
El empleo de la emetina en el tratamiento de la apendicitis aguda

Los conocimientos modernos sobre el importante papel que desempeña la entozoosis del tubo digestivo, por su gran difusión, en multitud de estados morbosos del mismo, han permitido obtener benéficos resultados terapéuticos con el uso de los agentes parasiticidas.

Concretándonos al apéndice vermiforme, recordaremos que los primeros parásitos observados en él fueron aquellos que, por sus dimensiones, se hacían fácilmente evidentes. Así sucedió con el *ascaris lumbricoides*. Bernard y Vignard, de quienes tomamos algunos de los datos citados a continuación, mencionan las observaciones de Jadelot (1808), Davaine (1877), Arberé (1900), Schwankhaus (1901). En todos estos casos se comprobó, en la autopsia de sujetos muertos en su mayoría de apendicitis o peritonitis apendicular, la presencia de áscaris en el apéndice.

En 1901, Metchnikoff, en una comunicación a la academia de medicina, puntualizaba el papel de ciertos nematodos en la etiología de la apendicitis; se basa-

ba para ello en los siguientes hechos: 1o. La comprobación en las materias fecales de muchos apendiculares, de la presencia de huevos de *ascaris* y tricocéfalos; 2o. la curación de varios de estos enfermos de apendicitis con el empleo de vermífugos, "sin que fuese necesario recurrir a la operación"; y 3o. que la intervención quirúrgica o la necropsia habían evidenciado la relativa frecuencia de la verminosis apendicular. De esto concluía Metchnikoff que podía darse por bien establecido el papel de ciertos nematodos en la etiología de gran número de apendicitis. El modo de acción del parásito se ejercería, o bien directamente sobre el apéndice y partes vecinas, o bien abriendo una puerta de entrada a la infección microbiana por las lesiones que produce en la mucosa. Aconsejaba en consecuencia: 1o. el examen parasitológico de las materias fecales de los enfermos con signos de apendicitis; 2o. la prescripción del tratamiento vermífugo siempre que fuese posible; 3o. la abstención de comidas a base de legumbres crudas, agua no

hervida o filtrada, etc., en los sujetos amenazados de apendicitis; 4o. el examen periódico de las materias fecales en todos los sujetos.

Esta comunicación de Metchnikoff tuvo, en su época, gran repercusión, dando motivo a que se conocieran una gran serie de casos en que se relacionó el cuadro apendicular con la presencia de toda clase de parásitos intestinales comprobados por el examen sistemático de las deposiciones o por el examen directo del apéndice extirpado. Como ocurre siempre, se generalizó demasiado el concepto y se quiso atribuir un origen parasitario a todas las apendicitis que se producían en sujetos portadores de tales parásitos. Conociendo, como conocemos hoy día, la frecuencia de la infección parasitaria del intestino humano, sobre todo en ciertas regiones donde la apendicitis no es frecuente, se concibe que, si la apendicitis de este origen es innegable (hemos tenido casos típicos en el

no ha alcanzado la frecuencia que se le ha querido asignar. Lo demuestran las estadísticas; y si Olmitz halló que, en 21 casos de apendicitis infantil, sólo 3 no tenían parásitos, Mazza y Bianchi, entre nosotros, examinando 993 apéndices provenientes de intervenciones quirúrgicas, sólo encontraron un porcentaje de medio por ciento parasitados. Bacigalupo que, como Olmitz, ha trabajado con apéndices de niños, ha encontrado, en cambio, que un 48 por ciento contenían parásitos; trata de explicar la discrepancia de sus conclusiones con las de Mazza y Bianchi por el hecho de que éstos hayan estudiado apéndices de adultos o por la técnica empleada. Malamud y Llamás han hallado francas variaciones en sus investigaciones; es así que en una primera serie de 45 apéndices quirúrgicos, 15 por ciento tenían parásitos, en tanto que en una segunda de 50, los hallaron sólo en uno.

Si interesante, discutido y contradictorio es el papel patogénico de la verminosis en la apendicitis, es innegable que, en muchos casos, el empleo oportuno de una terapéutica antiparasitaria ha mejorado y aun curado a muchos apendiculares. Ello no obstante, y sin entrar a estudiar las discusiones a que han dado lugar las lesiones anatómicas halladas en el órgano, debe recordarse que Áschoff niega a los parásitos toda intervención en el determinismo de la apendicitis.

El estudio de la parasitología apendicular no queda, ni con mucho, terminado con la sola mención de los parásitos macroscópicos, pues es bien sabido que los hay microscópicos que pueden, a su vez, invadir el apéndice y producir el cuadro de su flogosis, ya sea de evolución crónica o de carácter agudo.

