

## RELATO OFICIAL

## SINDROME DOLOROSO ABDOMINAL. ASPECTOS QUIRURGICOS

Prof. ARNULFO JOHOW

Cátedra de Cirugía Infantil del Prof. Arnulfo Johow. Hospital "Roberto del Río". Santiago.

El tema que se me ha pedido desarrollar en este Congreso es por demás complejo y es aquí, al presentarse dolor abdominal, donde debe haber una colaboración estrecha entre el cirujano y el médico ya que muchos cuadros de esta naturaleza necesitan ayuda médica y quirúrgica.

El dolor agudo abdominal es una sirena de alarma que debe poner inmediatamente en guardia al médico que es llamado al lado del enfermo porque puede significar la iniciación de un grave desperfecto visceral que, si no es arreglado por el cirujano, llevará al paciente a la tumba.

Entre todas las afecciones agudas, dolorosas, del abdomen que no sean de origen traumático domina la apendicitis. Un dolor agudo abdominal localizado en la fosa iliaca derecha con resistencia abdominal en ese sentido que en un principio no está acompañado de temperaturas altas nos hace pensar inmediatamente en esta afección. Hay, sin embargo, en esta parte del abdomen, algunos órganos que siempre debemos tener presente y que pueden llevar a un diagnóstico errado. En la mujer está el ovario y de vez en cuando el cirujano más experimentado comete el error de operar a una chica de apendicitis siendo que su lesión era un quiste del ovario de pedículo torcido. También hemos visto lesiones congénitas de las vías urinarias como por ej. una hidronefrosis aguda por acodamiento del uréter sobre un vaso anómalo del polo inferior del riñón o una simple pielitis aguda tomarse por apendicitis. Respecto a esta última afección, la pielitis, debo poner en guardia a los señores internistas porque a veces esta pielitis, comprobada por los exámenes de laboratorio correspondientes, se debe justamente a un apéndice posterior inflamado que la provoca por vecindad. Vemos, pues, que el apéndice puede estar colocado en sitios aberrantes. En el situs inversus el dolor estará en el lado izquier-

do. La auscultación cardíaca nos dará la clave de esta disposición anormal de las vísceras. Pero no olvidemos que el intestino no es un órgano idéntico en todo sujeto y sobre todo el ciego tiene la particularidad de presentarse al cirujano en la forma más diversa. Hay ciegos muy móviles de un largo mesenterio, otros fijos, altos o bajos y otros, por fin, que quedan totalmente retroperitoneales y todas las gamas intermedias imaginables y como el apéndice vermicular pertenece al ciego, viajará con este hacia donde lo lleve. Además, el apéndice mismo que es un órgano en franca regresión en el género humano, presenta las situaciones más diversas con respecto al ciego. Lo que menos varía es el sitio de su implantación, pero el mesenterio del apéndice podemos encontrarlo en distintas direcciones y con él naturalmente el apéndice. Puede ser posterior, ascendente, intra o retroperitoneal, puede ser descendente quedando junto al ovario en las niñas y de ahí que se inflame con frecuencia durante las primeras menstruaciones que provocan la congestión de toda la región, puede dirigirse hacia el promontorio o al fondo del saco de Douglas.

Veremos las diferentes sintomatologías que presenta según su situación. Si es posterior ascendente intraperitoneal puede llegar la punta del apéndice, que es la que con más frecuencia se inflama, a colocarse sobre la pelvis renal provocando como ya lo hemos dicho, síntomas de pielitis renal. Si llega a la cara inferior del hígado puede colocarse, con un ciego alto, al lado de la vesícula biliar y equivocarse su inflamación con una colecistitis. En estos casos, además, producirá su inflamación aguda toda la gama de la sintomatología peritoneal: náuseas, vómitos, parálisis intestinal, etc. Pero, como se ha dicho, a veces es retroperitoneal y naturalmente su diagnóstico será más difícil. Provocará dolores del músculo psoas iliaco sobre el cual descansa, con cojera, fijación de la pelvis y

