

## EL SINDROME ILEO-GASTRICO (1)

Por *L. R. Braithwaite, Leeds.*

Un síndrome es la suma de signos y síntomas clínicos que concurren juntamente en la determinación de cualquier estado patológico.

En 1932 Gaither en un artículo intitulado "Síndromes abdominales de interés excepcional, sus bases patológicas" se refiere a los síndromes abdominales más interesantes y de más actualidad; porque a medida que realizamos una más estrecha asociación entre la región ileo-cecal, el estómago y el hígado, más rápidamente también nos acercamos a la posición en la cual se clasifica el diagnóstico y tratamiento de tales estados patológicos por medio de la medicina o la cirugía.

Es cierto que durante los últimos 25 años de sus actividades quirúrgicas, Moynihan nunca abrió un abdomen sin observar y confrontar cuidadosamente (casi siempre con su propia mano) el estado del apéndice, el cual siempre quitó sistemáticamente; de un gran número de estas observaciones, él coleccionó material sobre el cual basó su técnica. "La patología del hígado" publicada en 1907 y "Dispepsias de origen apendicular" publicada en 1910.

Estos son estudios cuidadosos hechos en un millar de observaciones, fuera de las muchas más en que sus colegas cirujanos basan su tesis confirmando sus aseveraciones.

Los acontecimientos que se refieren al síndrome ileo-gástrico se dividen en dos partes: 1<sup>a</sup> Aquellos que aparecen en el área gástrica (al cual lo llamaremos el polo superior) produciendo fenómenos en la región ileo-cecal, v. gr., el reflejo gastro-ileal: Lo cual es una consecuencia normal no patológica y un verdadero reflejo nervioso.

2<sup>a</sup> Aquellos que aparecen en la región ileo-cecal (polo inferior) despertando signos y síntomas en el "área gástrica" y probablemente de origen patológico solamente, es el síndrome ileo-gástrico propiamente dicho.

### 1. El reflejo gastro-ileal.

Deduciendo de los escritos de Huxley publicados en el año de 1904, sir William Macewen demostró que el ciego y el apéndice desempeñan funciones conjuntas en la digestión intestinal. Basó la

---

(1) Tomado del Brit. Jour. Surg., 30: 15-22 (julio), 1942.

verdad de sus aseveraciones, en observaciones hechas en hervívoros monogástricos (caballos, canguros, conejos) en los cuales el ciego está ampliamente desarrollado, siendo mucho más amplio que el estómago y abundantemente abastecido con folículos linfáticos de gran tamaño. Sostuvo que "El ciego es en cierto modo el órgano compensador del estómago" retardando la digestión de la celulosa. Cita un caso de un hombre cuya pared anterior cecal había sido resecada a causa de una gran ruptura habiendo puesto así en descubierto la válvula ileo-cecal y el orificio apendicular (válvula de Gerlach). En este paciente hizo observaciones muy cuidadosas las principales de las cuales tuvieron como fin demostrar la existencia del reflejo gastro-ileal. Cuando líquidos o sólidos entran al estómago, el contenido de la última porción del ileon se vierte a través de la válvula ileo-cecal para encontrarse con el exudado del apéndice y del ciego; anota cómo el exudado de éstos, en cierta forma desconocidos, influye sobre el proceso digestivo y cómo enfermedades subagudas o crónicas del apéndice pueden ocasionar disturbios en la digestión.

En tiempos más recientes el diagnóstico del reflejo gastro-ileal se ha beneficiado de los invaluable servicios de los Rayos X por medio de los cuales el estudio de la región ileo-cecal se simplifica extraordinariamente.

Como bien se sabe, descrito ya por Hurst en 1909 y otros, hay un perfecto y natural detenimiento del contenido del ileon a nivel de la válvula ileo-cecal, hecho éste de gran importancia en la digestión intestinal al decir de Hurst. En efecto: al cabo de dos horas después de la ingestión alimenticia, éstos llegan a la válvula ileo-cecal, pero solo después de otras dos horas de espera en esta región entran al ciego; pero, si una nueva comida es ingerida, el contenido antes estacionado, pasa inmediatamente al ciego imposibilitándose nuevas investigaciones a los Rayos X.

En opinión de Harnett y Glastown de Calcuta, el reflejo gastro ileal se encuentra en el 85% de todos los casos observados, Bruce-Maclean considera que un retardo en la llenada del ciego, indica apendicitis crónica. Puede que la opinión generalmente aceptada de la dieta como tratamiento de la apendicitis aguda, estribe en el conocimiento de este reflejo.

### *El Síndrome ileo-gástrico.*

El síndrome ileo-gástrico, que es en cierto modo lo opuesto al reflejo gástrico-ileal, se extiende de abajo hacia arriba dependiendo posiblemente de influencias nerviosas patológicas.

