado más ligero. Dolor, náuseas o vómitos y tumoración movible en uno u otro de los fondos vaginales. Con todo, en presencia de la más ligera irregularidad menstrual, será imposible excluir con certeza un embarazo ectópico no roto.

CAPITULO XII

EMBARAZO ECTOPICO

Por embarazo ectópico se entiende el desarrollo de un huevo fecundado, en un lugar distinto de la cavidad uterina. La ruptura del saco de una gestación ectópica es un hecho relativamente corriente, con síntomas bien característicos; sin embargo, de ordinario se diagnostica erróneamente.

La fecundación del huevo probablemente tiene lugar en la trompa de Falopio, y ciertas pequeñas causas pueden detener el desarrollo de aquél, impidiendo su ulterior avance y conduciendo a un embarazo ectópico. Al huevo fecundado se le ha visto muy raramente desarrollarse en la substancia del ovario, pero esta circunstancia tiene poca importancia práctica puesto que clínicamente no puede distinguirse. El sitio donde se desarrolla más frecuentemente un embarazo ectópico, es en la parte ampular de la trompa de Falopio. Más raramente se encuentra en la parte del istmo de la trompa y aun más rara vez se desarrolla en la porción de ésta comprendida en la pared del útero o en un cuerno rudimentario que para los efectos clínicos puede incluirse en el mismo grupo.

En un embarazo tubárico el crecimiento del huevo conduce a la distensión de la trompa, mientras que la acción corroedora de la cubierta de aquél da lugar al adelgazamiento de la pared de dicha trompa. La filtración gradual de la sangre puede realizarse dentro de la cavidad pe-

ritoneal a partir de la zona corroída, o bien puede dar lugar a la ruptura de la trompa un esfuerzo brusco. A veces el huevo es expelido a la cavidad peritoneal a través del extremo tubárico, por un proceso que se llama con propiedad "aborto tubárico"; otras, el embrión puede morir dentro del saco a consecuencia de la hemorragia, o bien ocurre la ruptura del saco dentro de la trompa, pudiendo formarse entonces una mola tubárica.

Si el embrión vive, la ruptura primaria del saco ocurre por lo general dentro de las ocho primeras semanas de embarazo, si bien en el caso de gestación intersticial (en la zona de trompa que está comprendida en la pared del útero) puede no ocurrir la ruptura del saco hasta que el embarazo haya llegado a su tercero o cuarto mes.

La ruptura del saco produce síntomas abdominales agudos que se apaciguan generalmente al formarse una colección de coágulos sanguíneos en el fondo de la bolsa de Douglas (hematocele pélvico), pero en tales casos puede llegar la muerte debido a la gran hemorragia interna. Es excepcional que se rompa el saco dentro del ligamento ancho.

Si el feto continúa desarrollándose después de la ruptura primaria de la trompa, pueden producirse posteriormente varios síntomas dependientes de una ruptura secundaria en la cavidad general del peritoneo.

A menudo se presenta el embarazo ectópico como primer gestación de una mujer que lleva casada varios años o en mujeres que si han parido llevan algunos años sin estar embarazadas.

Síntomas y diagnóstico. — Una mujer con embarazo ectópico puede consultar por dolor abdominal:

1. Antes que se haya roto el saco.
2. Al tiempo de producirse la ruptura primaria del saco.
3. Algunos días o aun semanas después de la ruptura.

1. Síntomas y diagnóstico antes que se haya roto el saco.—Si quieren evitarse las graves complicaciones que siguen a la ruptura de un embarazo ectópico, ha de diagnosticarse, a ser posible, antes que eso suceda. A veces hay pocos síntomas premonitorios de ruptura, pero frecuentemente hay indicaciones valiosas que dan suficientes probabilidades para establecer el diagnóstico. Hubo un tiempo en que era una rareza diagnosticar y extirpar un apéndice antes de romperse; ahora se considera feo que se perfore un apéndice antes que se haya obtenido el consejo quirúrgico. De la misma manera, aunque no en el mismo grado, es probable que en el porvenir se preste mayor atención al correcto diagnóstico y al tratamiento operatorio de un embarazo tubárico antes que haya ocurrido la ruptura primaria.

En un caso típico (tal como rara vez se ve), los síntomas y signos serán:

Amenorrea (de uno o dos meses).
Dolor hipogástrico.
Hemorragia uterina.
Sensibilidad localizada en el hipogastrio al presionar dentro de la pelvis hacia uno de los lados.
Tumoración pequeña sensible en el fornix lateral.
Salida de una membrana por la vagina.

Amenorrea.—Aunque en los casos típicos pueden faltar uno o dos períodos menstruales, las mamas pueden estar ligeramente crecidas y globulosas y puede haber náuseas matutinas, tales definidos síntomas son, sin embargo, más bien excepcionales.

Hay, no obstante, casi siempre, algunas pequeñas irregularidades en la menstruación y se asegurarán cuidadomente y con exactitud ciertas particularidades referentes a aquel acontecimiento. Se preguntará a la enferma: Primero, cuándo tuvo el último período; segundo, si aquel

período fué antes o después del tiempo normal, anotando retrasos o adelantos de períodos aun de un día en mujeres que en tales días solían estar bien; tercero, si la pérdida del último período fué mayor o menor que normalmente; cuarto, si ha habido alguna pequeña pérdida desde el último período regular.

No es necesario que haya ninguna irregularidad en la menstruación cuando hay ruptura o aborto de un embrión de un mes de edad. No es infrecuente que la hemorragia vaginal que acompaña al aborto tubárico sea tomada por la enferma como un período menstrual normal, pues puede coincidir exactamente con la menstruación que se espera. De ordinario, la pérdida es mayor o menor que la corriente y, por lo general, se adelanta o se retrasa al período regular en uno o varios días. A veces parece que ha cesado un período normal y reaparece al cabo de unos pocos días. Deben de anotarse todas estas pequeñas irregularidades.

El **dolor abdominal**, sentido principalmente en el hipogastrio o en las regiones ilíacas, puede ser la manifestación preponderante. Este dolor, junto con la hemorragia vaginal, puede sugerir tanto al médico como a la enferma la inminencia de un aborto. Probablemente se deben los dolores a las repetidas pequeñas hemorragias intraperitoneales.

La **hemorragia uterina** se ha referido más arriba. No es constante. La sangre, como viene de más allá de la vagina, es más obscura que el menstruo normal; pero esto no tiene mucho valor diagnóstico. Lo que tiene más importancia, si ocurre. es la salida de un molde decidual del interior del útero. Esto ocurre rara vez en tanto el embrión no esté muerto o haya habido aborto en la cavidad abdominal, y sucede, a menudo, después de haber hecho la extirpación del saco roto. Esto tiene la mayor importancia diagnóstica si ocurre a la vez que aparecen los dolores precoces atenazantes. Los trozos de membrana no llevarán nada de corion, y por eso podrán distinguirse de un

saco embrionario uterino. Se le pondrá en agua y se apreciará así su tamaño y forma.

La **sensibilidad hipogástrica** se descubrirá en el lado de la lesión presionando suavemente hacia abajo por detrás del pubis. La pared abdominal no está rígida.

La **exploración bimanual** revela una tumoración pequeña y sensible en uno de los lados del útero, en uno u otro fornix lateral, correspondiente al lado donde se descubrió el dolor y la sensibilidad. El útero se apreciará también ligeramente aumentado de volumen.

En suma: si la enferma y el doctor creen que ha empezado el embarazo, si hay dolor hipogástrico irregular mayor en un lado que en otro y si con una pequeña hemorragia uterina se aprecia en uno de los lados de un útero aumentado de volumen una masa redondeada movible, se diagnosticará embarazo ectópico y se aconsejará enérgicamente la operación. En una ocasión que con tales fundamentos hice el diagnóstico de embarazo ectópico y aconsejé la operación, la enferma fué al hospital para confirmar el diagnóstico. Mientras esperaba en la antesala del hospital, se colapsó por hemorragia interna y fué operada en seguida. Es posible y será un acontecimiento cada vez más frecuente el diagnosticar la enfermedad antes que haya ocurrido la gran hemorragia interna.

Diagnóstico diferencial. — Grandin, refiriéndose a la gestación tubárica, observa: "El que sospeche que una mujer se encuentra en estas circunstancias es el que tiene menos probabilidades de cometer un error diagnóstico". Es frecuentemente mal diagnosticado, porque es corriente no tenerlo en cuenta. Un embarazo tubárico de poco tiempo y no roto, hay que distinguirlo de:

Gastritis.
Apendicitis.
Amenaza de aborto uterino.
Piosalpinx o hidrosalpinx.
Quistes pequeños del ovario o del ligamento ancho.

Sólo un observador casual que no haya explorado a la enferma podrá confundir con **gastritis** el dolor de forma cólica de un embarazo ectópico que amenaza romperse. La posición y naturaleza del dolor dirigirán la atención a la pelvis, mientras que la exploración dará en seguida datos para un correcto diagnóstico.

Si la gestación se ha hecho en la trompa derecha, puede confundirse fácilmente con la apendicitis. Pueden tabularse algunos de los muchos puntos diagnósticos:

	SÍNTOMAS DE UN APÉNDICE PELVICO INFLAMADO Y NO ROTO.	SÍNTOMAS DEBIDOS A UNA GESTACION ECTOPICA NO ROTA (PERO POSIBLEMENTE RETUMANTE).
Menstruación.	Por lo general, regular.	Comúnmente con alguna irregularidad.
Hemorragia uterina.	Generalmente nula.	Se presenta de ordinario.
Dolor inicial.	Epigástrico.	Hipogástrico.
Fiebre.	Pequeña.	No la hay corrientemente.
Vómitos o náuseas.	Existen.	Raros.
Exploración bimanual.	Sensibilidad, pero no masa movible.	Tumoración sensible, móvil y r dondeada en uno de los lados del útero.

Si el apéndice no está situado en la pelvis, hay poca probabilidad de confusión. Ni con apendicitis pélvica, ni con embarazo tubárico hay, por regla general, rigidez abdominal.

Un **amenazante aborto uterino** es, a menudo, difícil de distinguir y en varias ocasiones he visto ejecutar curas uterinas porque se pensaba que había un aborto incompleto, cuando en realidad se trataba de un embarazo tubárico. La exploración bimanual deberá distinguirlos, pues si está definitivamente aclarado que comenzó el embarazo y hay hemorragia uterina, la exploración pélvica mostrará en un caso un útero ligeramente agrandado con una

pequeña tumoración en un lado, y en otro caso un útero mayor sin tumoración en el fornix lateral.

La mayor dificultad diagnóstica estará en el caso de embarazo intrauterino complicado con un piosalpinx, hidrosalpinx o pequeño quiste del ovario. Si aparece gran dolor abdominal con alguna de estas cosas, puede ser imposible diagnosticar con certeza, pero la sección abdominal estará indicada en algún caso.

2. Síntomas y diagnóstico al tiempo de producirse la ruptura de un embarazo tubárico con profusa hemorragia intraperitoneal.

La ruptura de un embarazo tubárico es probablemente la causa más frecuente de muerte súbita en mujeres jóvenes que previamente disfrutaban de perfecta salud. Las más de las veces lleva a las puertas de la muerte.

Los síntomas son comúnmente claros:

Dolor abdominal brusco.

Vómitos.

Desfallecimiento o desmayo.

Anemia súbita y colapso con pulso pequeño y rápido y temperatura subnormal.

Abdomen inflado y sensible.

Líquido libre en la cavidad abdominal.

Sensibilidad al presionar con los dedos el fondo de saco de Douglas.

El dolor es a veces hipogástrico, otras más general y aun epigástrico; en ocasiones, el dolor se siente sobre las clavículas. La anemia se apreciará principalmente en los labios, lengua y debajo de las uñas. También las escleróticas adquieren una blancura particular y a veces un anillo obscuro rodea los ojos. La inquietud y la respiración anhelante y profunda, pueden indicar la grave hemorragia interna.

El número de pulsaciones no es de ningún modo una buena guía respecto a la hemorragia, pues en ciertas gen-

tes afectas de una gran pérdida de sangre aumenta mucho la rapidez y en otras hay una pronta compensación y restauración de la circulación.

La exploración del abdomen demostrará que éste está flácido, pero sensible, con cierta globulosidad y (excepcionalmente) ligera rigidez en el hipogastrio. Puede demostrarse la existencia de líquido libre, pero es innecesario e imprudente hacerlo. El peritoneo pélvico estará sensible y puede ser posible descubrir una tumoración en un fornix lateral. Los puntos más importantes para llamar la atención son el comienzo rápido, el ataque de lipotimia, la grave anemia, el pulso débil y la temperatura subnormal.

