

Apendicitis Retro-Cecal

Por el doctor AUGUSTO SALAZAR SANCHEZ
(Jefe de Clínica Quirúrgica)

Por definición, se llama apendicitis retro-cecal a la inflamación aguda o crónica del apéndice, cuando está situado en posición retro-cecal, sea que acompañe a un ciego móvil y en consecuencia esté provisto de meso, o bien que con ciego fijo se encuentre sin meso y en posición retro-peritoneal, hallándose entonces en íntima relación con algunas formaciones anatómicas como el tejido conjuntivo peri-renal, el nervio génito-crural derecho, el fémoro cutáneo, el obstruidor y el uréter derecho.

Con la mayor frecuencia y cuando el diagnóstico de apendicitis no se ha comprobado previamente por medio de los rayos X la situación retro-cecal es un hallazgo operatorio, que por no haber sido previsto puede ocasionar dificultades técnicas más o menos grandes y prolongar, a veces por mucho tiempo el acto quirúrgico.

Es importante, conocer la sintomatología de la apendicitis retro-cecal, puesto que es posible confundir esta afección, con otras que están situadas en órganos ajenos al tractus digestivo, como son (Bockus, Duplay), la litiasis renal, la pielitis derecha o los abscesos peri-nefríticos, confusiones éstas que son muy graves porque o bien pueden demorar la intervención quirúrgica, o bien la indican de inmediato cuando está formalmente contraindicada, como ocurre en las dos primeras afecciones mencionadas.

En general, cuando se trata de una inflamación aguda el enfermo acusa un dolor abdominal de localización epigástrica que es pasajero y que luégo se localiza principalmente en la región lumbar derecha, y secundariamente en la fosa ilíaca derecha siendo en ocasiones tan poco fuerte este último dolor que el enfermo se queja tan sólo de "dolor de cintura", después de haber tenido un dolor epigástrico más o menos

molesto; los vómitos no sirven las más de las veces para orientar el diagnóstico hacia la situación retro-cecal del apéndice, porque como vómitos reflejos que son, su intensidad está en relación con la irritación peritoneal que se produzca, y así son abundantísimos y frecuentes cuando el apéndice se halla provisto de meso y perfectamente envuelto por la serosa, al paso que son raros y aun pueden faltar cuando el apéndice se halla esculpido en el ciego y en situación retroperitoneal.

Muy a menudo hay una elevación térmica exagerada que no se ve en la apendicitis aguda y cuya explicación se ha atribuido a la mayor absorción tóxica que se verifica en el tejido celular retroperitoneal, y que es más notoria que en el peritoneo.

La irritación de los órganos vecinos hace que se produzca dolor lumbar que tiene irradiaciones al testículo derecho, pero principalmente al muslo derecho.

Los demás fenómenos tienen lugar más o menos en la misma forma que en las apendicitis comunes, pero se hallan enmascarados por la sintomatología descrita y pueden pasar desapercibidos durante las primeras horas hasta que el cuadro de una perforación apendicular o el de una peritonitis generalizada aclaran tardíamente, desde luego, el diagnóstico.

El examen del enfermo muestra dolor localizado en la región lumbar, rigidez en los músculos de la masa lumbar y, casi siempre por irritación de vecindad, dolor a la palpación en los puntos ureterales posteriores derechos; el examen de la pared abdominal anterior muestra siempre dolor a la palpación en el punto Mac Burney, siendo éste uno de los datos más preciosos en la orientación diagnóstica.

En resumen, el diagnóstico de apendicitis retro-cecal se sospecha con la anamnesis, se ayuda con la palpación, y se confirma únicamente con los rayos X.

Desde el punto de vista del diagnóstico diferencial, hay que tener en cuenta las tres entidades antes mencionadas, es decir, la pielitis derecha, la litiasis renal y el flegmón perinefrítico.

La confusión con la pielitis derecha puede salvarse teniendo en cuenta que en esta entidad predominan los fenómenos urinarios sobre los digestivos y así se encuentran dolorosos no solamente los puntos ureterales posteriores, sino también los anteriores; hay mixiomas frecuentes, muchas veces dolorosas cuando la inflamación es también de la vejiga, orinas escasas y turbias; sudores profusos; casi constantemente cefalea de mucha intensidad; un análisis de orina oportunamente verificado aclara las dudas.

El cólico nefrítico tiene irradiaciones dolorosas que son clásicas; se acompaña de fenómenos urinarios más o menos marcados que en ocasiones llegan hasta la anuria refleja; los antecedentes, los puntos dolorosos posteriores, la ausencia de dolor en el punto de Mac Burney y la poca intensidad de los fenómenos digestivos permiten diagnosticarlo.

El flegmón perinefrítico puede ser la consecuencia de una apendicitis retro-cecal perforada o bien puede tener un origen no digestivo; en el primer caso no importa el error ya que el tratamiento a la vez que confirma el diagnóstico es igual para ambos casos; en el segundo es importante para no establecer erróneamente un drenaje a través de la cavidad peritoneal. En este caso a los signos de supuración que dominan el cuadro clínico la ausencia de fenómenos digestivos o su presencia agregada a los signos abdominales de palpación, indican el posible origen del absceso y la vía por donde debe ser drenado.

Cuando se trata de una apendicitis crónica siempre debe el médico ayudarse con el examen radiológico, aun cuando no sospeche la posición retro-cecal del apéndice, puesto que este examen al mismo tiempo que le afirma o le niega el diagnóstico lo informa acerca de la posición del órgano enfermo.

En lo referente a tratamiento de la apendicitis retro-cecal es bueno anotar que el cirujano debe abordar el órgano enfermo valiéndose de una incisión amplia para aminorar las dificultades operatorias; acostumbro practicar en estos casos la incisión de Jalaguier que aunque tiene el inconveniente de dejar un punto débil en la pared abdominal a través del cual se pueden producir eventraciones, da muy buena luz y facilita en consecuencia el acto quirúrgico.

BIBLIOGRAFIA

Bockus.—“Gastroenterology”. Saunders 1946, Vol. II. Págs. 873,877.

Duplay.—“Diagnóstico Quirúrgico”. Salvat, 1944. Págs. 479, 515, 526.

Graham.—“Year Book of General Surgery”. 1946. Pág. 406.

E. Forgue.—“Patología Externa”. Espasa, 1941. Tomo II, Págs. 857, 859, 864, 571.

L. Ramond.—“Conférences de Clinique Médicale Practique”. Vol. II, Vigot 1946, Págs. 181, 341.