dolores lumbares. Recuerdo un enfermo que fué visto también por uno de los más distinguidos urólogos de nuestro país porque presentaba micciones repetidas y dolorosas con intensos dolores lumbares. La radiografía dió un cálculo estratificado que fué interpretado por el urólogo como un cálculo situado en un uréter doble ya que el otro se había inyectado muy bien con el medio de contraste. Insistimos en que probablemente se trataba de un apéndice posterior retroperitoneal situado al lado del uréter con un coprolito. La intervención demostró un apéndice gangrenado retroperitoneal ascendente con un coprolito calcificado que era el que daba la imagen de cálculo. Otra chica se quejaba de intensos dolores infraumbilicales localizados a la región del promontorio. La intervención dió un apéndice dirigido al promontorio y con la punta con pus y fija en esa región. Un cuadro provocado por el apéndice que vale la pena enumerar porque pasa muy a menudo desapercibido es el que provoca la inflamación aguda de un apéndice que llega con su punta al Douglas y que aquí provoca una verdadera rectitis con deposiciones frecuentes mucosas y aún muco sanguinolentas. Perdimos un enfermito de éstos, operado tardíamente, porque el colega de provincia que lo vió al principio creyó que se trataba de una colitis e hizo durante varios días un tratamiento naturalmente inadecuado. Lo mandó acá cuando ya existía una peritonitis purulenta generalizada por perforación apendicular. En todo caso dudoso el tacto rectal debe ser practicado y muchas veces nos dará la clave de la afección.

Pero hay también otras afecciones dolorosas que pueden ser causas de dolores abdominales y que siempre habrá que tener presente en el momento del examen de un abdomen agudo. Ya vimos en las niñas el quiste del ovario torcido que suele presentarse en niñas de corta edad. La peritonitis a neumococos u otros microbios que han migrado a través de las vías genitales femeninas al peritoneo. Si han pasado por la trompa derecha pueden fingir una apendicitis aguda. En caso de duda siempre es recomendable abrir el peritoneo. Otra lesión aguda que puede ser confundida con una apendicitis es la inflamación del divertículo de Meckel.

De ahí la necesidad de revisar en aquellos casos en que no se encuentra un apéndice enfermo. A veces no existe un verdadero divertículo sino más bien una brida que nace del íleon delgado en el sitio que debería corresponder al divertículo y puede dar lugar a una verdadera estrangulación interna abdominal. También observamos en lugar del divertículo una estrechez del lumen en el sitio del divertículo que puede llegar a la obstrucción como lo observamos en una niña de 7 años que se comió una porción grande de cerezas tragándose los huescos que llegados a la estrechez formaron un verdadero taco con obstrucción del lumen intestinal. Si la mucosa del divertículo está constituida por mucosa gástrica como se suele observar, esta metaplasia provocará una úlcera que puede llegar hasta la perforación.

Dolores abdominales agudos y en forma intermitente pueden ser producidos especialmente en los lactantes alrededor de los 6 meses de edad por la con razón tan temida invaginación intestinal. Es conocido por todo pediatra este cuadro que se caracteriza por dolores intermitentes, palidez y más tarde por la presencia de sangre rutilante en las deposiciones que puede ser buscada precozmente por el enema salado, preconizado entre nosotros por primera vez por el Dr. Otto Schwarzenberg. El budín de la invaginación dará el diagnóstico seguro y en caso de dudas lo hará el enema baritado que puede servir además como medio de tratamiento siempre que la invaginación sea reciente. Desgraciadamente no son pocos los casos en que ya han pasado doce, veinticuatro y más horas desde la iniciación de la afección y en esos casos es absolutamente necesario abrir el peritoneo para ver bien el estado del intestino invaginado para poder hacer la resección de éste, si así fuere necesario. En la invaginación ileo-cólica a través de la válvula ileo-cecal que es la forma más frecuente, el intestino puede pasar invaginado durante muchas horas sin llegar a necrosarse pero no así en la ileo-ilear, donde el lumen del intestino que recibe al invaginado es muy estrecho. Son estos casos de difícil diagnóstico por la ausencia de sangre en las deposiciones y sólo la palpación del budín

dará la indicación quirúrgica. Dicho sea de paso, que nosotros en caso de duda hacemos anestesiarse al enfermo para poder palpar cómoda y satisfactoriamente. Es así como hemos deshechado o afirmado el diagnóstico en diversos casos.