Tenemos que considerar dos extremos en la cadena de transmisión:

(a) 1. Estados patológicos que aparecen en el ángulo ileo-cecal, el foco primario, y (b) 2. La terminación pilórica del estómago, el duodeno, el hígado, y la vesícula biliar, sitios éstos de repercusión final.

En el ángulo ileo-cecal, tres estados patológicos crónicos serán brevemente descritos:

I. Apendicitis crónica. II. Adenitis simple crónica, ileo-cecal y III. Adenitis TBC crónica. Es preciso entender que los signos y síntomas físicos se le pueden asignar a cualquiera de las tres enfermedades que han sido incluídas por estudios hechos en un gran número de observaciones y que han sido confirmados por operaciones consiguientes. Nada se ha dicho de los estados patológicos más grandes como la TBC o enfermedades malignas del tractus ileo-cecal, ni de la enfermedad de Crohns, sin embargo será preciso mencionar la ileitis, puesto que afecta el segmento inferior del ileon, en esta enfermedad se exige la intervención quirúrgica por razón del estado local del intestino y no a consecuencia de síntomas aparecidos en otras partes como veremos más adelante.

1. Apendicitis crónica o dispepsia apendicular. En torno a esta cuestión se suscitó una enérgica polémica en el mundo científico, disputándose cada autor o investigador la originalidad del asunto, auncuando fue Moynihan en el año de 1910 el primero en considerar esta enfermedad en un artículo titulado "Dispepsia apendicular" término hoy casi universalmente aceptado. Moynihana hizo de ella un estudio cuidadoso y la hizo de especial interés para la cirugía y es a él sin lugar a duda a quien le cabe el mayor honor en esta exposición

Ewald, de Berlín asegura haber descrito la dispepsia apendicular en el año de 1899, bajo el título de "apendicitis larvada". Herbert Paterson a su vez junto con el doctor Soltav Fenwick dice haberla descrito en el año de 1910 bajo el título de "Gastralgia apendicular" agregando que los HH. Mayo habían lanzado ideas acerca de este asunto años antes. A su turno Blain Bell en comunicación hecha al British Medical Journal en 1910 reclama su originalidad pues dice haber descrito la patología, sintomatología, diagnóstico y tratamiento de la "indigestión" asociada a la enfermedad de apendicitis crónica, seis años antes.

La aparición del artículo de Moynihan fue seguido de una seria controversia no ya reclamando la originalidad sino rebatiendo las tesis científicas emitidas por su autor; en efecto, Bowbly en artículo aparecido el 5 de febrero de 1910 negaba muchos de los conceptos emitidos por Moynihan y terminaba diciendo que la apendicectomía no beneficia en nada a quienes sufren de dispepsia apendicular. Clifford Allbutt's por la misma época decía: "después de una discriminación cuidadosa de los síntomas y después de haber reu-

nido gran número de observaciones se llegará a la conclusión de que la enfermedad latente del apéndice no puede en personas de baja resistencia determinar reacciones dispépticas y neuróticas. De esta época para acá se han llevado a cabo un gran número de observaciones e investigaciones acerca de esta cuestión y aquí únicamente enumeraremos algunas, describiendo los principales caracteres del diagnóstico.

En la General Infirmary, de la ciudad de Leeds, cerca de 200 casos en un año fueron considerados como apendicitis crónica, pero investigaciones cuidadosas probaron que solo 50 de esos doscientos eran casos de "dispepsia apendicular y por estudios más detenidos y demorados, se pudieron clasificar bajo el mismo mote otros 50, un total pues de 100 casos, quedando 100 por estudiar.

### *Síntomas.*

La enfermedad sobreviene en adultos, jóvenes y en personas mayores de 50 años, algunos autores la consideran como enfermedad familiar. Es igualmente frecuente en ambos sexos; a veces hay antecedentes de apendicitis aguda, pero más frecuente es que no haya pasado apendicular. Muchos de estos enfermos aparentan gozar de perfecta salud, otros son en cambio francos dispépticos. El punto principal de la sintomatología es la variabilidad en la frecuencia y en la calidad del dolor; éste muchas veces no reviste los caracteres de un verdadero dolor sino más bien de un malestar epigástrico, sintiéndose por encima del ombligo o sea el sitio del verdadero dolor espláncico de Morley percibido en la apendicitis aguda y otros estados abdominales, el dolor puede preceder o seguir a la ingestión alimenticia, puede sobrevenir durante el día o raras veces durante la noche, carácter este irregular. Una característica sobresaliente es la flatulencia gástrica semejante a la que se presenta en la colecistitis crónica (la cual por demás puede presentarse evidentemente) de allí que muchas personas refinadas rehusan invitaciones o comidas por temor a la flatulencia. Días, semanas y hasta años pueden pasar estos individuos sin sintomatología ninguna; lo mismo que en la úlcera duodenal las molestias de la apendicitis crónica se acentúan más durante la primavera que en el otoño, ejerciendo el mismo efecto los ejercicios fatigosos y las preocupaciones mentales, a veces pueden aparecer dolores localizados de apendicitis. El tratamiento médico en estos casos es generalmente ineficaz.