El **diagnóstico diferencial** debe hacerse con varias de las catástrofes abdominales agudas, tales como perforación de estómago, duodeno o vesícula biliar, obstrucción intestinal aguda, pancreatitis aguda, apendicitis aguda perforativa o torsión del pedículo de un quiste del ovario. La historia del caso, el rápido comienzo y la persistencia de la extremada palidez y de la temperatura subnormal sin rigidez de la pared abdominal en una enferma hasta entonces buena, si se exceptúan algunas ligeras irregularidades de la menstruación, rara vez o nunca dejan lugar a duda.

3. Síntomas en casos con hemorragia subaguda.

Ahora consideraremos el diagnóstico después que repetidas hemorragias han ocasionado la producción de un hematocele.

Muchos casos vienen para diagnosticar poco después de una ruptura aguda del saco o **después que pequeñas hemorragias repetidas han conducido a la formación de un hematocele.** Al tiempo de la observación la hemorragia puede haberse detenido y la enferma puede haber obtenido una recuperación suficiente. Los síntomas graves anteriores pueden ser atribuídos por la enferma a un simple desvanecimiento o puede pensar el médico que el trastorno se debió a un ataque cardíaco. Este error podrá darse sola-

mente en aquellas enfermas que tuviesen una hemorragia interna moderada, pues en los grados extremos la grave naturaleza del caso no puede ser confundida.

Después de una hemorragia moderada, se recobra prontamente del ligero colapso, el pulso llega a ser normal y la temperatura de subnormal puede pasar a ser ligeramente febril. Cuando ha habido pequeñas hemorragias repetidas, puede no haber historia de colapso agudo, pero generalmente con repetidos ataques de dolor la enferma habrá sentido desmayo. Tales enfermas vienen a consultar, o por dolor abdominal y debilidad, o por dolor y hemorragia uterina. En casiones, la retención de orina aconsejará que se busque.

El diagnóstico se hace considerando la historia de repetidos ataques de dolor hipogástrico o ilíaco, la irregularidad en la menstruación y las condiciones encontradas por la exploración, que son las que siguen:

1. La paciente aparece anémica.
2. La temperatura es normal o febril (37,7-38° C.).
3. El pulso es de frecuencia normal o elevada (100 a 120).
4. Hay abultamiento de la parte más inferior del abdomen (debida probablemente a distensión, pero principalmente al coágulo de sangre).
5. La parte más inferior del abdomen es sensible a la presión, especialmente en el lado de la gestación tubárica.
6. Falta la rigidez de la pared abdominal, aunque pueda mostrar resentimiento de alguna presión áspera, mediante contracción de los músculos.
7. Por lo general hay algo de hemorragia uterina.
8. La exploración pélvica revela plenitud y resistencia en uno o en ambos fórnices laterales. A veces puede apreciarse una definida tumoración más dura. Si el coágulo sanguíneo está firme la exploración bimanual revela un definido tu-

mor llenando la bolsa de Douglas. Siempre se encuentra dolor sobre la tumoración (sea por vía vaginal o abdominal).

9. Puede haber retención de orina o frecuencia en la micción.
10. En dos ocasiones he obtenido positiva la prueba del obturador o rotación del muslo (véase capítulo tercero).

Una prueba adicional de la hemorragia interna puede tenerse a veces en la existencia de una coloración purpúrea o azulada en la región del ombligo (signo de Cullen). Este signo es, sin embargo, muy inconstante.

A veces aparecen los vómitos con los ataques de dolor abdominal, pero no es un hecho constante ni importante. Puede presentarse estreñimiento. El diagnóstico es, por lo general, claro, por los signos y síntomas citados más arriba. Cuando el embarazo ha llegado al segundo o tercer mes, el reblandecimiento del cuello y el crecimiento de las mamas pueden ayudar en el diagnóstico.

El **diagnóstico diferencial** es a veces difícil de hacer con **apendicitis pélvica, piosalpinx o útero grávido retrovertido.**

La **apendicitis pélvica** puede dar lugar a casi todos los signos y síntomas de un pequeño hematocele pélvico, y ambas enfermedades son frecuentemente confundidas en el diagnóstico. Dolor hipogástrico, vómitos, sensibilidad local, fiebre ligera y sensibilidad a la exploración vaginal o rectal, se presentan comúnmente en ambas enfermedades. También puede resultar positiva en ambos casos la prueba de rotación del muslo, y en ninguna de ellas debe esperarse encontrar rigidez de la pared abdominal. La mayoría de los puntos para distinguirlas son los del embarazo ectópico; hay casi siempre alguna irregularidad en la menstruación o aun amenorrea manifiesta de uno o dos meses, comúnmente hemorragia uterina, posiblemente los síntomas de embarazo precoz y aspecto anémico, y la historia

de comienzo es sugestiva de hemorragia interna y completamente diferente del comienzo ordinario de la apendicitis, en la que los síntomas consecutivos pueden ayudar definitivamente en el diagnóstico.

Con un **piosalpinx** no habrá irregularidad menstrual y habrá historia de inflamación pélvica anterior o de leucorrea, endometritis o clara infección gonocócica. El cuello uterino no estará reblandecido en el piosalpinx y el dolor a la micción y la retención de orina ocurren con menos frecuencia.

Un **útero grávido retrovertido** podrá confundirse con un embarazo ectópico que haya llegado al tercero o cuarto mes. Ambos pueden ocasionar retención de orina. Pero si se vacia la vejiga será posible determinar la presencia o ausencia del fondo del útero en el sitio normal. La hemorragia de un útero grávido retrovertido será de sangre fresca, que indica la inminencia de aborto; la sangre en una gestación ectópica será, por lo general, más obscura. Sólo se observará anemia en el embarazo ectópico.

Si el feto de un embarazo ectópico sobrevive a la ruptura hasta los últimos meses de la gestación, la enfermedad ocasionará la formación de un tumor abdominal en el que pueden apreciarse fácilmente las partes fetales debajo de la pared, mientras que al mismo tiempo estarán bien claros los síntomas de embarazo. Es posible que puedan ocurrir síntomas agudos en este estadio, pero es raro y no es preciso consignarlo aquí.

CAPITULO XIII

COLECISTITIS Y OTRAS CAUSAS DE DOLOR AGUDO EN EL CUADRANTE SUPERIOR DERECHO DEL ABDOMEN

El dolor intenso que se presenta o localiza principalmente en la región hipocondríaca derecha, se debe, por lo general, a alguna de las siguientes circunstancias:

Colecistitis.
Cólico biliar.
Ulcera duodenal inflamada o rezumante.
Ruptura de la vesícula o de un conducto biliar.
Hepatitis.

Pero se necesita excluir siempre cuidadosamente:

Apendicitis.
Dolor o cólico renal.
Pleuresía o pleuroneumonía.

La vesícula biliar y el conducto cístico deben considerarse como un tubo muscular vermiforme que tiene una extremidad dilatada y se abre en el duodeno por intermedio del conducto colédoco. Es por eso análogo, hasta cierto punto, al apéndice cecal. Además, es corriente que un cálculo se detenga en el conducto cístico del mismo modo

que una concreción puede ocluir la luz del apéndice. La principal diferencia entre ambas estructuras está en el hecho de que la materia fecal está frecuentemente en el apéndice cecal, pero nunca en la vesícula biliar, aunque se encuentre con frecuencia en ésta en el bacilo coli común.

La **colecistitis** o inflamación de la vesícula biliar, puede ocurrir con o sin la presencia de cálculos biliares. La infección puede llegar desde la sangre o desde el intestino, siguiendo los conductos biliares. La intensidad de la inflamación varía muchísimo. A veces hay un simple catarro de la membrana mucosa que recubre la vesícula biliar ,la cual puede llenarse de moco claro o teñido de bilis, mientras que frecuentemente la inflamación envuelve la totalidad del espesor de la pared de la vesícula, que se pone edematosa y friable. En casos extremos, puede haber gangrena de una parte o de toda la vesícula. Puede estar el epiplón adherido a la víscera inflamada; pero esto no ocurre tan frecuentemente como en la apendicitis. Rara vez vesícula biliar y apéndice están simultáneamente inflamados.

El contenido de una vesícula biliar inflamada consiste en moco claro o teñido de bilis, o en materia biliosa mucopurulenta, que a veces contiene en suspensión mucha colesterina o se acompaña de cálculos biliares. Cuando hay cálculos, pueden pertenecer a alguna de las diversas variedades: el grande en forma de proyectil, los pequeños múltiples y facetados, o los innumerables cálculos de pigmento negro, que semejan pequeños grumos de azabache que están a veces empotrados en un magma que parece alquitrán.

Cuando la vesícula biliar está inflamada, la sustancia hepática que está por encima crece y se proyecta hacia abajo, a partir del borde del hígado, formando una variedad de lóbulo de Riedl.

Los síntomas de colecistitis son:

Dolor.
Vómitos.
Fiebre.
Estreñimiento.
Sensibilidad localizada en el hipocondrio derecho.
Tumoración de la región de la vesícula biliar.
Rigidez de los músculos suprayacentes (a veces).
Ictericia (rara vez).

El **dolor** de la colecistitis varía según haya o no un cálculo que intente pasar a través del conducto cístico. Cuando no hay cálculo, el dolor se localiza generalmente en la región de la vesícula biliar, o si hay peritonitis contigua (como no es infrecuente), el dolor puede difundirse por la región hipocondríaca derecha y aun ser sentido en lo más alto del hombro de este lado. Si el hígado y la vesícula han crecido mucho hacia abajo, el dolor puede extenderse hasta casi la fosa ilíaca.

Cuando hay un cálculo en el cuello de la vesícula biliar o en el conducto cístico, el dolor se irradia también al área que está por debajo del ángulo inferior de la escápula derecha. Esto corresponde al nivel de distribución del octavo segmento dorsal, del que salen la mayoría de los nervios que van a la vesículo biliar. En casos no complicados, no se siente dolor en las regiones acromial y clavicular.

Los **vómitos** constituyen también un hecho variable. Son de pequeña intensidad cuando no hay cálculos biliares ni peritonitis; pero cuando hay alguna de estas cosas, pueden ser constantes o haber náuseas continuas acompañadas de materia biliar.

La **sensibilidad** localizada sobre la vesícula es un hecho constante, y, frecuentemente, cuando no hay rigidez muscular, se puede apreciar el fondo redondeado de la víscera que se proyecta por debajo del borde inferior del hígado. Corrientemente la tumoración es pequeña, pero en

ocasiones puede ser de tamaño considerable y hacer prominencia hacia abajo en la fosa ilíaca derecha o en la región umbilical.

Cuando la inflamación se extiende a las partes que rodean la vesícula hay, de ordinario, rigidez de la pared abdominal del cuadrante superior derecho, que protege así la zona inflamada. En muchos casos de colecistitis, sin embargo, no hay rigidez.

La **fiebre** no es por lo general alta, varía de 37,7 a 38° C., según la extensión del proceso inflamatorio y la violencia de la infección. Si los conductos biliares están simultáneamente infectados, es corriente que la fiebre se haga más alta e irregular, se acentúen las molestias y, en general, se agraven los síntomas.

El **estreñimiento** es corriente y será más pertinaz si existe peritonitis local que afecte a las zonas próximas de intestino.

El **pulso** no tiene mucho valor diagnóstico. Puede permanecer estable y lento, a pesar de la inflamación aguda de la vesícula biliar, la presencia de cálculos y aún de peritonitis local. El pulso rápido en colecistitis, puede indicar toxemia grave, o por haberse extendido la peritonitis, o simplemente a causa de la absorción de sustancias tóxicas de la vesícula y de los conductos biliares.

La **ictericia** no es lo corriente en casos de simple colecistitis ni tampoco es la regla cuando hay cálculos biliares; pero hay frecuentemente una historia de ictericia apareciendo después de ataques anteriores de dolor abdominal agudo. Esto sugerirá la salida anterior de un cálculo biliar.

Diagnóstico diferencial.—La **colecistitis** se confunde principalmente con **apendicitis** o con **úlcera duodenal inflamada.**

Los síntomas — dolor, vómitos, estreñimiento, fiebre, leucocitosis — son muy similares a los de **apendicitis,** pero el sitio del dolor localizado es en un caso en el hipocondrio derecho y en el otro en la región lumbar o en la

ilíaca derecha. Si se palpa alguna tumoración es de gran importancia para el diagnóstico apreciar si se continúa o no con el hígado. Debe admitirse que hay algunos casos, especialmente en sujetos gordos, en que, además de una vesícula inflamada baja, hay peritonitis local y rigidez, en los que es casi imposible la diferenciación de apendicitis con absceso local, antes de la operación. Una historia previa de ictericia o cólicos biliares puede ayudar, así como

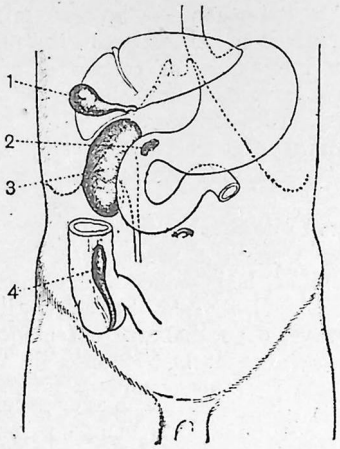


Fig. 10. — Dibujo para ilustrar el diagnóstico diferencial de las enfermedades que simulan colecistitis: (1), vesícula biliar inflamada; (2), úlcera duodenal (periduodenitis); (3), riñón derecho (con pielitis); (4), apéndice ascendente inflamado.

una serie de ataques anteriores sugerentes de apendicitis podrán precisar el diagnóstico. No debe olvidarse que a veces se presentan juntas ambas enfermedades.

