

## *Tratamiento Conservador de los Abscesos Apendiculares*

Por el Dr. Virgilio Banegas M.

Es bien conocido que el único tratamiento para la apendicitis aguda es la intervención quirúrgica con extirpación del apéndice, pero resulta que algunas veces por múltiples causas ésta no se lleva a cabo, y la enfermedad evoluciona, por uno de los caminos que puede seguir, hacia el absceso.

Es indudable que la frecuencia de los abscesos apendiculares ha disminuido mucho en nuestros días, y ya sería tiempo que desapareciera de la patología, si no fuera porque un ataque de apendicitis se deja evolucionar hacia el absceso por las razones siguientes :

1<sup>o</sup>—Ignorancia de los pacientes para buscar tratamiento médico en el principio del ataque, el cual ellos mismos clasifican con los términos de "cólico," "indigestión," etc., tratándose empíricamente por el ya famoso "purgante," que los lleva a la muerte por peritonitis o más afortunadamente a la ruptura del apéndice con la formación del absceso. 2<sup>o</sup>— Falta de Médico en los pueblos, caseríos o aldeas, de manera que dejan pasar dos o tres o más días para llevarlo al lugar más cercano en donde se le pueda suministrar los cuidados médicos necesarios, es por esta causa que los pacientes se presentan a los Hospitales o Clínicas con el clásico plastrón en el cuadrante **inferior** derecho del abdomen. 3<sup>o</sup> —La falta de capacidad del médico de reconocer una **apendicitis** o bien lo complejo que puede presentarse el cuadro clínico y los exámenes del Laboratorio, que la enfermedad pase desapercibida aun por los más entendidos y 4<sup>o</sup>, rehusar la intervención quirúrgica.

Las razones antes expuestas, además de causar la frecuencia de los abscesos apendiculares, son la consecuencia de la mortalidad aun existente de la apendicitis aguda.

Antes del descubrimiento de los antibióticos, era clásico el que todo absceso necesitaba para su curación la abertura y drenaje; cierto es que dicha conducta ha salvado muchísimos pacientes, pero un porcentaje de ellos ha sido víctimas de la secuela de tal medio quirúrgico, esto es, fístulas supurativas y fecaloides, las primeras muchas veces renuentes a los raspados y las segundas con necesidad de operaciones de más alta embergadura, verificadas en un terreno harto difícil por las fuertes adherencias que han dejado las lesiones que las produjo. Desde la aparición de la penicilina y estreptomina, la evolución de los abscesos ha cambiado, los medicamentos antes mencionados han obrado milagros en lo que antes fatalmente tenía que llegar a la supuración con la consiguiente abertura espontánea al exterior o al interior de los diversos órganos si no se intervenía quirúrgicamente. Hacemos la salvedad que algunas veces por lo avanzado de la enfermedad y

sin tratamiento previo, la conducta quirúrgica es la que está indicada.

Resumiendo, podemos decir que toda apendicitis aguda que ha evolucionado al clásico plastrón localizado en el cuadrante inferior derecho del abdomen, debe ser tratado de una manera conservadora a base de antibióticos. Los dos casos que a continuación relataremos, es lo que nos ha hecho hacer estas consideraciones sobre el tratamiento conservador de los abscesos apendiculares.

En el mes de Junio de 1946, intervenimos un niño de 8 años de edad, quien se presenta al Hospital General con un plastrón en la fosa ilíaca derecha, dándonos la historia de un dolor agudo, localizado en el mismo lugar desde hacía un poco más de 72 horas. Se lleva a Sala de Operaciones, hacemos una apendectomía previa abertura de un absceso y finalmente se deja un dreno. Teniendo que ausentarnos del país, dejamos el paciente aun supurando por la herida operatoria después de tres semanas de haber sido intervenido.

En agosto de 1948, el destino nos trae nuevamente a nuestras manos el mismo niño, padeciendo de una fístula fecaloidea en la fosa ilíaca derecha. ¿Qué había pasado con este chico durante el lapso comprendido entre Junio de 1946 y Agosto de 1948? A nuestras preguntas nos informan lo siguiente: Después de la apendectomía, el niño quedó padeciendo de una fístula supurada que se hizo renuente a la cicatrización después de un raspado; meses más tarde, una nueva intervención que dio por resultado la aparición de materias fecales por la fístula; después de algún tiempo se hace una laparotomía y se encuentra una masa de adherencias que hacía casi imposible reconocer la anatomía de la región, finalmente se identifica que ciego, sigmoide e ilio terminal forman parte de la patología, & se disecciona el ilio y pese a lo cuidadoso de la liberación, se rompe y es necesario hacer una anastomosis late-ro-lateral; debido al pésimo estado general del paciente, se suspende la operación no sin antes intentar cerrar la fístula, que reaparece días después. Estos son, pues, los informes que recogimos de personas enteradas de la evolución de la enfermedad.

Ahora, después de más deudos años de haberse verificado la apendectomía, tenemos presente un niño de 10 años de edad, pésimamente nutrido, padeciendo de una fístula estercorea en la fosa ilíaca derecha, que radiológicamente se comprueba ser una fístula del sigmoide.

Con un pre-operatorio bastante intenso, nos disponemos intervenirlo el 11 de agosto, con la impresión de que nos veríamos con algo muy serio, lo cual se hizo notar en cuanto abrimos la cavidad abdominal a través de una laparotomía media. Tras una minuciosa exploración, reconocemos que el sigmoide, parte del colon descendente y el ciego, formaban parte de una gran masa de adherencia en el cuadrante inferior derecho del abdomen, hacemos una laboriosa disección del sigmoide, en el cual venía el trayecto fistuloso compuesto de dos bocas intestinales, una grande por donde se expulsaban las materias fecales y una pequeña que mantenía

una fístula supurada a pocos centímetros de la anterior. No queriendo llevar a un choque más grande al paciente, no hacemos la sigmoidectomía y nos contentamos con hacer la sutura del mismo con la técnica corriente de una enterorrafia.