La hematemesis es rara, en nuestras observaciones sólo el 4% la han presentado en cambio es bien sabido que la hematemesis sobreviene con frecuencia en las apendicitis agudas. Casi todos los casos tienen un comienzo de "vómito negro" el cual contiene sangre digerida. (Hutchinson opina que 21 de 24 hematemesis fatales

fueron debidas a apendicitis agudas asociadas a peritonitis localizadas y a abscesos apendiculares).

Naturalmente un buen número de síntomas son de poco valor, solamente uno aprecia que sus diferentes variaciones constituyen una fuerte ayuda para el diagnóstico; pero dos métodos de investigación, la Prueba de Rehfus y los Rayos X prestan grandes servicios.

*La Prueba de Rehfus.*—Rehfus y Ryle examinaron la secreción gástrica de cien estudiantes que nunca habían sufrido de fenómenos digestivos y encontraron que el 80% eran perfectamente normales, 10% presentaban hipercloridia constitucion y el 10% restante presentaba hipocloridia o acloridia. En dispepsias apendiculares examinadas por la prueba de Rehfus se encontró en el 50% de los casos examinados gran espasmo pilórico comprobado luego por operación y en los cuales se obtuvo notable mejoría. El espasmo y probablemente la congestión son el resultado de la retención del jugo gástrico ocasionando una hiperacidez moderada, raramente acloridia y una gran disminución de la bilis tres horas después de las comidas, cuando normalmente éste debiera presentarse en gran cantidad.

La regurgitación normal de la bilis nunca ha recibido la atención que se merece aun cuando hoy en día se dispone de sistemas y métodos prácticos para adelantar su estudio, como son la prueba de Rehfus y el gastroscopio, muy posiblemente este abandono sea debido a la gran dificultad de apreciación ya que tanto el tubo del gastroscopio como el tubo de Rehfus pueden modificar notablemente la cantidad, el aspecto y el grado de acidez de la bilis; en todos los casos en que existe un verdadero espasmo pilórico, cualquiera que sea su causa, habrá una gran reducción o una ausencia completa de bilis. Libros modernos de fisiología dicen muy poco o nada acerca de la regurgitación normal de la bilis, de su importancia no existe naturalmente la menor duda ya que ésta desempeña un papel primordial en la digestión y sus variaciones tanto en calidad como en cantidad se demostrará algún día y servirá para llevar grandes luces sobre la causa o la persistencia de la úlcera péptica.

Si la prueba de Rehfus es positiva, significa indicio de espasmo pilórico el cual puede ser producido por una apendicitis crónica, una adenitis T B C ileo-cecal u otro estado patológico en esa zona.

#### Examen a los Rayos X:

a) *Gástrico.* La evidencia de piloroespasmo es sin duda fácil de obtener por este procedimiento pero solo un 40% de casos examinados lo confirman a la operación. Por los Rayos X se comprueba el retardo en la evacuación gástrica con aumento del paristaltismo debida a un piloroespasmo el cual también a veces puede ser

espasmo medio gástrico caso en el cual se presenta una inversión en el peristaltismo según Hurst.

Wilkie describe el aspecto de la radiografías tomadas en las dispepsias apendiculares como: (1) ligera demora en la evacuación gástrica; (2) existencia de un espasmo en la cápsula duodenal, (3) estasis en la terminación del íleon.

b) *Ileocecal*. A los rayos X se puede comprobar una demora para llenar el ciego y el apéndice lo cual es debido a espasmos de la válvula ileocecal, es decir hay un retardo en la transmisión del "reflejo gastro ileal" determinando estasis que se traducen por sensaciones de llenura anormal, lo cual también puede ser debido a existencia de adherencias, acodaduras del intestino, o a presencia de fecalomas o coprolitos.

*Estasis Ileal*: Confirmada por muchos observadores y por algunos considerada como el signo más definitivo de apendicitis crónica, es debida a la existencia de un espasmo en la válvula ileocecal y no a la acodadura ileal de Lane, el espasmo indudablemente causa una demora en la evacuación intestinal y hay casos en que llega a ser permanente.