Ulcera duodenal inflamada.—En el caso de una úlcera duodenal que amenaza perforarse y que ha producido periduodenitis, los hallazgos locales pueden ser similares a

los de la colecistitis con peritonitis local, pero, inquiriendo cuidadosamente en la historia, se distinguen. El dolor que se presenta hacia las dos horas y media después de la comida y desaparece tomando alimento, la regurgitación de "agua quemante" y eructos ácidos, los ataques de flatulencia y la posible aparición de melena, pueden aclarar el cuadro de la úlcera. Si hay tiempo y conviene, puede confirmarse el diagnóstico de úlcera determinando la acidez clorhídrica en el jugo gástrico después de la comida de prueba y tratando de ver a rayos X, después de administrar bismuto, si existe alguna deformidad duodenal y si hay un vaciamiento rápido del estómago.

La perforación retroperitoneal de una úlcera duodenal puede considerarse por el grave colapso de comienzo, pero la enfermedad se localiza rápidamente y da lugar a sensibilidad y abultamiento en el lomo derecho. El tejido perirenal se pone edematoso y puede haber frecuencia en la micción y también hematuria debida a la irritación de la pelvis renal. Hay gran dolor a la presión en el ángulo que forman las costillas con los músculos del canal vertebral. El diagnóstico es difícil, por la facilidad con que puede sospecharse una enfermedad renal primaria.

El **cólico biliar** (sin inflamación de la vesícula) se distingue de la colecistitis por su comienzo más agudo, dolor más paroxístico y por la mayor intensidad del colapso. La pared abdominal está blanda y cede sobre la vesícula biliar, aunque puede haber sensibilidad local profunda. El dolor se irradia, por lo general, y se siente de preferencia en el área subescapular derecha. Es más común la temperatura subnormal que la fiebre, y es frecuente la ictericia pasajera después del ataque.

Con la **ruptura de la vesícula** o de alguno de los conductos biliares hay generalmente historia y síntomas sugerentes de cólico biliar o colecistitis con una extensión gradual, hacia abajo, del área dolorosa, hasta que es sensible la totalidad del abdomen; aumenta la distensión de los intestinos y hay sensibilidad al tacto rectal. A veces

puede demostrarse la existencia del líquido libre. A menudo hay una historia de comienzo agudo con una subsiguiente remisión de síntomas durante uno o dos días y una exacerbación final de los mismos al extenderse la peritonitis por el abdomen.

Con ruptura retroperitoneal del conducto biliar los signos y síntomas permanecen localizados en el lado derecho del abdomen y, a veces, hay una irritación de la pelvis renal que produce dolor o frecuencia de micción. Esta rara enfermedad es, sin embargo, casi imposible de distinguir, antes de la operación, de colecistitis o apendicitis.

En **hepatitis**, la sensibilidad está sobre todo el hígado, **sobre la cara lateral**, como puede asegurarse presionando lateralmente en los espacios intercostales inferiores, así como también en el hipocondrio derecho. Este signo sirve para establecer la distinción, salvo en aquellos casos en que la hepatitis coexiste con colecistitis.

En pleuresía diafragmática o en pleuroneumonía de la base derecha, la fiebre es por lo general más alta (40-40,1° C.), puede dar un comienzo fuerte, la sensibilidad del hipocondrio derecho es más superficial y, por presión gradual, los dedos pueden penetrar perfectamente en la región subhepática, y habrá signos — y algunas crepitaciones — en la base del pulmón y de la pleura. El dolor en lo más alto del hombro derecho se presentará con mucha mayor probabilidad por pleuresía diafragmática que por colecistitis. La aparición de hemoptisis en un caso dudoso, sugerirá neumonía o infarto pulmonar.

CAPITULO XIV

LOS COLICOS

El verdadero cólico siempre es producido por la violenta contracción peristáltica de alguna víscera tubular constituída por tejido muscular involuntario, cuyo normal peristaltismo es completamente indoloro. La violencia de la contracción aparece con un esfuerzo, al sobrevenir algún obstáculo que impide el paso de una excreción o secreción normal. El dolor se debe al estrechamiento o distensión del tubo y puede ser tan intenso como el mayor de los que afecte a un ser humano.

Los tubos musculares involuntarios que pueden producir cólico, son:

El estómago.
Los intestinos.
El cístico, hepático y colédoco.
Los uréteres.
El útero (y posiblemente la trompa de Falopio).
El conducto pancreático.

Los principales hechos del cólico grave son la aparición de dolor agudo, espasmódico, torturante, que hace doblarse al paciente. Va asociado en grado variable con los síntomas consecutivos a shock debido al estímulo excesivo del sistema nervioso simpático, tales como palidez o lividez, pulso débil, vómitos, temperatura subnormal o frial-

dad de la superficie del cuerpo. El dolor se refiere parcialmente al sitio de origen y, en parte, al área de distribución nerviosa del segmento de médula espinal con que está asociada la parte afectada. Los músculos abdominales, como sucede con otros muchos músculos voluntarios, pue-

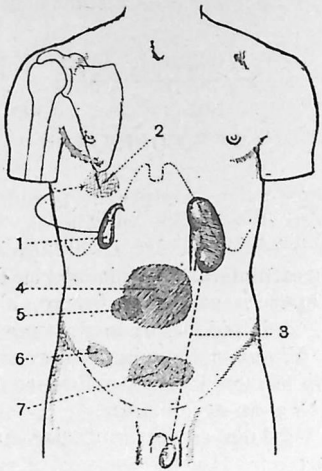


Fig. 11.—Dibujo para señalar los sitios a los que se refiere ordinariamente el dolor en las diversas formas de cólico: (1), hipocondríaco (sobre la vesícula biliar); (2), subescapular, áreas dolorosas en el cólico biliar; (3), cólico renal; (4), dolor de intestino delgado; (5), cólico apendicular; (6), zona sensitiva por absceso ilíaco; (7), dolor de intestino grueso (véase también fig. 2).

den permanecer contracturados y rígidos durante la fase de dolor, pero se relajan cuando cesa el espasmo doloroso y entonces puede presionarse fácilmente con los dedos sobre la cavidad abdominal, aunque puede haber sensibilidad localizada sobre la víscera afectada.

En el diagnóstico general de un cólico pueden ayudar los puntos siguientes:

Primero. En el cólico, el paciente está generalmente muy desasosegado y se arrastra por tierra como si así encontrase algún alivio al dolor que le atormenta. Durante el dolor puede tener el cuerpo flexionado.

Segundo. En el cólico, la presión del abdomen alivia a veces el dolor, cosa que no es usual en las demás enfermedades agudas.

Tercero. Generalmente se presenta el dolor por paroxismos que duran un tiempo variable.

Cuarto. Aunque puede haber rigidez durante el paroxismo, la pared abdominal está blanda entre los accesos de dolor. En la peritonitis aguda, rápida, permanece rígida todo el tiempo.

Quinto. En muchos de los cólicos, la distribución del dolor tiene valor diagnóstico (figura 11).

Cólico intestinal. — El **cólico del intestino delgado** es producido a veces por enteritis catarral que se debe a la irritación que ocasionan alimentos averiados, ptomaínas venenosas o toxinas de algunas fiebres. Se encuentra en grado más intenso en la rara enfermedad llamada "enteroespasmo" y en casos de obstrucción orgánica del intestino delgado. El dolor es agudo y atenazante, se refiere a la región epigástrica o a la umbilical y se acompaña a veces de zonas de distensión localizada, en las que pueden oírse ruidos de gorgoteo y hasta ser apreciados, en ocasiones, por la palpación. Pueden presentarse los vómitos y, ocasionalmente, puede verse peristaltismo a través de la pared abdominal. Cuando el dolor se debe a enteritis, va seguido de pronto por diarrea, cuya naturaleza puede dar la clave de la causa del dolor. Cuando se deba a obstrucción orgánica, los ataques ocurrirán de tiempo en tiempo, hasta que, finalmente, haya un ataque de obstrucción intestinal aguda. Cuando el dolor atribuído a cólico intestinal persiste más de tres o cuatro horas, la enfermedad por lo general necesita intervención quirúrgica.

El **cólico de plomo** es una forma de cólico de intestino

delgado que se acompaña de estreñimiento. El dolor puede ser intenso y el colapso del paciente, grave. Durante los espasmos de dolor la pared abdominal puede estar rígida. Pueden presentarse otros signos y síntomas que puntualicen la intoxicación (línea azul en las encías, estreñimiento pertinaz, parálisis localizadas, etc.), y generalmente se trata de un pintor o de alguno que está en contacto con pintura.

El **cólico del intestino grueso** es muy frecuente, pero el dolor ocasionado en el intestino grueso es en seguida tan agudo o postrante como el que resulta de un cólico del intestino delgado. El dolor se refiere principalmente al hipogastrio. Las causas son: o estreñimiento pertinaz, o colitis, o disentería, o ciertas formas de estrechez del intestino grueso. El dolor en el colon se localiza, a menudo, más exactamente por el paciente que el dolor de cólico de intestino delgado.

Diagnóstico.—En algunos casos de cólico intestinal, la historia ayuda muchísimo al diagnóstico, pues la ingestión de alimentos averiados, la existencia de ataques previos similares en uno que sea pintor o la presentación de los primeros ataques de disentería pueden aclarar considerablemente el problema. Obteniendo una historia cuidadosa, podrá excluirse también el cólico apendicular. La aparición de diarrea excluirá de ordinario la obstrucción intestinal, pero recuérdese que a veces se ven heces sueltas, diarreicas, en casos de intususcepción. La peritonitis local o difusa, puede excluirse apreciando la falta de rigidez cuando cesan los dolores, el alivio obtenido por la presión suave sobre el abdomen y la falta de sensibilidad del peritoneo pélvico.

Si los ataques de cólico del intestino delgado aparecen de tiempo en tiempo y hacen perder peso, la posibilidad de obstrucción orgánica (por adherencias, bandas, estreche-es tuberculosas o neoplásicas) puede ser considerada y no es prudente esperar demasiado tiempo antes de la exploración operatoria. El examen radiográfico del tracto intes-

tinal después de la administración de una comida opaca, ayudará al diagnóstico.

Del mismo modo, si hay ataques recurrentes de distensión del intestino grueso acompañados de cólico y estreñimiento, es prudente sospechar carcinoma o estrechez del colon o del recto, y se obtendrá la certeza de esta cuestión por los procedimientos diagnósticos apropiados. (Véase capítulo IX).

El **cólico biliar** es producido por el paso de un cálculo o de bilis espesada a través del cístico, hepático o colédoco. Varía considerablemente en intensidad, según la dificultad que encuentra el cálculo en la travesía del conducto. El dolor es, por lo general, de comienzo rápido y de gran intensidad. Los vómitos son frecuentes, y el colapso puede ser tan grave que el observador considere al paciente **in extremis.** Ocasionalmente ha habido, actualmente, muertes durante un ataque de cólico biliar y el autor ha visto uno de estos casos; pero, por fortuna, este acontecimiento es extraordinariamente raro, generalmente el paciente se retuerce; pero en los casos gravísimos puede estar con opresión, cara cianótica, extremidades frías y pulso débil. El dolor se siente:

1. En el hipocondrio derecho, que está comúnmente sensible a la presión.
2. Debajo del ángulo inferior de la escápula derecha.
3. En ocasiones, a los mismos niveles en el otro lado del cuerpo.
4. Infrecuentemente puede referirse a la región acromial derecha o a la parte más inferior de la región cervical.

La situación frecuente del dolor corresponde a la distribución nerviosa de los pares dorsales octavo y noveno.

La ictericia no es un acompañante imprescindible del cólico biliar, pero en grado ligero, es una secuela frecuente.

