

FORMAS AGUDAS PSEUDO-APENDICULARES DE LA PERITONITIS TUBERCULOSA

por los doctores

H. L. ROCHER

Profesor de Clínica quirúrgica
infantil y de Ortopedia, Cirujano
del Hospital de Niños de
Burdeos

y

A. MALAPLATE

Interno del Servicio

La peritonitis tuberculosa, en sus formas habituales, ya sea exudativa ya plástica, es una afección de diagnóstico fácil, que empieza generalmente de modo lento e insidioso, y que solamente después de varias semanas realiza el cuadro clínico observado. Puede, a veces, empezar de un modo brusco, manifestándose con reacciones violentas y simulando afecciones abdominales agudas.

La peritonitis tuberculosa puede revestir, por presentarse de súbito y por la intensidad de sus reacciones, el aspecto de una apendicitis aguda, induciendo al cirujano a practicar una intervención de urgencia. Sólo en el curso de ésta puede establecerse el diagnóstico exacto de la infección.

En efecto, la tuberculosis peritoneal puede manifestarse bajo dos aspectos anatómicos-clínicos diferentes: O se trata de una lesión localizada en la región ceco-apendicular; la apendicitis existe, la naturaleza de su infección es específica y condiciona la evolución de la lesión. La tuberculosis, por el contrario, puede generalizarse a todo el peritoneo; numerosas granulaciones recubren las asas intestinales y el peritoneo parietal; existe ascitis, algunas veces hay una gran infiltración en el epiplon como sucede en nuestra observación I; o no hay líquido, y la serosa peritoneal, parietal y visceral está recubierta de numerosas granulaciones miliares: Es la forma de tuberculosis miliar seca.

En estos dos casos, uno se pregunta cómo una lesión tan generalizada y extendida puede simular un síndrome apendicular. Pero, generalmente, los diagnósticos de apendicitis son urgentes y se impone casi siempre una decisión rápida; el error puede parecer más excusable. Es de suma importancia saber si es o no funesto abrir tales abdómenes. Por otra parte, las consecuencias operatorias de nuestros dos operados demuestran que la intervención obtiene el éxito más satisfactorio.

En cuanto al mecanismo de tal curación, queda siempre confuso, ya que el proceso biológico que determina la resolución de las lesiones y que aparece mediante el aire de la cavidad peritoneal, no es aun muy claro.

La simulación de la apendicitis aguda por la formación miliar aguda, generalizada de la tuberculosis peritoneal, se ha señalado con frecuencia. RE-NAULT, en un artículo sobre «La peritonitis tuberculosa del niño» (*Progrès Médical*, 24 noviembre 1923),

insiste sobre este principio de forma apendicular de la peritonitis tuberculosa y cita dos casos que fueron operados. En la *Vie Médicale*, del 30 mayo de 1927, encontramos un estudio sobre este tema, hecho por el Dr. PRUVOST COURCOUX y GUILLERMIN; en el *Journal de Médecine et Chirurgie Pratique*, del 10 de marzo de 1927, publican igualmente dos observaciones, en las que la predominancia de los dolores en la región apendicular, la defensa muscular, la temperatura elevada, la facies alterada, el hipo y los vómitos hicieron establecer el diagnóstico de apendicitis aguda en dos casos de peritonitis tuberculosa. Finalmente, en una revista sobre «La tuberculosis de las serosas en el niño» que apareció en el *Journal de Médecine de Paris*, del 25 de agosto de 1927, AimaND DELILLE llama la atención sobre la sintomatología aparatosa y engañadora que a veces puede revestir la peritonitis tuberculosa, y dice haber observado varios casos en que existían dolores localizados que simulaban la apendicitis aguda e inducían a una intervención que hacía descubrir un semillero de granulaciones sobre el peritoneo.

Las observaciones que siguen a continuación son dos casos de peritonitis bacilar de principio agudo, observados y operados con algunos meses de distancia en nuestro servicio del Hospital de Niños:

Observación I.—I. B. Ivona, 13 años y medio, enferma dirigida al Hospital el 26 de mayo de 1927, con el diagnóstico de apendicitis. Presenta desde hace ocho días un estreñimiento pertinaz y ha empezado a sufrir del abdomen a nivel de la fosa ilíaca derecha, luego a nivel de la región sub-hepática. Nada de vómitos. Temperatura: 38°6. Pulso: 114.