*Signos Físicos*: Puede haber defensa de la pared; Basteño dice que la renitencia local en la fosa ilíaca derecha después de insuflación del colon es común cuando hay adherencias alrededor del apéndice. El signo de Rosbing que consiste en la aparición de dolor sobre la región apendicular, cuando se ejerce presión en un punto similar de la fosa ilíaca izquierda revela una acumulación de gases en el ciego y puede presentarse el signo de Aaron es decir la irradiación del dolor al ombligo o al epigastrio cuando se presiona el apéndice; estos signos fueron constantes en el 30% de los casos comprobados posteriormente a la operación. Por regla general no hay una renitencia franca en el epigastrio, sólo se presenta cuando hay un ataque agudo evolutivo lo que entonces puede ser debido a pílrooespasmo o a una adenitis subpilórica. Al operar se encuentra muy frecuentemente linfáticos del grupo ileocecal sin que esto sea un signo absoluto porque muchas veces los linfáticos no están enrojecidos ni tampoco contienen gérmenes infecciosos.

En la dispepsia apendicular por lo tanto los signos y síntomas clínicos son epigástricos e ileocecales.

2) *Adenitis Crónica simple Ileocecal*. Todos los cirujanos registran casos de apendicectomías practicadas por una apendicitis aguda o subaguda, pero no comprobada como tales a la operación sino que han encontrado una masa de linfáticos enrojecidos en el ángulo ileocecal; en otras ocasiones han comprobado un aumento del enrojecimiento y una exageración del peristaltismo en la última porción del íleon lo cual es más frecuente en los niños y en los jóvenes que se acercan a la pubertad; estas personas presentan un pasado

con ataques biliosos y algunas veces manifestaciones de acidosis. Muchos de ellos fueron operados en tales circunstancias y todos presentaron un alza de temperatura de 100 a 103 grados Fahrenheit, dolor localizado en la región ileocecal y defensa desde el primer momento, se presentaron vómitos frecuentes y algunas veces exudado libre en la cavidad abdominal, en muchos el ataque apendicular estaba asociado a inflamación de las amígdalas.

*Mi primera observación fue la siguiente:* A. B. muchacho de 14 años, visto por el doctor Walter Longley, fue sorprendido por un dolor repentino localizado en la fosa ilíaca derecha (febrero 2/34) no había vómitos, temperatura vespertina de 103° Fahrenheit el dolor era perfectamente circunscrito pero con irradiación a todo el abdomen, defensa y rigidez bien marcadas en el sitio del dolor, pulso 110, lengua limpia, pasado de muchos ataques similares pero menos graves y a veces asociados a vómitos y manifestaciones de acidosis.

El diagnóstico diferencial absoluto para certificar una apendicitis aguda no se pudo hacer; pero la lengua limpia, el alza de temperatura y la apariencia general del enfermo, determinaron el diagnóstico de una posible apendicitis aguda un poco remota.

Se practicó la laparotomía para-mediana y se encontró un apéndice muy rojo y largo, el cual se extrajo, existían muchos linfáticos enrojecidos en el ángulo ileocecal, uno de ellos fue extraído para examinarlo habiéndose encontrado en franco proceso inflamatorio y que contenía en su interior estreptococo hemolítico; las últimas seis pulgadas del íleon estaban intensamente enrojecidas, no había linfa ni exudado alguno en la cavidad abdominal. El abdomen se cerró sin drenaje y no se volvieron a presentar trastornos ningunos, su postoperatorio normal. El examen anatomopatológico del apéndice demostró sólo congestión del peritoneo y de la porción subperitoneal.

Pero la variedad *crónica* es más frecuente y se presenta en adultos. Estos casos se caracterizan por dos hechos definitivos: un alza de temperatura durante la exacerbación de la enfermedad y una renitencia local.

Los linfáticos están a veces colocados en el mesenterio de la última porción del delgado y a veces en el ángulo ileocecal pero otras se los encuentra ocupando ambas regiones. Ocasionalmente en el acto operatorio se encuentra un espasmo en la porción inferior del íleon, no habiendo entonces duda en el diagnóstico de una ileitis subaguda.

Al examen microscópico los linfáticos muestran los signos frecuentes de inflamación y algunas veces (4 casos) contenían estreptococo hemolítico, lo cual también fué comprobado por Deaver. Al alza de temperatura vespéral y a la renitencia local, se puede agre-

gar como síntoma, el de una indigestión como la que sobreviene en la dispepsia apendicular, pero menos grave que en ésta. La prueba de Rehfus, practicada en seis casos de quince examinados daba un resultado similar al obtenido en la dispepsia apendicular.

Los rayos X en cinco casos de nueve examinados mostraron espasmos intermitentes del píloro con caracteres semejantes a los de la dispepsia apendicular. El examen a los rayos X de la región ileocecal mostraron igualmente ambos espasmos ileal e ileocecal; cuatro casos examinados presentaban manifestaciones de acidosis con dolores abdominales difusos. En ningún caso se hizo un diagnóstico correcto antes de la operación.