Que existe un nexo más o menos estrecho entre la disentería amibiana y la apendicitis, lo revelan claramente las lesiones del apéndice en el curso de la misma, lesiones que, como en el resto del intestino, se traducen en forma de ulceraciones que pueden producir, en ciertos casos, la perforación del órgano atacado.

Rogers, en una estadística, pone de manifiesto la frecuencia con que los disentéricos observados por él en la India, presentan signos de apendicitis que se confunden con los de la colorrecti-

tis, así como que, cuando las ulceraciones son discretas en el colon, se observan apendicitis banales cuya verdadera naturaleza sólo se descubre por el examen de materias fecales.

Una observación ya vieja de Hoppe Seyler se refiere a un enfermo, oficial de marina, afectado de colorrectitis, quien en el curso de tres años había sufrido repetidos ataques de disentería y cuyo síndrome doloroso había llegado a adquirir una marcada intensidad y persistencia en la fosa ilíaca derecha. El examen clínico mostró, a ese nivel, una zona resistente, y el estudio microscópico de las materias fecales reveló la presencia de amibas que desaparecieron definitivamente con la apendicetomía. El estudio parasitológico e histológico de la pieza extraída reveló la existencia de glóbulos rojos y pus en abundancia, bacilos de tipo coli y amibas. En los cortes, infiltración de la mucosa y submucosa por las amibas, con formación de pequeños abscesos submucosos y destrucción de los folículos por la supuración. En el trabajo original, presenta el autor de la comunicación un esquema ilustrativo del caso.

Además de este caso, podemos mencionar el que motivó la comunicación de Le Roy des Barres a la Société de Chirurgie el 14 de febrero de 1912, comunicación presentada y comentada.

por Ombredanne. Hacía notar en ella que no se conocen casos de apendicitis amibiana independiente de toda lesión disentérica del colon, por lo que la existencia de la amibiasis apendicular es la indicación de la presencia de amibas en el colon. La apendicitis puede ser anterior, simultánea o posterior al cuadro disentérico. El autor de esa comunicación presenta una serie de casos que justifican esta interrelación entre la apendicitis y la disentería; de estos casos, algunos han sido considerados por Ombredanne como poco probantes, pero en lo substancial, admite la clasificación de Le Roy des Barres. En el primer grupo de estas observaciones, la apendicitis antecedió en uno o dos días al estallido de la crisis disentérica; en un segundo grupo, los dos cuadros sintomáticos evolucionaron simultáneamente; y en un último caso, la apendicitis fue

consecutiva a la disentería.

En cuanto a la patogenia de esta forma de apendicitis, hay que admitir con Ombredanne, a pesar de la opinión terminante de Le Roy des Barres, que no se ha demostrado que la inflamación del apéndice se deba a lesiones puramente amibianas; debiéndose aceptar, por el contrario, que estas actúan favoreciendo la pululación de los gérmenes habituales del intestino y condicionan en definitiva la afección.

Hogan (1920) ha estudiado también un caso que fue operado de apendicitis, falleciendo poco después. La autopsia demostró, además de otras numerosas lesiones, que el peritoneo estaba infectado y que existía un absceso hepático amibiano. El apéndice presentaba ulceraciones en que fue fácil demostrar la presencia de amibas.

Sanfilippo (1921) demuestra, igualmente, la existencia de ver-

daderas apendicitis amibicas, haciendo notar que la amibiasis puede dar lugar a sindromos pseudoapendiculares.

Castex y Greenway se ocupan también de la cuestión (1926) y se manifiestan de acuerdo con lo manifestado por los autores citados en el sentido de que la existencia de la apendicitis amibiana es indiscutible.

Para terminar, citaremos la observación de Sergio Meira y Pinheiro Cintra quienes, no sólo comprobaron la existencia de un cuadro apendicular, en un disentérico que podría colocarse dentro de los del tercer grupo de Le Roy des Barres, sino que también llegaron a tentar, aunque sin éxito franco, el tratamiento emetínico, pues el enfermo tuvo que ser intervenido de urgencia cuando se le habían practicado sólo dos inyecciones de 0.04 y 0.06 gramos.