El diagnóstico está por lo general suficientemente cla-

ro por la intensidad y distribución del dolor y la falta de rigidez localizada en el abdomen cuando aquél pasa. **Cuando persiste la rigidez** en el hipocondrio derecho, puede haber **colecistitis o peritonitis local** acompañándole. Una úlcera duodenal inflamada o rezumante, produce también rigidez persistente; pero en el caso de úlcera habrá una definida historia sugeridora de ta lenfermedad. (Véase Cap. XIII).

El **cólico renal** es producido por el paso de un pequeño cálculo, porción de coágulo sanguíneo o cristales de oxalato o de urato por el uréter, por el enclavamiento de un cálculo en la pelvis renal y a veces por súbito enmarañamiento de la unión urétero-pélvica cuando hay riñón movible. A veces, pero de ningún modo siempre, se acompaña de hematuria.

Los síntomas son por lo general característicos. El enfermo se ve atacado de dolor súbito que asienta en el lomo y a menudo se irradia al testículo correspondiente o a la ingle o, en las mujeres, a la vulva. En algunos casos hay extensa hiperestesia superficial de la pared abdominal por delante o por detrás. En los casos intensos hay desasosiego violento. Los vómitos son frecuentes. Puede haber polaquiuria y dolor a la micción. La hematuria puede acompañar o seguir al dolor. El cólico renal no siempre se irradia al testículo en los hombres, y recuérdese que a veces se siente dolor en el testículo en caso de inflamación del apéndice.

Diagnóstico.—La distribución del dolor (a lo largo del área que inerva el décimo par torácico) es característica y la exploración local del lomo puede revelar un riñon sensible y posiblemente aumentado de volumen. La exploración por los rayos X puede mostrar un cálculo, pero hay muchos casos en que no se ven los cálculos por los rayos X y, sin embargo, posteriormente sale alguno pequeño.

Cólico uterino.—Dismenorrea.—El dolor producido por el útero en su intento de expulsar el feto, un pólipo, un trozo de membrana o bien un coágulo de sangre, puede ser muy intenso. Se refiere principalmente a la parte más infe-

rior de la región lumbar. Pero en los casos graves puede irradiarse hacia abajo, a los muslos y a las caderas. Puede haber vómitos y náuseas.

La dismenorrea espasmódica puede obligar a retorcerse a la paciente. Puesto que un dolor abdominal, en la mujer, se inquirirá en su historia menstrual, y con dismenorrea espasmódica la exploración vaginal y pelviana no mostrarán razón especial para un dolor de origen uterino (aparte quizá de un agujero de alfiler y de un cuello pequeño), la dificultad diagnóstica será ligera.

Cólico gástrico.—Ataques de intenso dolor epigástrico de naturaleza cólica, se presentan a veces en los afectos de estenosis pilórica debida a úlcera o a neoplasma. En tales casos pueden verse, a menudo, las ondas peristálticas que van del lado izquierdo al derecho y puede reconocerse a través de la parte abdominal el límite del estómago dilatado. El dolor se refiere al área de distribución del décimo segmento dorsal, principalmente en el lado izquierdo. Puede también ser producido dolor intenso por una súbita hemorragia, acaecida en el estómago. En tales casos hay corrientemente historia de úlcera gástrica. El dolor intenso y colapso y la sensibilidad epigástrica pueden conducir al diagnóstico de obstrucción intestinal o de perforación gástrica. Pero la anemia súbita y los vómitos de sangre alterada (como ocurre de ordinario) darán la clave del diagnóstico correcto.

Cólico pancreático.—En contadas ocasiones puede dar lugar a cólico la obstrucción del conducto de Wirsung. Puede sentirse dolor intenso irradiándose al hombro izquierdo, y habrá síntomas de deterioro pancreático.

CAPITULO XV

EL DIAGNOSTICO PRECOZ DE LAS LESIONES ABDOMINALES

Todo caso de lesión abdominal que sea de naturaleza manifiestamente grave, no se sacará de ningún modo del cuidado del cirujano operador; pero, puesto que hay muchos casos en los que, aunque hay graves desperfectos resultantes de la lesión, los síntomas no son claros y pueden realmente permanecer latentes algunas horas, es útil resumir los principales puntos diagnósticos. Nos reduciremos a considerar a aquellas lesiones en que no hay abertura de las paredes, puesto que cuando exista herida o lesión penetrante no habrá otra solución que el tratamiento quirúrgico.

Las lesiones no penetrantes del abdomen se deben en la mayoría de los casos a aplastamientos graves, tales como los consecutivos al paso sobre el vientre de un vehículo pesado que marcha rápidamente. Otro tipo de violencia es el golpe agudo circunscrito debido a un puntapié, puñetazo o al súbito tocamiento de algún cuerpo duro contra la pared abdominal. Puede también haber lesiones graves consecutivas al esfuerzo, en el aprisionamiento visceral que sigue a la caída desde una altura o a un inopinado paso en falso que ocasiona una caída violenta hacia delante. Cuando la violencia se aplica contra la pared abdominal, la clase de lesión producida depende, en cierto modo, de la

preparación del paciente para el golpe y la consecutiva rigidez o flacidez de los músculos abdominales. Si el músculo es cogido de improviso, cabe esperar un mayor daño intraabdominal que si el músculo está rígido, pues entonces puede mitigar o prevenir la lesión de la víscera que está debajo.

Algunas pequeñas lesiones de la pared abdominal pueden acompañarse de graves lesiones viscerales, y es más, pueden estar seriamente lesionadas las vísceras sin que haya signo alguno de lesión en la pared abdominal. Cuando no hay lesión externa, puede no pensarse en lesión visceral, y antes que ésta sea apreciada puede progresar muy notablemente.

Las vísceras sólidas del abdomen (hígado, bazo, páncreas, riñones) están colocadas altas, a lo ancho del abdomen, recubiertas por las costillas; las tubulares (intestino, vejiga, uréter y estómago) están más expuestas a las lesiones.

Las lesiones en las vísceras sólidas producen hemorragia; en las huecas, por lo general, producen peritonitis, si bien ambos tipos de lesión se acompañan de shock.

El **shock** se manifiesta por palidez, pulso débil, sudoración, respiración superficial y frialdad de las extremidades; pero de no haber una lesión grave, los síntomas se apaciguan rápidamente. Si el estado de shock dura más tiempo y no parece corresponder a la lesión intra-abdominal apreciable, la exploración puede descubrir un neumotórax u otra lesión torácica. Las lesiones de la parte más superior del abdomen producen shocks más graves que las de la región hipogástrica. Las contusiones renales producen también shock grave.

Si los síntomas de shock no pasan dentro de seis horas es casi segura la existencia de hemorragia o de peritonitis como factor adicional.

Debido a la disposición anatómica de las partes, la **hemorragia** sigue a las lesiones de la zona superior donde están el hígado y el bazo. La mayoría de los vasos abdo-

minales tienen más probabilidad de ser lesionados por las violencias dirigidas contra la porción central del abdomen. Cuando el hígado o el bazo sufren una rasgadura grave, los síntomas de shock y la hemorragia son extremos y con frecuencia la muerte sigue rápidamente a la lesión. En grados menores de lesión de las vísceras sólidas (o de los vasos sanguíneos del mesenterio), la evidencia de hemorragia los aclara gradualmente. Aumento del desasosiego y dolor, palidez progresiva de los labios y de las uñas, aumento del número de pulsaciones y macidez movible apreciable en los flancos, son suficientemente demostrativos. En ocasiones, los síntomas de hemorragias pueden apaciguarse durante uno o dos días y después llegan a manifestarse alarmantemente en ocasión de un esfuerzo, por ejemplo, al ponerse en el orinal. Esto es más probable que ocurra después de lesiones del bazo. El número de pulsaciones es una buena pero no infalible guía en la hemorragia abdominal. Sin embargo, el pulso puede no ser muy elevado (no superior a 100), aun con el abdomen lleno de sangre, y después aumenta rápidamente el número de pulsaciones. Es presumible este aumento cuando falla la compensación cardiovascular.

La **contusión o ruptura del riñón** se acompaña frecuentemente por shock grave y muy alarmante, que pasa generalmente en una o dos horas (así sucede en el kidney-punch, en boxeo). Los síntomas ulteriores dependen de la extensión de la lesión y el estado de la cápsula renal. En casos ligeros, en los que la cápsula permanece intacta, los síntomas quedan reducidos a hematuria, sensibilidad local y a veces cólico renal debido al paso de coágulos por el uréter. Si la cápsula renal se rompe, se forma un hematoma retroperitoneal y la orina se extravasa en el tejido celular que está por detrás y alrededor del riñón; esto conduce a celulitis que se acompañan de malestar, fiebre irregular, abultamiento local, sensibilidad y resistencia muscular. Puede resultar un absceso. Si se infecta la orina los síntomas son más agudos. Si se rompiera la cubierta del

riñón, aparecerán síntomas de hemorragia intraperitoneal. En muchos casos de hematuria a consecuencia de una contusión renal, aquélla se detiene espontáneamente.

La **peritonitis** se debe generalmente a la ruptura de una víscera hueca. Los intestinos, vejiga y estómago son los más comúnmente lesionados; la vesícula biliar y el uréter, rara vez. A veces la lesión sólo produce magullamientos de las paredes de la víscera. Si el estómago es el contusionado, hay vómitos y a veces hematemesis; si el colon es el magullado, puede aparecer sangre por el ano y diarrea debida a la colitis traumática.

El magullamiento de la vejiga produce hematuria ligera, pero si la contusión es grave, puede haber vómitos y rigidez muscular local, aun no habiendo ocurrido ruptura.

La **ruptura del intestino** es la causa más frecuente de peritonitis; es un accidente agravado con el peligro de una muerte casi cierta si no se diagnostica precozmente; sin embargo, los signos y síntomas son, a menudo, equivocados durante algunas horas. Generalmente la ruptura sólo abarca una porción de la circunferencia del intestino; pero en ocasiones se produce la separación completa y un boquete siniestro entre los dos cabos que puede cerrarse temporalmente por la contractura del músculo involuntario intestinal. Cuando se lesiona el intestino, sus movimientos peristálticos se detienen debido a la paresia directa o refleja de sus paredes. Si la rasgadura es pequeña, los pliegues de la membrana mucosa pueden llenar la pequeña ruptura; escapa una pequeña cantidad de contenido intestinal y encima se establece una peritonitis plástica local con depósito de linfa que pega unas a otras las porciones del intestino. El enfermo no toma nada por la boca y el intestino permanece en reposo. La calma de los síntomas da una falsa seguridad. Después de unas pocas horas, cuando el observador pudo haber decidido que no había grave lesión intraabdominal, se toma alimento, se excita la contracción peristáltica de los intestinos y se abre de nuevo la brecha en ellos. La peritonitis, entonces, se

desarrolla más o menos rápidamente, según el tamaño de la abertura y el número de adherencias.

Los signos precoces más importantes de peritonitis son:

Dolor.
Sensibilidad local.
Rigidez muscular local.
Vómitos.
Respiración abdominal superficial.

Las manifestaciones más tardías de la infección peritoneal son:

Elevación de pulso y temperatura.
Distensión que crece.
Sensibilidad del peritoneo pelviano.
Macidez movible en los flancos.
Abolición o disminución de la macidez hepática (producida por gas en la cara anterior del hígado).

El enfermo tiene a menudo una expresión facial ansiosa y puede mostrar rara vez desasosiego. En lesiones en la parte superior del abdomen debe concedérsele importancia a la mudanza del dolor al hipogastrio debida a la inflamación producida por el contenido intestinal que gravita sobre la pelvis.

El pronóstico en casos de rotura de intestino es muy malo, a no ser que se hagan el diagnóstico y la intervención inmediatamente después de la lesión. De aquí la necesidad de un diagnóstico precoz.

Probado que no existe lesión en el pecho, y pudiendo excluírse el trauma renal, se trata probablemente de un caso de ruptura intestinal si se presentan los síntomas siguientes:

1. Cuando el dolor abdominal intenso dura más de unas seis horas, después de la lesión, si se acompaña bien

de: a), vómitos, especialmente vómitos biliosos, o de b), un pulso que se acelera gradualmente, o de c), rigidez local persistente que tiende a extenderse, o de d), sensibilidad local profunda con respiración superficial.

2. Cuando el dolor abdominal falta o es muy pequeño y no aumenta la anemia, pero el pulso sube gradualmente hora por hora y el enfermo está desasosegado o indiferente.

Cuando disminuye marcadamente la macidez hepática, junto con alguno de los síntomas citados más arriba, o si hay signos de líquido libre en el abdomen, las indicaciones para operar serán imperativas.

Es de suponer que la abertura del abdomen se aconsejará sin ninguna demora si los síntomas de peritonitis fuesen enteramente típicos.