Es casi imposible imaginar que la operación en sí misma sea favorable en tales condiciones; lo difícil es diferenciarla de una apendicitis subaguda hecho a veces imposible. En muchas ocasiones la operación está contraindicada si el caso es susceptible de buen tratamiento médico, fallo éste un poco aventurado porque no se puede asegurar sobre la benéfica evolución de la enfermedad ni por la clínica ni por el laboratorio, ya que por los rayos X muy pocos apéndices examinados parecen estar enfermos; si el dolor y la renitencia continúan o se acentúan, la indicación operatoria es esencial. Tales casos en efecto, mejoran rápidamente después de la operación, pero no es que el apéndice sea la causa de la adenitis, existente, la mejoría parece ser debida más bien a restricciones dietéticas, regulación intestinal y a la observancia de los cuidados impuestos después de toda intervención abdominal; hay que hacer la salvedad de que es muy difícil evadir la probabilidad de que estos estados sean debidos totalmente a una infección local del ileon, apéndice o del ciego. Si es ileal, puede ser la resultante de algunas formas de intoxicación general o intestinal y si del ciego, ésta puede ser secundaria a un cierto grado de infección apendicular.

La simple adenitis ileocecal es más común de lo que nos imaginamos y los cirujanos que examinan ésta región en el curso de todas las operaciones abdominales la encontrarán más a menudo de lo que se cree.

Hé aquí un amplísimo campo de investigación, especialmente para dilucidar y sentar bases seguras sobre la posible asociación de una infección crónica en otras regiones especialmente de las amígdalas y faringe.

*Adenitis Crónica Tuberculosa.* Entidad sobre la cual el autor posee una gran experiencia; su descripción apareció en 1926 época en la cual no eran muy evidentes los resultados de la prueba de Rehfus y de los Rayos X en estos casos. El escritor tuvo bajo su propio cuidado durante los últimos 10 años un promedio de 200 casos por año, el Hospital General en la ciudad de Leeds, tuvo un promedio anual de 50. Esta clase de enfermedad es de los adultos

y representa el triunfo de la resistencia orgánica contra los tubérculos y no es por lo tanto sorprendente encontrarla más frecuentemente en la clientela privada que en la hospitalaria.

Los síntomas no son del todo imputables al bacilo de Koch, sino más bien a la masa calcificada formada después de pasado el período inflamatorio, provocándose una irritación local y a menudo una peritonitis localizada con la formación muchas veces de flageolos fibrinosos que unen ganglios igualmente calcificados. Los masajes y los ejercicios violentos son causa de la exacerbación de la enfermedad. En los intervalos de reposo fuera de los signos locales de la irritación pueden encontrarse otros a saber: (1) espasmo de la válvula ileocecal, (2) espasmo localizado del íleon, caso en el cual muy frecuentemente se encuentra un ganglio calcificado a nivel del borde íleo mesentérico, (3) *píloro-espasmo* con aumento del peristaltismo, hipersecreción, hiperacidez y escasez o ausencia de bilis en el estómago.

Los números 1 y 3 de éstos síntomas fueron demostrados a la radiografía lo mismo que a la prueba de Rehfus en el 30% aproximadamente de los 24 casos recientemente examinados. Las radiografías de la región ileocecal muestran generalmente la imagen típica.

Los signos y síntomas locales son como es de esperarse, dolor localizado y renitencia localizada. Es raro encontrar un alza de temperatura, pero si esta se presenta puede indicar o una infección sobreagregada o que el proceso tuberculoso se está exacerbando.

El examen de los linfáticos extraídos ha mostrado bacilos tuberculosos sólo muy raras veces lo mismo que otros agentes infecciosos. Puede por tanto decirse que los signos y síntomas locales son los de un traumatismo.

A veces se encuentra una cadena de ganglios calcificados extendiéndose desde el ángulo ileocecal hasta el gran tronco porta, los cuales muchas veces erróneamente han sido considerados como cálculos de las vías biliares; y su extensión es tal a veces, que las operaciones para extraerlos son incompletas.

Los tres estados que superficialmente he descrito pueden diferenciarse al examen radiológico de la región ileocecal y clasificarse en tres grupos a saber: (1) Dispepsia de origen apendicular: localización definida evidenciada a los Rayos X bajo la forma de espasmos de la válvula ileocecal. (2) Adenitis crónica simple: manifestada por espasmo de la terminación del íleon y de la válvula ileocecal. (3) Adenitis Tuberculosa crónica: ganglios positivos a los Rayos X y espasmo de la terminación del íleon y de válvula ileocecal.

En los tres casos puede haber signos epigástricos de espasmo

pilórico, acompañados de hipersecreción, hiperacidez y escasez o ausencia de bilis en el estómago.