Una afección que puede hacerse aguda con todos los síntomas de una obstrucción intestinal es la llamada mal rotación o mejor rotación incompleta del intestino, descrita por los cirujanos de niños de Boston, Ladd y Gross. En ella el ciego no alcanza a bajar a la fosa iliaca durante el desarrollo y queda fijo, por una bandeleta, a la cara inferior del hígado y el intestino delgado comienza a rotar sobre su mesenterio hasta producir en los casos agudos una verdadera torsión. Hay que tener presente esta lesión en los dolores abdominales de difícil diagnóstico. El enema baritado nos dará la clave de la afección. Pelliza ha relatado el síndrome duodenocólico producido por bridas y membranas anómalas del peritoneo.

Dolores abdominales no agudos, más bien de carácter crónico o intermitente, se presentan también especialmente en la apendicitis crónica. Es ella producida en la mayoría de los casos por una mala posición anatómica apendicular o por una deformidad apendicular. Cuando el lumen de este órgano presenta estrecheces, es fácil comprender que su contenido no circulará normalmente y comenzará a producirse lentamente el tan temido coprolito que a la larga terminará produciendo una úlcera mucosa y con esto la inflamación apendicular.

Las famosas membranas de Jackson que son imputadas por muchos a la inflamación crónica del apéndice son, sin duda alguna, pliegues congénitos del peritoneo que pueden provocar estas estrecheces que a veces llegan a verdaderas estrangulaciones del apéndice. Todas estas razones me han llevado, ya hace muchos años, a declarar que la apendicitis es casi siempre una enfermedad de origen congénito y familiar. Cirujanos como el que habla que en su larga vida profesional, han operado ya dos a tres generaciones de enfermos, podrán corroborar lo dicho y habrán operado padres, hijos y hermanos y aún nietos con sus apéndices con iguales deformidades y posiciones anómalas. De

ahí que la anamnesis familiar en esta afección es de suma importancia. Dolores abdominales agudos y molestias leves pueden ser producidos también en el niño por hernias que estén en la línea blanca o el ombligo. En el lactante pueden cerrarse espontáneamente ayudadas por un fajero sencillo y suficientemente largo que una los bordes de los rectos.

En la cavidad abdominal podemos encontrar bridas anormales que pueden partir desde el divertículo de Meckel como se ha dicho o desde el ombligo. Pudimos encontrar un ligamento suspensor del hígado que llegaba libremente al borde inferior del hígado y provocaba obstrucciones crónicas e intermitentes en el intestino delgado que pasaba por esta verdadera trampa.

En el niño mayor también podemos encontrar verdaderas colecistitis calculosas y también purulentas. Recuerdo un muchacho de diez años que con su padre comió una gran porción de ostras y tuvo a los pocos días una colecistitis supurada aguda por bacilos de Eberth.

En los traumatismos abdominales, tan frecuentes hoy en día en los niños por el exceso de vehículos motorizados que los atropellan, se presentará también el dolor abdominal más o menos acentuado y más o menos tardío. No siempre es fácil saber si hay o no una lesión intra-abdominal, sobre todo que frecuentemente viene acompañado el trauma abdominal con un trauma torácico, pélvico, de la columna o del cráneo.

El cirujano de niños tendrá que tener presente en estos casos toda la sintomatología de las lesiones de los órganos intra-abdominales. No entraremos a estudiarlos en detalle porque nos llevaría demasiado lejos. Sólo diremos que ante cualesquier duda debe hacerse la laparotomía correspondiente para revisar bien el abdomen. Hace algunos años que estamos usando la laparotomía transversa que se puede ampliar de lado a lado sin temor de hernia o eventración post-operatoria. Así tendremos una visión amplia que nos permitirá descubrir cualesquier lesión.

Creo que con lo dicho hemos pasado revista a las causas más frecuentes del con razón tan temido dolor abdominal.