Es posible que el duodeno y ciertas porciones del colon se rompan detrás del peritoneo. Los síntomas son los de la celulitis retroperitoneal con cierta inflamación del peritoneo contiguo, a saber: dolor local y rigidez muscular, respiración superficial, vómitos, aceleración del pulso y elevación de la temperatura. En un caso de lesión retroperitoneal del duodeno, que estaba bajo mi cuidado, el dolor al principio fué muy ligero, pero fué aumentando hora por hora hasta obligar a abrir el abdomen, a pesar de que los signos locales no eran muy intensos. Un signo diagnóstico muy importante (cuando se presenta) es el enfisema quirúrgico de los tejidos retroperitoneales.

La **ruptura de la vejiga urinaria** ocurre generalmente en conexión con fracturas de la pelvis, pero puede resultar de un golpe sobre el hipogastrio estando la víscera distendida. En los niños, la vejiga está situada más alta en el abdomen y está por eso más expuesta a lesión. Los síntomas varían según la ruptura sea intra o extra-peritoneal. Si es dentro de la cavidad peritoneal aparecen los síntomas de peritonitis, pero recuérdese que la orina estéril no produce al principio una reacción inflamatoria muy intensa. Puede haber hematuria.

La ruptura fuera del peritoneo tiende a la extravasa-

ción de orina y a celulitis consecutiva en las regiones suprapúbica y perineal.

En un niño con fractura de la pelvis, la uretra membranosa puede romperse completamente de través, y el cuello de la vejiga con la porción rota de la uretra puede retirarse del ligamento triangular. En tales casos el esfínter de la vejiga puede permanecer cerrado, y por ello llegar a distenderse mucho la víscera. Una tumoración tensa y sensible será descubrirle entonces en el hipogastrio. La tensión y sensibilidad del abdomen inferior producidas entonces, puede dar lugar a que se haga erróneamente el diagnóstico de peritonitis.

La **ruptura del estómago** conduce rápidamente a los síntomas de peritonitis generalizada; se acompaña generalmente de algunas otras lesiones de hígado y de bazo. La parte de estómago que tiene más probabilidades de romperse es aquella que rara vez sirve de asiento a alguna úlcera, es decir, la curvatura mayor. El gas que se escapa puede localizarse durante algún tiempo y formar un área de resonancia timpánica superficial a la percusión.

El **páncreas** se lesiona raramente y los síntomas de tales lesiones no tienen particularidades. El shock es siempre grande.

Diagnóstico de lesiones abdominales.—El punto esencial en el diagnóstico es apreciar las diferentes proporciones que toman en los síntomas observados, el shock, la hemorragia y la peritonitis, y juzgar, por esto, qué víscera es la lesionada y cuál es la naturaleza de la lesión.

Es frecuentemente imposible dar una opinión definida durante unas pocas horas después del accidente. El shock inicial se calma generalmente en dos o tres horas y entonces se hacen progresivamente evidentes los síntomas de hemorragia o peritonitis. Si aún hay shock después de tres horas, casi siempre existen algunas graves lesiones viscerales. Dolor, vómitos, rigidez muscular local o general, sensibilidad, alteración del número de pulsaciones, respiración superficial, disminución de la macidez hepática y líquido li-

bre en el abdomen, son los síntomas principales. Considerando la parte del abdomen golpeada es posible decir en muchos casos cuál víscera es la lesionada y cuál es la naturaleza de la lesión.

En casos que se sospeche ruptura de la vejiga pueden servir de medios adicionales para el diagnóstico:

1. Se vacia la vejiga por un catéter y se introduce y vacia una cantidad medida de ácido bórico o solución salina. Una discrepancia grande entre la cantidad metida y la sacada sugerirá ruptura de la vejiga.

2. La cistoscopia puede mostrar una lesión en la vejiga, pero ésta solamente se llevará a cabo por un experto en el uso del cistoscopio.

Diagnóstico diferencial. — Importa siempre **examinar cuidadosamente el tórax** en busca de neumotórax o hemoneumotórax. Los síntomas muy sugestivos de grave lesión abdominal pueden presentarse con cualquiera de esas manifestaciones torácicas. Dolor abdominal y rigidez, y los signos generales de shock y hemorragia, pueden seguir a una fractura de costilla con ruptura de pulmón y consecutiva presencia de sangre y aire en la cavidad pleural. De aquí la necesidad de la cuidadosa exploración torácica.

CAPITULO XVI

EL ABDOMEN AGUDO EN LOS TROPICOS

En los climas tropicales hay varias enfermedades abdominales que se presentan con frecuencia y que se ven raramente en las regiones templadas. Para la mayoría se trata de las manifestaciones de la malaria y de la disentería. Algunas de las más frecuentes son:

Hepatitis (amebiana o malárica).
Absceso agudo del hígado.
Ruptura de un absceso del hígado.
Tiflitis disentérica.
Perforación disentérica aguda o subaguda.
Perforación de una úlcera tífica.

El dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen, que en los climas templados indica generalmente colecistitis o úlcera duodenal, en los trópicos se debe, con frecuencia, a hepatitis amebiana o malárica.

HEPATITIS AMEBIANA

Es esencial para el práctico, en los trópicos, tener un conocimiento profundo de los síntomas de hepatitis amebiana, puesto que es el primer estadio hacia el absceso amebiano del hígado, y el pronto y precoz reconocimiento y trata-

miento de aquélla salvaría a muchos enfermos de los inconvenientes y peligros de la intervención quirúrgica.

La hepatitis puede desarrollarse durante el curso de una colitis amebiana aguda o aparecer muy remotamente después del ataque disentérico. El curso o marcha de la ameba hacia el hígado se hace por las raíces de la vena porta y se aloja en los capilares portales, produciendo una inflamación extensa.

Síntomas.—Hay cinco hechos constantes y muchos síntomas insconstantes para ser considerados en la hepatitis amebiana.

Los hechos constantes son:

1. Crecimiento del hígado.
2. Dolor sobre el hígado.
3. Fiebre.
4. Leucocitosis.
5. Reacción a la emetina.

Hechos frecuentes, pero inconstantes, son:

Historia de disentería.
Ictericia.
Dolor en la región del hombro derecho o en la región ilíaca.
Calofrío.
Laxitud y cansancio.
Lengua sucia.
Sudoración.

La aparición de fiebre con un hígado grande y doloroso en una persona que está o ha estado viviendo en una región tropical, hará sospechar siempre hepatitis amebiana, haya o no historia definida de disentería producida por las amebas. La aparición de leucocitosis (quince a veinte mil) corrobora la sospecha. La presencia de alguno de los síntomas inconstantes puede considerarse como confirmación.

El diagnóstico se fija siempre por la rápida, a menudo dramáticamente rápida, calma de los síntomas bajo el tratamiento por la inyección hipodérmica de cloruro de emetina suministrada diariamente durante diez días. Los síntomas comienzan a descender después de la administración de dos o tres dosis.

Diagnóstico diferencial.—Hay varios escollos a la espera de la imprudencia. La malaria puede ocasionar una hepatitis con ictericia. Esta puede excluirse buscando en la sangre el parásito causante de la enfermedad. Puede diagnosticarse erróneamente colecistitis, por ser el dolor más evidente en la región vesicular. Si el dolor se refiere también a la región ilíaca derecha, hay una simulación de apendicitis. En una región tropical, será un proceder prudente del cirujano ensayar el efecto de la emetina durante unos cuantos días antes de operar alguno de los tipos más fulminantes de apendicitis y colecistitis.

El dolor agudo en el cuadrante inferior derecho del abdomen, cuando aparece en un sujeto que reside en un clima templado, es generalmente debido a apendicitis. En los trópicos, sin embargo, se debe también considerar (además de la hepatitis):

Tiflitis disentérica.
Perforación cecal con absceso local.
Absceso hepático rezumante.

La naturaleza insidiosa de la colitis amebiana permite la existencia de considerables lesiones patológicas sin muchos síntomas. La ulceración del ciego se acompaña frecuentemente por abultamiento considerable del intestino, pero no de síntoma disentérico alguno; al contrario, puede haber estreñimiento. Si entonces, en un caso tal, acusa súbitamente dolor en la fosa ilíaca derecha, se eleva la temperatura y aparecen vómitos, y por la exploración se encuentra un plastrón sensible en la región apendicular, tenemos las condiciones más favorables para hacer un diag-

nóstico erróneo. El cirujano que ejerza en los trópicos no debe precipitarse a operar tumoraciones dolorosas de la fosa ilíaca derecha. La busca de amebas en las heces y la tentativa de tratamiento por la emetina durante dos o tres días, son procederes preliminares útiles, y, a veces, necesarios, pues la operación en casos de tiflitis amebiana tiene peligros.

La perforación del ciego puede hacerse insidiosamente y las adherencias pueden limitar la infección a la fosa ilíaca. Tales casos, aparte de la historia, son siempre indistinguibles de los abscesos apendiculares.

Como el absceso local necesitará abrirse siempre, el desconocimiento de la causa no tiene gran importancia, salvo que habrá curación más rápida cuando en los casos de disentería amebiana se administre simultáneamente emetina.

La simulación de apendicitis por un absceso hepático rezumante es un acontecimiento raro, pero he podido observarlo en una ocasión.

El **dolor abdominal generalizado** puede producirse en los trópicos por las causas corrientes descritas en los diferentes capítulos de este libro, pero además han de tenerse en cuenta:

Ruptura de un absceso de hígado en la cavidad general del peritoneo.
Ruptura de una úlcera disentérica.
Ruptura de una úlcera tífica.
Cólera seco.
Ruptura esplénica.

La **ruptura de un absceso de hígado** en la cavidad general del peritoneo no es frecuente, pero aparece lo bastante para que se le considere como una causa posible de abdomen agudo. Dará todos los síntomas de peritonitis difusa y, a menos que el paciente supiera que padece enfer-

medades recientes del hígado, es improbable que se haga un correcto diagnóstico antes de abrir el abdomen.

Ruptura de una úlcera disentérica en la cavidad peritoneal.—Los sitios donde se hace más frecuentemente la perforación son el ciego y el sigmoides. La consideración de los grados de agudeza de la ulceración amebiana aclarará en parte la diferencia de los síntomas que pueden aparecer después de la perforación. En el tipo de inflamación aguda en el que las masas de membrana mucosa se echan como despojos gangrenosos, hay ligera reacción de la pared intestinal y la ulceración puede penetrar a través del revestimiento peritoneal antes de que haya habido tiempo para que se formen adherencias protectoras. En tales casos, cuando el intestino cede, la cavidad peritoneal puede ser invadida súbitamente por materia fecal y la peritonitis generalizada aparece rápidamente.

Si, no obstante, la úlcera es subaguda y la pared del colon permite tan sólo una erosión gradual, puede haber tiempo para que el omento o el intestino se adhieran al peritoneo que recubre la base de la úlcera. Las adherencias pueden de ese modo prevenir la ruptura o pueden rodear la zona enferma, así que cuando se hace la ruptura lo que se escapa del interior del intestino cae dentro de un espacio limitado. Entonces resulta un absceso localizado.

Hay un tipo intermedio de lesión en el que puede no ocurrir perforación; pero pueden pasar los gérmenes a través de la base de la úlcera, que está adelgazada, e ir a la cavidad peritoneal, aunque no haya un escape amplio del contenido intestinal, y la base de la úlcera perforante es muy pronto cerrada por adherencias.

Los **síntomas** producidos por la perforación en un caso de disentería variarán en gravedad según el tipo patológico.

a) Si se presenta la invasión fecal de la cavidad general del peritoneo, los síntomas que indican la catástrofe serán un comienzo o aumento de dolor abdominal, vómitos, colapso, aceleración del pulso, distensión y rigidez de la pa-

red abdominal. En los pacientes agotados por la enfermedad disentérica y en los que el dolor abdominal y la distensión han sido muy considerables, la rigidez puede no constituir un hecho muy marcado y la exacerbación de los síntomas puede no distinguirse fácilmente del colapso de una toxemia grave.

b) Si el rezumamiento es gradual y hay adherencias, se desarrollarán los signos de absceso local.

c) En el tipo intermedio los síntomas serán los de la peritonitis subaguda.

La **ruptura de una úlcera tífica** puede ocurrir en algunos casos de fiebre tifoidea ambulatoria; así que una persona que se considera con perfecta salud hasta entonces, puede ser atacada por síntomas de peritonitis de origen reciente. Los síntomas, al principio, serán más evidentes en la parte inferior del abdomen, puesto que de ordinario la perforación tiene lugar en el íleon. A menos que hubiera una historia sugestiva del comienzo de fiebre tifoidea, es improbable que la enfermedad pueda diferenciarse de apendicitis con peritonitis pélvica.

Ruptura del bazo.—En las regiones tropicales y subtropicales, donde la malaria es endémica, hay mucha gente que tiene el bazo grande. Traumas ligeros pueden, en ocasiones, causar ruptura de uno de esos bazos aumentados de volumen; muy rara vez hay ruptura espontánea.