La terminación superior del síndrome en los tres estados se manifiesta al cirujano durante la operación, por los tres estigmas visibles y reales a los cuales Moynihan sólo asoció la dispepsia apendicular y que son: (1) espasmo pilórico, (2) congestión pilórica visible solo en el período de reposo no espasmódico y (3) hipertrofia de un linfático situado en la gran curva del estómago generalmente a una pulgada hacia la izquierda del píloro y frecuentemente oculto por grasa.

*Escribiendo en 1904 Moynihan decía:* "En varias ocasiones durante los últimos años he vigilado el estómago intensa y cuidadosamente durante varios minutos y he visto las ondulaciones sufridas por el órgano como también la relajación progresiva de la contracción espasmódica en sus paredes; rápida y gradualmente el estómago se estrechaba y sus paredes llegaban a ser más duras y empalidecían considerablemente, al cogerlo entre los dedos en el sitio contraído, daba la impresión y la sensación clara como si existiera un tumor duro y sólido, el espasmo puede ser tan acentuado como para impedir el paso del dedo a través del segmento afectado. Lo he visto en el cuerpo del estómago y en el píloro pero nunca en el fundus gástrico. A medida que el espasmo cede el estómago vuelve a adquirir su forma primitiva normal".

Los tres signos enantes enumerados se ven fácilmente si se tiene en cuenta practicar un minucioso estudio radiológico; el diagnóstico de úlcera gástrica o duodenal era en estos casos algo tan definido, como en los casos ciertos de una verdadera úlcera gástrica, para los cuales se acudió al tratamiento quirúrgico no habiéndose en realidad encontrado ulceración alguna.

Fue solo la práctica vastísima y la clara visión de Moynihan quien en estos casos decía: "Aquí hay tres estigmas muy claros que hacen pensar con fundamento en la existencia de una úlcera gástrica, pero lo que en realidad hay es un apéndice enfermo".

Pero los tres estigmas pueden aparecer también en la enfermedad glandular ileocecal, no mencionada por Moynihan quien sólo los describió como pertenecientes o dependientes a dispepsia apendicular.

*Teorías sobre las causas del Síndrome.* De cómo se efectúa el mecanismo del síndrome, esto es, la manera de transmisión del impulso desde la parte inferior a la superior, permanece aun dudoso, pero hasta ahora hay dos teorías:

*La teoría Linfática:* Propuesta por Gingsburg, Descomps y Turnesco, descrita en el A. G. L. de 1923. Recordando las enseñanzas de Lane quien llamaba poderosamente la atención a la alta ineficacia del contenido de la última porción del íleon y comprobando

que una adenitis tuberculosa simple puede en un momento dado exaltarla, recordando también la frecuencia de la alteración del apéndice resultante de la retención de su contenido y no olvidando la posibilidad de infección del ciego; se puede deducir que existe un campo propicio para la infección en el ángulo ileocecal, probablemente el más propicio en todo el abdomen.

*El autor escribe:* "Supongamos que contamos con perfecta salud en cuanto a ganglios y vías linfáticas se refiere; por una u otra razón en un momento dado éstas vienen a trasegar o arrojar a los ganglios del grupo mesentérico un raudal de linfa infectada, resultando necesariamente una linfangitis y una linfadenitis la cual va ascendiendo paulatinamente con un efecto gradualmente menguado hasta alcanzar la última barrera de ganglios linfáticos antes de desembocar en el torrente sanguíneo. Así permanece durante un período que puede ser de meses o aun años, y no es exagerar, decir que la obstrucción crónica de la linfangitis y linfadenitis es más notable cerca del origen infeccioso, ya que ésta se va extendiendo de una manera gradual hasta involucrar toda la corriente linfática.

La resultante de éste transtorno en la corriente linfática sería una obstrucción de las vías principales, momento en el cual se tiene todo listo para que aparezca una corriente linfática aberrante y retrógrada; ahora, la linfa infectada encontrando frustrado su curso normal, busca nuevas vías de escape en todas direcciones, omitiendo o pasando por alto todos los grupos linfáticos, con los cuales, en condiciones normales tomaría contacto para filtrarse en ellos; la linfa corre de un lado a otro hasta alcanzar los linfáticos situados alrededor de la arteria mesentérica superior, los cuales en parte se hallan también obstruidos. Privada de fácil acceso a través de los ganglios lumbares, una parte de la corriente se protege en la cabeza del páncreas y penetra a los ganglios colocados en la concavidad del duodeno y en un proceso de tiempo variable, baña e impregna la pared duodenal misma, escapando finalmente a los linfáticos celíacos por un camino normal o posiblemente aberrante.