Nos sentíamos contentos y optimistas con la operación que habíamos verificado, quedaba rota toda relación entre intestino y pared abdominal, por lo que esperábamos una cura radical del doloroso padecimiento que este niño venía sufriendo por más de dos años.

Todo marchó bien en los primeros dos días post-operatorios, el tercero aparece una resistencia abdominal con caída notoria del estado general, el cuarto, el paciente presenta un cuadro de peritonitis generalizada con la expulsión de materias fecales diarreicas por el punto más débil de la pared abdominal, que era el lugar donde existía la fístula, así fue como lo llevamos a una segunda intervención, ya sin esperanzas y nos encontramos con lo que habíamos pensado, la sutura del sigmoide que correspondía a la pequeña perforación que mantenía la fístula supurada, había fallado y las materias diarréicas invadieron la cavidad abdominal. ¡El paciente fallece momentos después del intento por cerrar nuevamente el sigmoide!

Esta es la historia sucinta de un paciente que llevó un calvario después de la abertura y drenaje de un absceso apendicular.

El caso que a continuación exponemos, se trata de una mujer de 40 años de edad, que en la ciudad de Choluteca, es presa de un ataque agudo de apendicitis, el cual parece que no fue reconocido con certeza; dos semanas después del principio de la enfermedad, ingresa al Hospital General de esta ciudad.

Somos llamados en consulta y nos presentan a una paciente delgada, pálida, desnutrida, con una temperatura que estaba fluctuando entre 37 grados centígrados y 39.8 como máxima, pulso entre 80 y 120 por minuto, presión arterial: Máxima, 95, Mínima 60, a través del examen físico, nos encontramos con una mujer francamente anémica, con un corazón dentro de los límites normales, pulmones limpios, abdomen con un plastrón fijo, doloroso y no adherido a la pared abdominal, situado en el cuadrante inferior de recho del abdomen; al examen ginecológico nos encontramos en el fondo de saco derecho una masa dolorosa que no guarda relación con los movimientos imprimidos al útero, el cual es movable en todas direcciones. El laboratorio nos informa de una orina con los caracteres de normalidad, heces positivo por huevos de ascárides, sangre con reacción de Kahn negativa glóbulos rojos..... 2.800 000, blancos 10.900, neutrófilos 80% y hemoglobina 70%.

Llegamos al diagnóstico de absceso apendicular y siguiendo la conducta conservadora, indicamos el tratamiento siguiente: 1.000 ce. solución 5% glucosa, 1000 ce. solución salina normal diarios por vía intravenosa, bolsa de hielo en el abdomen, penicilina 50.000 unidades cada cuatro horas, complejo de vitamina B, extracto de hígado y Vitamina C, además, se le hacen dos transfusiones de sangre total, a la vez que recomendamos estricta vigilancia por

el temor de que el absceso se rompiera y provocara una peritonitis generalizada.

En dos semanas, la temperatura estaba corriendo alrededor de los 37 grados centígrados y notamos cómo el plastrón de la fosa ilíaca derecha iba reduciendo paulatinamente de tamaño, el que -en cuatro semanas de tratamiento estaba reducido a una pequeña morcilla y desapareciendo por completo en seis semanas. Durante este tiempo, el estado general del paciente había mejorado notablemente, su apetito bastante bueno y sus movimientos intestinales, se volvían **regularmente** diarios, mientras el recuento globular había ascendido a 3.845.000 rojos, reportándose los blancos en 8.550 y una hemoglobina de 85%. A estas alturas de lo único que se quejaba el paciente, era de dolores intermitentes en el cuadrante inferior derecho.

El 27 de Septiembre (10 semanas más tarde del principio de 3a enfermedad) la intervenimos, haciéndole la extirpación del apéndice a través de una laparotomía para-rectal externa en condiciones inmejorables, existiendo aproximadamente un tercio del apéndice rodeado de débiles adherencias que hicieron una operación nada laboriosa. El paciente sale del Hospital diez días después en buenas condiciones.

Es bien notorio el éxito que obtuvimos en el caso que acabamos de relatar con el tratamiento que instituímos, podía criticarse diciéndose que requiere larga hospitalización, pero se lo comparamos con el tratamiento quirúrgico precoz, vemos que cuando se abre y drena un **absceso** apendicular, ya que la apendectomía es por lo general imposible de hacerla al mismo tiempo, el paciente para salir curado, tiene que pasar un término medio de 4 semanas de hospitalización y volver meses más tarde para verificar la apendectomía.

En el caso anterior, la paciente bien pudo salir del Hospital -en cuatro semanas sin ser víctima de los riesgos post-operatorios que primeramente hemos hecho ver, teniendo siempre que regresar \*n el término indicado a operarse de su apéndice en las condiciones que antes hemos expuesto.

Resumiendo, podemos decir lo siguiente:

1°—En toda apendicitis aguda que evoluciona hacia el absceso (esto sucede generalmente después de las 72 horas de su comienzo) es sabio indicar un tratamiento médico a base de antibióticos, dieta del alto valor colérico y un balance en los líquidos del organismo.

2°—Evitar la abertura y drenaje de un absceso hasta donde sea posible.—Y

3°—El tratamiento conservador da la oportunidad de hacer una apendectomía en condiciones inmejorables y sin ninguna complicación.