Los síntomas serán los de colapso y los signos los de hemorragia interna. La única esperanza de cura estará en la operación para extirpar el bazo.

Cólera sicca.—Hay algunos casos de cólera en los que el enfermo es atacado de dolores abdominales violentos y presenta síntomas de toxemia muy grave que pueden causar la muerte antes que las heces se hagan diarreicas y características Una enfermedad aguda de este tipo podía simular otras formas de abdomen agudo; pero la falta de rigidez abdominal y la gravedad de la toxemia pondrán en guardia, y la prevalencia de cólera hará sospechar

la verdadera causa. Por otra parte, en el cólera seco no hay recuperación del colapso inicial. Si el paciente vive tiempo suficiente aparecerán las heces características que confirman el diagnóstico.

Ataques coleriformes.—En las estaciones muy calurosas y en los sitios donde aparecen ataques coleriformes, es bueno recordar que el estadio inicial de algunos de éstos puede mostrar síntomas gastro-intestinales. Es muy raro, sin embargo, que puedan tomarse erróneamente esos síntomas por una enfermedad abdominal aguda, pues hay otros — piel seca, hiperpiresia, obnubilación mental, etc. que servirán de guía correcta.

CAPITULO XVII

ENFERMEDAD ABDOMINAL AGUDA CON SINTOMAS GENITO-URINARIOS

La enfermedad abdominal aguda con síntomas génito-urinarios puede deberse a enfermedad primaria de los órganos génito-urinarios o a irritación secundaria de esos órganos consecutiva a enfermedades de otra víscera. Los síntomas que principalmente pueden llamar la atención son:

1. Tumoración dolorosa en el sitio del riñón.
2. Cólico renal.
3. Trastornos de micción: dolor, frecuencia, retención.
4. Anormalidades en la orina: hematuria, albuminuria.
5. Dolor en el testículo o a lo largo del cordón espermático.
6. Sensibilidad en el ángulo erector-costal derecho.

1. **Una pionefrosis o una hidronefrosis** pueden dar lugar a síntomas agudos. En ambos casos se encontrará una tumoración redondeada, sensible, en los lomos. El tumor se apreciará llenando la región lumbar posterior. El colon puede apreciarse por delante y por dentro de la tumoración; pero si el lomo está bien lleno por aquélla, basta para diagnosticar tumoración renal. Tanto en la pionefrosis

como en la hidronefrosis, habrá historia de trastornos urinarios previos. Hay tendencia a que se presenten ataques de dolor en hidronefrosis recurrente, que pueden acompañarse de síntomas gastro-intestinales (flatulencia y vómitos). No obstante, si se ve la tumoración durante un ataque, es característica. En una pionefrosis hay generalmente los síntomas de absorción tóxica: fiebre, lengua recubierta y aspecto toxémico. Con una hidronefrosis, los síntomas son menos graves.

La enfermedad poliquística de los riñones puede dar lugar a uremia con vómitos y distensión abdominal. Podía tomarse esto por obstrucción intestinal, pero la presencia de tumores en ambos lomos hará sospechar la enfermedad, y la aparición de albuminuria y de alta tensión sanguínea darán casi la certeza diagnóstica.

2. Dolor del tipo de **cólico renal** puede producirse por:

Cálculo en la pelvis del riñón.
Cálculo en el uréter.
Coágulo sanguíneo o restos uráticos en el uréter.
Crisis de Dietl.
Apendicitis.

En el cólico renal el dolor está en el lomo y frecuentemente se irradia al testículo correspondiente. Puede deberse al paso de alguna cosa sólida o semi-sólida a través del uréter o a un súbito enmarañamiento del uréter a causa de riñón movible (crisis de Dietl). Generalmente no hay dificultad en el diagnóstico; pero, en ocasiones, la apendicitis puede causar dolor de naturaleza similar. Mas en la apendicitis lo suficientemente intensa para causar la simulación de cólico renal, habrá, de ordinario, rigidez muscular persistente que no se encuentra generalmente en el cólico renal.

3. **Dolor a la micción o frecuencia de la misma** se encuentra en casi todos los casos de pielitis y en muchos casos de cólico renal; pero también se aprecian a menudo en

apendicitis y en otras causas de peritonitis pélvica. El examen de la orina comprobará o no la pielitis.

En la apendicitis, el dolor a la micción o la frecuencia de la misma puede deberse a irritación de la pelvis renal, uréter o vejiga por el apéndice inflamado o por la peritonitis contigua. Cuando este síntoma se acompaña de sensibilidad pélvica, o se aprecia por el recto un plastrón sensible, o es positiva la prueba del obturador, se encontrará generalmente el apéndice en la pelvis, irritando la vejiga. Cuando no se acompaña de los demás signos, el apéndice está generalmente cerca del riñón o del reborde pelviano.

En el hematocele pélvico ocasionado por la ruptura de una gestación ectópica, hay frecuentemente síntomas urinarios. A veces hay retención de orina, otras ligero dolor o frecuencia en la micción. En una mujer muy anémica con dolor abdominal y síntomas urinarios, está bien pensar en gestación ectópica.

4. La **hematuria** sigue con frecuencia al cólico renal y puede permitir en acasiones fijar el origen de un dolor renal que no era enteramente típico.

La **albuminuria** es un síntoma sumamente importante, pues síntomas urémicos pueden muy bien simular la obstrucción intestinal, y simplemente por el descubrimiento de la albuminuria podemos ponernos sobre la verdadera pista. Muchos enfermos de nefritis se alojan en los departamentos para enfermos del abdomen por olvidarse del análisis de la orina. Se encuentra albuminuria tóxica en muchos estados sépticos del abdomen; pero no es difícil, de ordinario, juzgar cuándo la texemia es capaz de producir aquel síntoma.

5. El **dolor en el testículo** se siente en cólico renal y en unos pocos casos de apendicitis. En éstos puede deberse a irritación de las ramas del simpático que acompañan a la arteria espermática.

La torsión del testículo incompletamente descendido, puede producir dolor intenso en la región inguinal. Aparecen vómitos y el shock puede ser grave. El dolor tiene el

conocido carácter de dolor testicular. La falta del testículo del escroto del mismo lado se apreciará y el diagnóstico se hará fácilmente.

La trombosis o flebitis supuratoria de las venas del cordón espermático produce dolor en la región inguinal y a veces en la región ilíaca del abdomen. Pero la zona dolorosa y tumefacta se extiende por el lado derecho hacia el testículo, que aumenta de volumen y se hace doloroso.

El dolor abdominal puede producirse por la distensión aguda de la vejiga, pero en tales casos habrá retención de orina o incontinencia por desbordamiento. En ocasiones se nota retracción del testículo en casos de apendicitis. Se debe a la contracción refleja del músculo cremáster.

6. La sensibilidad a la presión en el ángulo erecto-costal derecho (sitio usual para descubrir la sensibilidad del riñón de ese lado) se aprecia en muchos casos de apendicitis, especialmente cuando el apéndice está en posición retrocecal.

Pueden producirse síntomas renales por alguna lesión retroperitoneal en la región de la pelvis renal; así, una úlcera duodenal rezumante posteriormente o una perforación retroperitoneal del colédoco, pueden ocasionar frecuencia de micción o también pequeña hematuria.

CAPITULO XVIII

EL DIAGNOSTICO DE PERITONITIS AGUDA

Aparte de la hemorragia, la causa de muerte en casi todos los casos fatales de abdomen agudo es, o la peritonitis, o la obstrucción aguda paralítica o mecánica de los intestinos. La peritonitis extensa o generalizada con toxemia consecutiva y shock secundario, es la causa más común de muerte. Casi todos estos casos, a menos que el paciente esté moribundo, exigen la abertura del abdomen a fin de drenar, y es a veces imposible determinar la causa actual de la peritonitis, bien antes de la operación, bien durante su ejecución si el estado del paciente impide una manipulación prolongada.

Los organismos infectantes pueden llegar al peritoneo:

1. A través de una herida de la pared abdominal.
2. Por la corriente sanguínea.
3. Desde las vísceras contenidas en el abdomen.
4. Rara vez a través del diafragma o por extensión linfática a partir del muslo.

El único organismo de origen sanguíneo que tiene importancia es el neumococo, que puede ocasionar la llamada peritonitis primaria grave.

Pueden llegar organismos al peritoneo desde las vísceras contenidas en él, o por a), ruptura de una ellas, o b), por escape a través de su pared enferma. En la mujer hay que añadir otra senda de infección: la trompa de Falopio. Frecuentemente un absceso local puede formarse extra o intraperitonealmente próximo a la víscera, y más tarde, tal absceso puede reventar dentro de la cavidad genaral del peritoneo.

Las causas comunes de peritonitis generalizada son las enfermedades ya descritas en los capítulos anteriores, y comprenden: enfermedad o ruptura de las vísceras huecas y abscesos rotos de las vísceras sólidas.

Perforación del apéndice vermiforme.
Perforación de úlcera gástrica o duodenal.
Perforación de úlceras tíficas o tuberculosas del intestino delgado.
Perforación de úlceras disentérica o estercorácea o de un divertículo del colon.
Perforación de la vesícula o de los conductos biliares.
Gangrena de alguna porción estrangulada del intestino, o intususcepción, o vólvulo.
Infección que se extiende a partir de un piosalpinx.
Infección que se extiende a partir de un útero infectado.
Infección que se extiende a partir de una pionefrosis.
Ruptura de un absceso hepático o esplénico.

Estas causas que acaban de señalarse son las más frecuentes de peritonitis generalizada. Los síntomas de peritonitis varían mucho según la parte y extensión del peritoneo atacado, la naturaleza del agente infectivo y la agudeza del comienzo. Se obtendrá ayuda para el diagnóstico considerando agrupados, de un modo tosco, los síntomas en dos clases: reflejos y tóxicos.

Tóxicos.	Dolor. Vómitos. Expresión ansiosa de la cara. Rigidez de los músculos abdominales. Hisperestesia superficial. Colapso. Alteración de la temperatura.
Reflejos	Distensión. Peresia intestinal. Toxemia general .

La importancia en reconocer estos dos grupos de síntomas está en el hecho de que los síntomas reflejos son más precoces en comienzo cuando la afectada es una parte de peritoneo demostrativa, pero pueden estar considerablemente retardados cuando es una parte no demostrativa la que está afectada. La división del peritoneo en esas dos partes está basada sobre una relativamente libre o limitada inervación cerebro-espinal. Las partes anterior y laterales del abdomen están forradas por peritoneo inervado por nervios somáticos que conducen animados reflejos. Las porciones pelviana y media de la pared abdominal posterior tienen una inervación cerebro-espinal limitada y, en consecuencia, la irritación de estas partes causa síntomas reflejos mínimos.

Los síntomas tóxicos son casi siempre de comienzo tardío. Hay una verdadera relación inversa entre los dos grupos, puesto que la toxemia grave disminuye la sensibilidad del arco reflejo. De donde se desprende que cuando la primeramente afectada ha sido una parte no demostrativa del peritoneo, los síntomas reflejos pueden ser mínimos desde el principio hasta el fin, pues apareciendo la toxemia disminuyen los reflejos de la parte demostrativa según ésta va siendo progresivamente afectada. A menos que se tenga en cuenta este hecho, es fácil pasar por alto

una peritonitis pélvica o central hasta que la infección haya avanzado y adquirido una extensión considerable.

Se notará que dos síntomas—colapso y alteración de la temperatura—están incluídos en ambos grupos. El colapso por el que nosotros pensamos en una clara y rápida despreciación de la circulación y del metabolismo, puede verse o precozmente o tardíamente en el curso de la peritonitis. En los estadios precoces es un síntoma reflejo mientras que más tarde, en el curso de la enfermedad es el resultado de toxinas absorbidas. El reflejo precoz es, por lo general, rápidamente pasajero, aunque, en ocasiones, el colapso tóxico aparece claramente a continuación del colapso reflejo.

El colapso precoz falta en aquellos casos que tienen un comienzo insidioso y probablemente es menor cuando el área silenciosa del peritoneo es la primeramente atacada.

La alteración de la temperatura es frecuente en la peritonitis, pero no es lo suficientemente constante o regular para que se la considere de mucha ayuda en el diagnóstico. El colapso precoz se acompaña de temperatura subnormal, mientras que el estadio grave de la enfermedad está indicado generalmente por fiebre de tipo irregular. En los estadios tardíos de la peritonitis, la temperatura puede ser normal, subnormal o ligeramente elevada.

Los síntomas reflejos precoces en la peritonitis pueden, en ausencia del colapso inicial, ser extremadamente equívocos. Hay más probabilidades de que sean claros en las personas jóvenes cuyos arcos reflejos son más sensitivos y, recíprocamente, pueden ser insignificantes en pacientes viejos y debilitados.