Puede haber una pequeña duda, de que bajo condiciones patológicas la linfa infectada corra hacia arriba por el lado derecho del abdomen, enfrente, a través y detrás de la cabeza del páncreas para alcanzar el estómago, el duodeno y la vesícula biliar y muy probablemente el hígado mismo. Los efectos inmediatos de tal recorrido son: adenitis subpilóricas, congestión gástrica y pilórica acompañada de espasmo, aumento del peristaltismo, hipersecreción e hiperacidez del estómago retardado o ausencia del reflujo biliar, erosión de las placas de Peyer, en el estómago y duodeno ocasionando a veces hematemesis acompañadas eventualmente de un úlcera gástrica o duodenal. Un efecto más lejano puede ser muy factible

y es el de una colecistitis crónica con formación de cálculos biliares, y manifestaciones de hepatitis con sus diversos efectos.

*Teoría Nerviosa.* Deaver es de opinión de que la irritación producida en la terminación inferior de la cadena linfática, pasa a la terminación superior a través del simpático.

El impulso o el estímulo partido del apéndice pasa a lo largo de la línea de la arteria ileo-cólica a través del plejo simpático superior y despierta un franco "dolor epigástrico" aumentando el peristaltismo y el espasmo pilórico. Moynihan cita a W. B. Cannon y F. T. Murphy, quienes en un interesante artículo describieron una serie de experimentos hechos sobre gatos.

En el gato ordinariamente, los alimentos comienzan a dejar el estómago a los 10 minutos después de la ingestión, como se demuestra fácilmente al examen radioscópico después de haber dado una comida opaca compuesta de bismuto y papas.

Después de una operación intestinal importante, enteroanastomosis término-terminal, por ejemplo, los alimentos comienzan a dejar el estómago solo después de cinco o seis horas. El retardo no es debido ni al éter inhalado ni a la sección de la pared abdominal; sino que depende de una alteración en la función del píloro.

Después de la operación las ondas peristálticas se ven haciendo su recorrido normal del estómago al píloro, precisamente como se lleva a cabo en condiciones normales. La diferencia está en el hecho de que el píloro REHUSA RELAJARSE.

Cannon y Murphy demostraron entonces que el mecanismo protector del píloro está bellamente acondicionado a las necesidades del intestino retardando sus movimientos normales, casi precisamente ese tiempo, (cinco o seis horas) lo cual es suficiente para que se establezca una reparación más o menos sólida del traumatismo quirúrgico intestinal.

La función del píloro sería entonces la siguiente: estando requerido por dos estímulos uno sobre el lado proximal y otro en el lado distal y siendo éste indudablemente el más importante en condiciones intestinales alteradas, la excitación que envía al píloro es tan insistente que la relajación se impide provocándose así una acción más estable. El píloro como se ha dicho actúa como un guardián o centinela encargado de cuidar la porción alejada del intestino y es exacto decir, que su papel protector se extiende a toda la primera mitad del intestino.

Sir William Macewen dice: El apéndice es considerado como un mero divertículo del ciego y no obstante, su abastecimiento vascular y nervioso pertenece más al intestino delgado que al colon. El apéndice está nutrido por los ramos terminales del mismo grupo de nervios que inervan el intestino delgado: el plejo mesentérico superior del simpático.

La acción refleja puede ser fácilmente despertada yendo al apéndice por estímulos desencadenados en el intestino delgado, observándose la reacción de las diferentes partes entre sí; cuando se recuerda que la musculatura circular del ciego se continúa con la del apéndice y que las bandas longitudinales cecales terminan sobre el apéndice, se entiende cuán fácilmente el aparato nervioso del apéndice puede ocasionar amplios movimientos del ciego y cómo la inhibición de esos movimientos puede ocasionar perturbaciones cecales.

La misma acción pero por control de la irrigación regulará la exudación del apéndice, lo que está de acuerdo con el estímulo recibido del intestino delgado. Es sabido que la voluntad tiene influencia sobre el intestino delgado a través del vago, algunas veces excitando el peristaltismo y otras refrenándolo; el apéndice está sujeto a los mismos efectos mentales. La estrecha intercomunicación nerviosa y linfática entre todos los órganos abdominales, hace posible la fórmula alternativa de la corriente nerviosa, además la estrecha asociación embriológica entre el área ileo-cecal, el páncreas, hígado y estómago sugiere que la teoría nerviosa tiene razones básicas que no se pueden ignorar.

La extensión linfática y los resultados finales, esto es, úlcera péptica, colecistitis y hepatitis es probable que aparezcan solo como el resultado de una infección. Por otra parte, en la iniciación del cuadro de la irritación local en las tres enfermedades citadas hay mucho que podría imputarse a la teoría nerviosa: ¿no puede cada uno contribuir con un factor?

La atención se ha dirigido a un notable libro del cual es autor Elmer Forrai, de Hungría. Contiene un prólogo de Hurst quien compendia explícitamente el contenido.

Hurst dice: Hubo mucha tendencia en otros tiempos a considerar los desórdenes de las vísceras abdominales como fenómenos aislados; investigaciones fisiológicas, patológicas y clínicas demuestran sin embargo, que hay un continuo intercambio entre los diferentes órganos y el desarreglo de uno, probablemente tiene efectos de gran alcance sobre otros.