Resumiendo muy brevemente el conjunto de los datos anteriormente expuestos, podemos decir sin lugar a dudas, que en cierto número de casos, la apendicitis puede presentarse revistiendo una evolución aguda en enfermos afectados de parasitosis diversas del tubo digestivo. Limitándonos exclusivamente al caso particular de la amibiasis apendicular, diremos que ella puede dar lugar en ciertos casos, a sindromos apendiculares francos susceptibles de ser tratados

con la medicación especial de la misma y favorablemente influenciados. Sí se considera nuestro criterio respecto de la infección secundaria del órgano, favorecida por la implantación parasitaria, se comprenderá que no es posible querer, con ello, librar al sujeto de una intervención quirúrgica, la única radical. Pero los peligros que encierran las intervenciones quirúrgicas sobre el intestino amibico, que se hace particularmente friable, se alejan grandemente con un tratamiento emetínico previo.

De las observaciones personales que más adelante exponemos, una de ellas, la del enfermo atendido en el instituto, es quizá un ejemplo de *lo* que decimos. En síntesis, se trataba de un enfermo que llegó al hospital en un momento poco propicio para ser intervenido de inmediato, pues había transcurrido una semana desde el comienzo de su apendicitis, y con signos generales y hemáticos que indicaban una colección purulenta, demostraba luego por la operación. Se instituyó el tratamiento emetínico y se vio, desde las primeras inyecciones, una acentuada remisión de la temperatura, que cayó definitivamente cuando habíamos llegado a los 0.24 gramos, momento en que la marcada leucocitosis observada a su ingreso, sufrió, igualmente, una evidente remisión. En este caso

podría objetarse, indudablemente, el origen amibiano de la sintomatología en razón de la negatividad del único examen de materias fecales practicado. Este hecho, en lugar de invalidar el valor que pueda tener esta observación, lo acrecienta, porque es justamente en estos casos que la prueba terapéutica tiene gran valor. Es bien sabido que hay casos de infección amibiana en que no se la halla en el examen coprológico y en que, son las complicaciones las que demuestran su existencia. La amibiasis latente, en toda la extensión de la palabra, existe y son muchos los casos en que se ha diagnosticado abscesos amibianos del hígado sin hallarse el parásito en las de-

posiciones ni en la boca. Uno de nosotros publicó hace algún tiempo con Dagnino un caso así que curó con el solo tratamiento emetínico. Por lo demás, el apendicular a que nos hemos referido presentó un cuadro disentérico después de operado.

En otra observación de la práctica civil, no hubo tampoco confirmación parasitológica, de modo que podría ser pasible de la misma objeción. Se trataba también de un cuadro peritoneal franco, en las primeras horas, que se limitó más tarde a la región apendicular. Se practicó, en este caso, inyecciones diarias de 0.08 gramos de emetina en dos dosis de cuatro hasta llegar a un total ligeramente superior a

0.60 gramos. Desde las primeras dosis fue dado observar una acentuada remisión que hizo des- echar, a las doce horas de su co- mienzo la necesidad de una in- tervención quirúrgica, por lo me- nos inmediata.

El enfermo tenía antecedentes disentéricos.

Es decir que de los dos únicos casos personales con un cuadro apendicular agudo, en uno se llegó a la total curación del proceso y en el otro la emetina no fue sino un recurso más, de acción evidentemente decisiva durante el período de enfriamiento a que necesariamente tuvo que ser sometido el enfermo, por haber llegado a nosotros en un momento en que hubiera sido peligroso tentar la apendicecto- mía por la posibilidad de disemi- nar la colección purulenta que más tarde se llegó a comprobar.

Con este criterio es que en- caramos la posibilidad del em- pleo de la emetina en la apen- dicitis aguda. No porque con ella se pretenda reemplazar la inter- vención, que ya hemos dicho con- sideramos imprescindible, sino cuando con fundamento se sos-

peche en el posible antecedente disentérico, y más aun si se tie- ne exámenes de materias fecal- es con resultado positivo.

Meira y Cintra, en su comu- nicación, que es la única que co- nocemos en la que se menciona el empleo de la emetina en la apendicitis aguda, por más que nosotros no la conociéramos cuando nos decidimos a emplear este recurso, dicen: "Pensamos que en casos de ependicitis muy ligera, en el curso de una disen- tería amibiana benigna, debe tentarse el tratamiento médico, que puede conseguir la cicatri- zación completa de las ulcera- ciones y el aniquilamiento de to- das las amibas". De acuerdo con lo que hemos manifestado ante- riormente, nos parece aventurada esta opinión si se ha de adoptar como un tratamiento exclusivo, aparte de que, cuando se trata de un estado en que la vida del enfermo puede peligrar, no es dable postergar una intervención que puede ser salvadora, Claro es que si la situación lo permite, y por las razones ya aducidas, la terapéutica emetí- ca debe ser aconsejada.