El dolor es el síntoma más constante. Puede estar confinado en el área de inflamación o referirse generalizado al abdomen. Del mismo modo que se extiende la peritonitis, se extiende también el área dolorosa, aunque el dolor máximo se siente casi siempre en el foco inicial. La sensibilidad sobre algunos de los focos de inflamación perito-

neal es un hecho constante. Aun cuando falte la rigidez, generalmente se siente dolor a la presión sobre el sitio afectado. Sólo he visto faltar esta sensibilidad en dos o tres ocasiones: una o dos veces como resultado de extrema toxemia y embotamiento del sensorio, y otra como resultado de una extremada rigidez muscular que aparentemente impedía la transmisión de la presión que se aplicaba al área inflamada subyacente.

Los vómitos son frecuentes al comienzo de la peritonitis, pero son generalmente infrecuentes en los casos tardíos. Los vómitos más tardíos tienen, de ordinario, carácter obstructivo.

El cambio de aspecto facial, aunque una guía para el experimentado, es una de las cosas que no puede explicarse satisfactoriamente por medio de palabras. La palidez de la cara en el colapso inicial, indicará que alguna cosa grave ha acontecido; pero el colapso no es de ningún modo constante. En algún caso, la reacción del colapso inicial es tan rápida y completa que el aspecto facial cambia y permanece casi normal a la vez. Pero hay generalmente un indefinible, si bien perfectamente claro, aspecto de la cara en muchas personas que pueden presentar por otro lado un cuadro dudoso de peritonitis. La facies hipocrática que se presenta en peritonitis tardías, es simplemente la de colapso extremo.

La rigidez muscular es un acompañamiento frecuente de los estadios precoces de peritonitis, **pero solamente cuando la parte afectada del peritoneo está en el área demostrativa.** Se ve mejor en la perforación de una úlcera gástrica o duodenal, por ser irritada entonces una gran parte de la zona demostrativa del peritoneo. Falta generalmente, o sólo se manifiesta muy ligeramente, cuando la peritonitis está limitada a la pelvis. En aquellos casos en que la rigidez se presenta en los estadios precoces, los músculos se relajan a medida que progresa la peritonitis y en el cuadro final casi falta. La rigidez falta, o se aprecia difícilmente, en los sujetos gordos con músculos dé-

biles y en los enfermos viejos y débiles. La rigidez puede ser poco marcada en algunos casos de peritonitis neumocócica y en alguna de las infecciones que avanzan lentamente, tales como la de bacilo coli y la de estreptococos.

La hiperestesia cutánea se ve frecuentemente en el área subumbilical del abdomen, en la región inervada por el décimo, undécimo y duodécimo pares torácicos. Se ve con más frecuencia en el lado derecho. Comúnmente está limitada a una estrecha banda por encima de cada ligamento de Poupart.

Los **síntomas tóxicos de peritonitis** son de aparición más tardía e indican un período grave de la enfermedad. Como la infección abarca los diversos trozos de intestino, éste puede paralizarse y distenderse mientras se estanca el contenido intestinal y va aumentando la obstrucción. En este estadio, es un hecho frecuente la aparición de vómitos obstructivos, y al mismo tiempo se apreciará el pulso rápido y pequeño, que se describe comúnmente como indicador de la peritonitis. Este pulso se aprecia en los períodos **más tardíos** de la peritonitis y no en los estadios precoces, cuando el diagnóstico tiene tanta importancia.

Diagnóstico diferencial.—No es difícil diagnosticar un caso flagrante de peritonitis, pues el dolor, vómitos, sensibilidad localizada y rigidez muscular, junto con la fiebre, indican suficientemente la enfermedad; pero hay probabilidad de cometer errores, bien porque los síntomas sean poco marcados o porque sean atípicos. Los síntomas primeros son ligeros y engañosos cuando la parte primeramente afectada está en la pelvis o en alguna otra zona del abdomen relativamente silenciosa; son con frecuencia atípicos en enfermos viejos, débiles o muy gordos. En los estadios tardíos de la peritonitis es frecuentemente imposible diferenciar ésta de la obstrucción intestinal, que es siempre una consecuencia tardía de la peritonitis. Remarcaremos una vez más que el estado del pulso no es una guía verdadera en el diagnóstico precoz de la peritonitis.

Las condiciones que pueden simular peritonitis son:

Pleuroneumonía.
Cólicos.
Obstrucción intestinal.
Hemorragia interna.
Algunas enfermedades nerviosas, como tabes, histeria, etc.

Los puntos para la diferenciación se encontrarán enumerados en otras partes de este libro.

PERITONITIS PRIMARIA NEUMOCOCICA

Se entiende por peritonitis neumocócica primaria, aquella forma de infección por el neumococo en la que los síntomas peritoneales son los hechos más salientes de la enfermedad. Es muy razonable suponer que la lesión peritoneal es casi siempre secundaria a otros focos existentes en el cuerpo, pero cuando éstos son latentes o de poca importancia se acostumbra a emplear el término escrito más arriba.

La infección sanguínea sin ningún foco de origen demostrable debe ocurrir, pero más frecuentemente la infección se extiende desde la trompa de Falopio o posiblemente desde el intestino. La enfermedad es mucho más frecuente en las mujeres por debajo de los diez años.

Los síntomas varían considerablemente. Hay los de peritonitis de diverso grado de intensidad. Se pueden describir de antemano tres períodos de la enfermedad: el estadio de comienzo, uno intermedio y otro residual (Waugh).

El período de comienzo se presenta bruscamente con dolor abdominal, con vómitos y fiebre que puede llegar a 40 ó 40,5° C. En algunas ocasiones aparece diarrea. Frecuentemente hay síntomas tóxicos no proporcionales a los hallazgos locales, y puede notarse delirio.

El dolor abdominal puede ser difuso, pero de ordinario es más manifiesto en el hipogastrio. La pared abdominal puede estar rígida, pero más a menudo está blanda y puede haber, sin embargo, ligera sensibilidad local.

En los casos muy graves, que son siempre a la vez septicémicos, la muerte puede ocurrir en dos o tres días.

El **estadio intermedio** corresponde a la formación de pus dentro de la cavidad abdominal. Los síntomas tóxicos disminuyen, pero persiste fiebre irregular y hay tumescencia gradual del abdomen (Waugh). Se observará leucocitosis. El dolor abdominal en este período es muy ligero y la fiebre continúa y el abdomen hinchado y doloroso pueden dar lugar a que se sospeche la tuberculosis.

El **estadio residual** corresponde a la manifiesta localización del pus y a la ausencia de los síntomas agudos, a excepción de la fiebre de tipo irregular. El pus puede estar en la pelvis o en la parte central del abdomen o también en la región subfrénica.

El **diagnóstico** en el primer estadio hay que hacerlo con apendicitis aguda. Esto a veces es muy difícil, pero si la fiebre inicial es alta, si además los signos abdominales son indefinidos y, especialmente, si hay delirio ligero y algún trastorno diarreico, se sospechará peritonitis neumocócica. La enfermedad se presenta principalmente en muchachas jóvenes y puede obtenerse cierta ayuda diagnóstica buscando los neumococos en la secreción vaginal, puesto que Fraser ha demostrado que la trompa de Falopio es el camino que sigue más comúnmente la infección. Si hay alguna duda seria, es prudente recomendar la exploración, puesto que hay más perjuicio en permitir que se perfore un apéndice séptico, que en explorar una peritonitis neumocócica primitiva.

En el estadio intermedio la fiebre continúa, la hinchazón del abdomen y la ausencia relativa de dolor y sensibilidad abdominal pueden dar lugar a que se sospeche peritonitis tuberculosa o también fiebre tifoidea. La historia

del comienzo, la palpación de ganglios infartados o de masas en el abdomen, o el resultado positivo de alguna de las pruebas empleadas para reconocer la tuberculosis, pueden ayudar a diagnosticar esta enfermedad; mientras que la falta de leucocitosis, el aumento de volumen del bazo y la prueba positiva de la aglutinación irán a favor de fiebre tifoidea.

En el tercer período o período residual, se descubrirá una manifiesta tumoración en alguna parte del abdomen; esto es, un absceso residual, y puede estar en la pelvis o en la parte alta o media del vientre. El diagnóstico en este estadio se hará con las demás causas de absceso y de tumoración abdominal. La historia de las enfermedades previas será de la mayor importancia para decidir el diagnóstico.

Ya se ha dicho más arriba que la peritonitis neumocócica puede no dar rigidez muscular, que es lo más corriente en las demás formas de peritonitis aguda. Yo he visto la combinación de dolor abdominal, vómitos y abdomen laxo ser fundamento para el diagnóstico de obstrucción intestinal aguda.

Si hay a la vez pleuritis o pericarditis, los síntomas de peritonitis pueden estar completamente oscurecidos. En los estadios precoces de una poliserositis neumocócica, es, a menudo, muy difícil determinar el diagnóstico exacto; pero si hay signos claros pulmonares, no se aconsejará abrir el abdomen en tanto no haya fundamentos suficientes para sospechar la presencia de pus. Si la enfermedad torácica se trató con éxito, pero el paciente no progresa, se examinará cuidadosamente el abdomen, pues la falta de rigidez y el relativamente ligero dolor pueden permitir una colección considerable de pus sin que llame la atención. Waugh la llama sobre la significativa tumescencia del abdomen en aquellos casos.

CAPITULO XIX

ENFERMEDADES QUE PUEDEN SIMULAR EL ABDOMEN AGUDO

Hay ciertas enfermedades en las que, o no es necesaria la operación, o está positivamente contraindicada, y que, sin embargo, pueden producir síntomas sugeridores de enfermedades en las que la operación es el mejor tratamiento. En algunos casos los síntomas se manifiestan como de enfermedades de dentro del abdomen, en otros el dolor se refiere al abdomen procediendo de otra parte del cuerpo, por ejemplo, del tórax o de lo espina dorsal.

ENFERMEDADES GENERALES

No es infrecuente que se presenten dolor abdominal y vómitos al comienzo de las fiebres específicas o al comienzo de la gripe; pero entonces los síntomas generales preponderán sobre las manifestaciones locales. Se presentará fiebre al principio y el malestar general es mayor, localmente no se encontrará sensibilidad ni rigidez que pueda sugerir inflamación intraabdominal, y es por esta discrepancia por la que podrá guiarse el observador.

Durante una epidemia de gripe, es más fácil confundir una enfermedad abdominal aguda con una simple gripe con síntomas gástricos: error grave.

La fiebre tifoidea se acompaña a veces de dolor abdo-

minal y sensibilidad local, especialmente en la fosa ilíaca derecha (véase capítulo V).

En los países tropicales, la malaria ocasiona con frecuencia intenso dolor abdominal, pero la fiebre y la exploración de la sangre harán fácilmente posible el diagnóstico.

La **peritonitis tuberculosa** puede causar dolores abdominales vagos, distensión del vientre y presencia de líquido libre en él. Estos síntomas en ocasiones pueden llevar a la opinión de que existe cierta enfermedad adbominal aguda. La aparición gradual de los síntomas, la tumidez del abdomen, la falta de rigidez y sensibilidad y la presencia de tubérculos en otros sitios del cuerpo, pueden bastar para llevar al diagnóstico correcto.

Debe recordarse, sin embargo, que la obstrucción intestinal y la peritonitis perforativa aparecen a veces en el curso de la peritonitis tuberculosa, exigiendo entonces tratamiento operatorio. A veces, cuando la región íleocecal está muy extensamente comprendida en el proceso tuberculoso, el intestino puede adherirse en la fosa ilíaca y simular así una apendicitis. Puede también haber hiperestesia superficial, pero en la peritonitis tuberculosa aguda es más extensa que en la apendicitis, llegando en ocasiones muy por encima del ombligo.

Alimentos venenosos pueden dar lugar a dolor abdominal, vómitos y colapsos. Hay aquí un grave peligro. Muchos pacientes que sufren una ruptura del estómago o del apéndice, atribuirán el trastorno a la ingestión de determinados alimentos. Se puede por eso confundir una enfermedad que necesita intervención quirúrgica, del mismo modo que puede considerarse necesaria una operación cuando no hay necesidad de ella. Con alimentos (o ptomainas) venenosos, los síntomas siguen generalmente de un modo claro a la ingestión de cierta substancia sospechosa de estar averiada. Con frecuencia son atacadas varias personas. En algunos casos, aunque los síntomas generales son similares, el estado abdominal local es distinto del de peritonitis

(no hay rigidez) o del de obstrucción grave (ausencia de vómitos fecaloideos), y en general no habrá dificultad en el diagnóstico si se pone cuidado en atender el caso.