Es por esta razón entre otras, que la exéresis de un apéndice enfermo, excepto para ataques agudos, a menudo encamina a una leve o ninguna mejoría en el estado del paciente; por ésto es que el diagnóstico popular de una apendicitis crónica o de una dispepsia apendicular es hecho más raras veces, algunos médicos aun dudan de si tal estado realmente existe; empero, cuando la enfermedad apendicular se ha instalado, está asociada a menudo a gastritis aclorhídricas, úlcera gástrica o duodenal, colecistitis y a una función anormal del ciego y del colon ascendente, en estos casos el apéndice enfermo se puede estudiar con halagadoras perspectivas.

Lo mismo se aplica a operaciones practicadas muy frecuentemente para colecistitis crónicas, tan distintas de la colecistitis aguda supurada y de los cálculos biliares.

*El hecho de que la cicatriz dejada por una apendicectomía es uno de los signos físicos más comunes de colecistitis crónica, no es un indicio de que en primera instancia se hizo un diagnóstico equivocado, sino que desde un principio el caso fue juzgado bajo un punto de vista muy estrecho.*

El autor no pasó por alto el hecho del intercambio entre todos los órganos abdominales y de los efectos de la enfermedad de uno sobre los otros; no se pretende sin embargo, que sólo los aquí descritos han sido estudiados. No dudamos de que hay un amplio campo para mayores investigaciones.

No se pretende dilucidar algo más de la asociación de los tres últimos estados patológicos ileocecales, los cuales están en correlación con sus síntomas epigástricos y sus signos deben merecer la consideración de un síndrome definido. El autor no puede estar de acuerdo con Hurst de que "hoy en día el diagnóstico popular de una apendicitis crónica o de una dispepsia apendicular es hecho más raras veces que anteriormente". Es en verdad hecho casi tan a menudo, como se lo hacía en otros tiempos y ciertamente con mayor exactitud. Puede ser cierto el que "algunos médicos aun duden de si tal estado realmente existe"; recordemos que algo semejante se decía de la úlcera duodenal; la úlcera gástrica era una enfermedad común y la úlcera duodenal rara, y eso que si realmente existiera ésta, su diagnóstico no podía hacerse antes de la operación. Sin embargo, no es posible hasta el momento diagnosticar una dispepsia apendicular en ausencia de signos o síntomas locales.

El tema de la disputa de Hurst de que "una cicatriz dejada por una apendicectomía es uno de los signos físicos más comunes de colecistitis crónica, etc.", podía sin duda ser contestado por Moynihan: "la perturbación en esos casos no fue por la exéresis apendicular, sino porque el apéndice no fue quitado lo suficientemente temprano".

Hay estados patológicos en la región ileo-cecal, fuera de los apendiculares los cuales pueden dar lugar a síntomas de dispepsia; pero el apéndice está lejos de ser el más frecuentemente vulnerado. Puede sugerirse que el estado llamado ahora "dispepsia apendicular" sea llamado "dispepsia ileo-cecal". Tal título no conviene necesariamente para indicar que el tratamiento es quitar el apéndice, sino que en cierto modo hay algo que quitar. Puede ser un tratamiento enteramente médico por ejemplo en la adenitis simple ileo-cecal; no se presume de que los tres estados descritos en el ángulo

ileo-cecal sean los únicos capaces de producir signos y síntomas epigástricos. Esos estados patológicos pueden realizarse lo mismo, por ejemplo, en el ciego y en el colon, pero son más raros y posiblemente secundarios a los ya descritos.

La cirugía abdominal como medicina, puede con ventajas procurar para ella ulteriores mejorías, un apaciguamiento o quietud más intensa, obteniéndose entonces amplios conocimientos de los síntomas y signos correlacionados por las observaciones quirúrgicas. Se está muy lejos de operar con la esperanza de que tal vez por casualidad el enfermo se cure, lo cual puede ser cierto para el apéndice en particular. Oportunamente la aclaración de la sintomatología en esta área evitará muchas operaciones innecesarias; pues puede que exista un foco central del cual emanen todas las perturbaciones descritas, puede ser posible como piensa Forrai de que dicho foco esté situado en el hígado; sería raro, pero si fuese cierto, o si llegara a ser cierto, ¿no podría el conocimiento de la existencia del reflejo gastro-ileal hacer posible su transmisión desde las partes superiores hasta las regiones más bajas?

Es más probable que el síndrome sea bipolar tanto en acción como en efectos, pero bajo condiciones patológicas el impulso o la acción parece ser mucho más activa cuando parte del polo más inferior que cuando parte del superior.

Tradujo:

(*Jaime Villegas Velásquez*)