ENFERMEDADES SANGUINEAS

La única enfermedad de la sangre que yo he visto simular una aguda del abdomen ha sido la leucemia esplenomedular. El enfermo tenía una historia de indigestión prolongada, había sufrido recientemente de fiebre irregular y con el aspecto anémico presentaba también sensibilidad, rigidez y macidez en el hipocondrio izquierdo, de modo que la simulación de un absceso subfrénico debido a una úlcera rezumante era bastante perfecta. El recuento leucocitario daba, sin embargo, 240.000 glóbulos blancos por milímetro cúbico, y fué reconocida la verdadera enfermedad. La reacción local aguda se debía a la tensión y amenaza de ruptura del bazo, que tuvo lugar poco después.

ENFERMEDADES TORACICAS

Pleuresía o pleuroneumonía.—Cualquiera de estas enfermedades puede causar dolor y rigidez abdominal y puede acompañarse de vómitos. En algunos casos es sumamente fácil hacer la distinción por los signos que se presentan en el pecho; pero en los niños, en los que a menudo los signos torácicos son de aparición tardía, y en algunos casos de pleuresía diafragmática en los que se encuentran pocos síntomas, el diagnóstico es extremadamente difícil. Yo he tratado este asunto más ampliamente en otro lugar, pero se encontrará más abajo un resumen de los puntos diferenciales más importantes.

Si el dolor es unilateral y de origen abdominal, la presión sobre el lado opuesto del abdomen contra la parte afectada producirá dolor, mientras que si éste procede del tórax, no se provocará con aquella presión.

Las enfermedades cardíacas agudas pueden causar síntomas referibles al abdomen. El dolor epigástrico y la dolorosidad son frecuentes cuando el hígado está congestionado e hinchado; los vómitos no constituyen un síntoma infrecuente en la impotencia cardíaca y el colapso grave puede anunciar un ataque de pericarditis o acompañar a la impotencia cardíaca aguda. Yo he sido llamado en ocasiones para casos de endocarditis, pericarditis y angina de pecho que habían sido considerados como casos de enfermedad abdominal.

Es innecesario decir que en algún caso dudoso debe explorarse cuidadosamente el aparato circulatorio. Es verdaderamente raro que quede duda después de medir la macidez hepática y la cardíaca, auscultar los tonos cardíacos, anotar cuidadosamente el carácter y frecuencia del pulso y observar si hay pulsación venosa.

El único caso en que he visto una duda razonable fué en un hombre de sesenta años, para el que fuí llamado a medianoche por la supuesta perforación de una úlcera gástrica. El enfermo había estado en tratamiento durante doce meses, por úlcera gástrica que le ocasionaba frecuentemente ataques de indigestión. Unas horas antes de yo ser llamado apareció un dolor súbito y colapso. Encontré al enfermo completamente consciente, muy locuaz, pero con una respiración extremadamente corta, anhelante. El pulso no se apreciaba en las muñecas ni en los brazos. El corazón latía 160 veces por minuto y las venas superficiales del cuello eran muy visiblemente pulsátiles. El hígado estaba sensible y aumentado de volumen hasta por debajo de ombligo. El dolor lo sentía en el brazo izquierdo hasta el codo. Diagnostiqué impotencia cardíaca y angina de pecho y rehusé la operación. El paciente murió cinco horas más tarde y la exploración post-mortem de la cavidad abdominal mostró que no había úlcera gástrica ni peritonitis. El tórax no se examinó, pero era evidente que los frecuentes ataques de in-

TABLA COMPARATIVA DE LOS SINTOMAS EN LAS LESIONES ABDOMINALES AGUDAS Y EN LAS LESIONES AGUDAS PLEURALES O NEUMONICAS

ABDOMINAL	PLEURAL O NEUMONICA
Historia previa.	
Indigestión.	Frecuente frío o "escalofrío".
Dolores cólicos.	Exposición a la infección.
Constipación.	
Diarrea.	
Comienzo.	
Agudo sin fiebre (excepto la pielitis).	Agudo, con fiebre al comienzo.
Rigor poco frecuente (excepto pielitis).	Rigor frecuente.
Ordinariamente vómitos.	Los vómitos son menos frecuentes.
A menudo dolor que corre hacia abajo.	Dolor torácico así como abdominal.
EXPLORACION	
Aspecto: Varía desde el normal a la facies abdominal.	Mejillas sonrojadas. Aleteo nasal.
Piel: Fría, viscosa o normal.	La piel puede estar caliente y seca.
Pulso y respiración: No son buena guía.	La relación entre $\frac{P}{R}$ disminuye.
Pared abdominal: Puede estar muy rígida.	Menos frecuentemente rígida.
Dolor frénico del hombro: Frecuente, pero raro debajo de la clavícula.	Frecuente, especialmente debajo de la clavícula.
Hiperestesia de la piel: Frecuente.	Rara y nunca desciende del nivel del ombligo.
Prueba del psoas: A menudo positiva.	Siempre negativa.
Prueba del obturador: A veces (raras), positiva.	Siempre negativa.
Dolor testicular: Se presenta a veces.	No se presenta nunca.
Examen rectal: Puede descubrir sensibilidad o demostrar plastrón.	Negativo.
Examen del pecho: Frecuentemente ligeros roces, en las lesiones abdominales más altas.	Puede haber un frote, o macidez, respiración bronquial, pero a veces nada definido al comienzo de los síntomas.

En casos que siguen siendo dudosos después de una cuidadosa exploración clínica, puede hacerse una pequeña incisión a la derecha del ombligo después de administrar morfina y bajo anestesia local.

digestión habían sido ligeros ataques de angina de pecho. El diagnóstico de impotencia cardíaca no hubiera dado lugar a tantas dudas si no se hubiera diagnosticado úlcera gástrica previamente.

Ordinariamente la impotencia cardíaca no produce rigidez de la pared abdominal aunque la presión sobre el hígado sensible y aumentado de volumen puede descubrir resistencia muscular. Con pericarditis aguda, sin embargo, puede haber verdadera rigidez de la pared abdominal, pero ésta no se acompañará de los demás signos de las enfermedades del abdomen. Con pericarditis también puede haber dolor frénico referido que se siente debajo de la clavícula izquierda. El significativo dolor en el brazo izquierdo en algunas formas de enfermedad cardíaca, puede ayudar al diagnóstico.

ENFERMEDADES DEL RAQUIS O DE LA MEDULA ESPINAL

La **osteomielitis aguda** de las vértebras dorsales o lumbares puede producir dolor y rigidez abdominales; pero habrá mayor sensibilidad a la presión sobre la parte afectada del raquis, que dirigirá la atención hacia el origen del dolor.

En los niños un dolor abdominal agudo (epigástrico o umbilical) puede ser consecutivo al **mal vertebral de Pott.** La falta de signos abdominales llevará naturalmente a la exploración de las vértebras y al descubrimiento de la enfermedad vertebral.

La **tabes dorsal** ocasiona con frecuencia intenso dolor abdominal en forma de **crisis gástricas.** Estas, aunque más frecuentes en los adultos, también aparecen en los niños que padecen de tabes juvenil. Los dolores pueden ser muy intensos y pueden presentarse vómitos irresistibles.

Cuando haya la más ligera duda acerca del diagnóstico, se tendrá como regla el buscar las reacciones pupilares e investigar el estado de los reflejos de las rodillas; así es como no se cometerá el error de aconsejar la aper-

tura del vientre cuando los dolores se deban a tabes dorsal. Debe tenerse en cuenta, no obstante, que puede presentarse un abdomen agudo en un sujeto tabético, y no se dudará en aconsejar la operación si los signos locales son claros.

ENFERMEDADES RENALES

Las enfermedades graves de los riñones pueden producir uremia, que puede acompañarse de vómitos y distensión abdominal. Entonces puede simular perfectamente obstrucción intestinal; esto puede ocurrir en nefritis agudas, en nefritis crónicas o en la enfermedad quística bilateral.

Si en todo caso de obstrucción intestinal se recuerda la posibilidad de uremia, no habrá grandes dificultades diagnósticas considerando los siguientes puntos diferenciales:

Obstrucción intestinal.	**Uremia que simula obstrucción.**
No hay insuficiencia renal.	Puede haber gran sequedad, lengua recubierta y gran sed
No hay albuminuria.	Albuminuria en cantidad variable.
Los vómitos tienden a ser fecaloideos	Los vómitos no son felocaideos.
Si la obstrucción es baja, hay constipación absoluta para aire y heces.	Después de un enema, puede salir aire.
Puede haber historia de ataques de obstrucción subaguda	Puede haber historia de alguna enfermedad médica o quirúrgica de los riñones.
No hay tumoración renal	En la enfermedad quística bilateral de los riñones se encuentra tumoración.
La presión sanguínea puede ser normal.	La presión sanguínea probablemente está elevada.

Es muy raro que se confundan estas dos enfermedades con que se considere simplemente la posibilidad de uremia.

ENFERMEDADES RETROPERITONEALES

Cuando se considera que la mayoría de los síntomas de peritonitis son de carácter reflejo y que las terminaciones nerviosas que constituyen la parte aferente del arco están en su mayoría en el tejido retroperitoneal, no extraña que diversas afecciones del espacio posterior del peritoneo puedan simular perfectamente la peritonitis. Los acúmulos grandes en la cavidad retroperitoneal pueden desplazar el intestino grueso y producir la obstrucción.

Las principales lesiones del espacio retroperitoneal que pueden ocasionar dificultades diagnósticas (aparte de la pancreatitis aguda), son:

Ruptura de un aneurisma de la aorta o de algún gran vaso abdominal.
Un aneurisma aórtico que corroe.
Hemorragia retroperitoneal por lesión del riñón o hemorragia espontánea de un tumor renal.
Extravasación retroperitoneal de bilis.
Extravasación de orina dentro del tejido extraperitoneal por ruptura de la vejiga, uréter o pelvis renal.
Infecciones pélvicas subperitoneales.

En los estadios precoces de muchas de estas lesiones, es extremadamente difícil, si no imposible, diferenciarlas de una lesión intraperitoneal; pero cuando una cantidad suficiente de sangre, orina o líquido inflamatorio se reúne en una parte que pueda explorarse, el diagnóstico puede ponerse de manifiesto más fácilmente mediante el signo que se le ocurrió a Joyce. Consiste este signo, que depende del hecho de ser inmóvil toda colección retroperitoneal, en una precisa línea de demarcación entre una zona mate y fija y la resonante del abdomen; tiene mayor valor en las extravasaciones peri-renales, y en tales casos las líneas limitantes corresponden en posición al colon ascendente o des-

cendente desplazados, mientras que el área mate ocupa el lomo y la parte lateral del abdomen.

Aparte de saber de antemano que existe un aneurisma aórtico, no tenemos dirección diagnóstica en el estadio de colapso precoz consecutivo a rezumamiento retroperitoneal.

La extravasación retroperitoneal de bilis sólo se diagnostica de ordinario cuando se abre el vientre.

Las infecciones subperitoneales pélvicas, si son agudas pueden producir cierta irritación intraperitoneal. Hemos visto síntomas de éstos producidos por la extensión de gangrena gaseosa de la vulva, y Joyce relata un caso en el que a la inyección equivocada de un enema jabonoso en el tejido perirrectal siguieron síntomas abdominales intensos. En tales casos, hay cierta irritación peritoneal cuyo significado exacto sólo puede explicarse por la exploración.

INDICE

Página.

CAPITULO I.—Los principicios de diagnóstico en las enfermedades abdominales agudas 3

CAPITULO II.—Método de diagnóstico: (1) La historia 19

CAPITULO III.—Método de diagnóstico: (II) La exploración del enfermo 31

CAPITULO IV.—Apendicitis 45

CAPITULO V.—Diagnóstico diferencial de la apendicitis 63

CAPITULO VI.—Perforación de una úlcera gástrica o duodenal 81

CAPITULO VII.—Obstrucción intestinal aguda .. 99

CAPITULO VIII.—Intususcepción 111

CAPITULO IX.—Cáncer del intestino grueso. Vólvulo 121

CAPITULO X.—El diagnóstico precoz de hernia estrangulada y obstruída 129

CAPITULO XI.—Síntomas abdominales agudos en el embarazo y en el puerperio 134

CAPITULO XII.—Embarazo ectópico 141

Página.

CAPITULO XIII —Colecistitis y otras causas de dolor agudo en el cuadrante superior derecho del abdomen 152
CAPITULO XIV —Los cólicos 159
CAPITULO XV —El diagnóstico precoz de las lesiones abdominales 166
CAPITULO XVI —El abdomen agudo en los trópicos 174
CAPITULO XVII —Enfermedad abdominal aguda con síntomas génito-urinarios 181
CAPITULO XVIII —El diagnóstico de peritonitis aguda 185
CAPITULO XIX —Enfermedades que pueden simular el abdomen agudo 194
INDICE 203