Nada de particular en los antecedentes hereditarios o personales, salvo una coqueluche a los 2 años y medio y un sarampión a los 6 años.

El examen muestra un abdomen meteorizado. A la palpación se nota la contracción de la parte superior de la fosa ilíaca derecha y de la región sub-hepática. El resto de la pared abdominal es flexible. El dolor a la presión es muy notable en los puntos en que la resistencia de la pared es mayor; es decir, hacia la región sub-hepática. La percusión muestra una sonoridad exagerada debida al timpanismo indicando un intestino distendido por los gases. Clínicamente, no se comprueba ascitis. Tacto rectal negativo.

El examen de los otros aparatos no muestra nada anormal, salvo el estreñimiento.

En los días que siguen, la enferma guarda cama y siente un dolor casi continuo, casi en puñalada, en la fosa ilíaca derecha y en la región sub-hepática, dolor exagerado por la presión.

BORDET-WASSERMANN negativo.

Cuti-reacción positiva.

El examen de la orina no muestra nada de anormal.

El 31 de mayo de 1927, intervención bajo anestesia Cloroformo-Eter, laparotomía lateral por incisión de JALAGUIER. Se encuentra un gran epiploon engrosado, lardáceo, rojo violáceo; adherente al peritoneo parietal engrosado se derrama al instante una gran cantidad de ascitis amarilla un poco turbia, mezclada con sangre. Este epiploon, muy engrosado como una lengua de ternera, es exteriorizado; se ve el intestino delgado recubierto de granulaciones bacilares. Todo este líquido es aspirado y se cierra el abdomen por una costura peritoneal y otra músculo-aponeurótica.

Consecuencias operatorias: 10 de junio: Ligera obstrucción intestinal, que después cesa de producirse. La niña sale del hospital el 27 de junio, completamente apirética, en buen estado general.

La vemos de nuevo el 5 de noviembre de 1928. Presenta un excelente estado general: buen apetito; *ha engordado 6 kilos* desde su salida del hospital. Sus reglas que aparecieron hace un año son regulares e indoloras. La pared abdominal es flexible y no causa dolor a la palpación.

La auscultación pulmonar muestra una zona de oscuridad en la base izquierda, que es submate (la enferma tuvo una pleuresía hace 10 meses).

La radioscopia muestra una base izquierda oscura, con signo de adenopatía tráqueo-bronquial. El fondo de saco costo-diafragmático izquierdo se alumbra mal en las fuertes inspiraciones.

Cuti-reacción a la Tuberculina muy positiva.

Observación II.—D. Susana, 12 años y medio.

La enferma entra en el hospital el 24 de septiembre de 1928, porque desde hace 4 días sufre del abdomen.

Antecedentes: Madre muerta de enfermedad del corazón el año anterior. El padre, gaseado en la guerra, tose, pero no parece tuberculoso; dos hermanas mayores, en buen estado de salud.

La enferma se resfría fácilmente y tiene todos los inviernos ataques de bronquitis.

El 20 de septiembre de 1928, durante la cena, tuvo un dolor violento en el hueco epigástrico, dolor que se irradió a todo el abdomen, especialmente en la fosa iliaca derecha. La enferma no pudo continuar su cena y vomitó durante toda la noche; los vómitos al principio alimenticios y después biliosos, reempezaban a la menor cantidad de líquido que tomaba; los dolores persistían tan vivos como al principio y mucho mayores en la fosa iliaca derecha.

Examen: La enferma está decaída, presenta una facies roja a nivel de los pómulos, con ojos hundidos y nariz fina. El examen del vientre es muy doloroso: dolores difusos, especialmente en la fosa iliaca derecha, en el punto de Mac BURNET. Sin embargo, la presión en este punto, aunque muy dolorosa, no determina una contractura muy importante. Los vómitos persisten; se nota un ligero meteorismo abdominal; la temperatura es de 37°5, el pulso es rápido: 128 pulsaciones; respiración superficial. Se establece el diagnóstico de *apendicitis con peritonitis en vía de generalización*.

En lo que concierne a los otros aparatos no hay nada que señalar.

Intervención de urgencia la misma noche, a las ocho y media: Anestesia general cloroformo-éter; incisión de JALAGUIER. La serosa peritoneal está llena de granulaciones miliares. No hay ascitis. El apéndice sano no ha sido arrancado. Se hace penetrar aire en la cavidad peritoneal y se cierra la pared.

El 26 de septiembre se practica una cuti-reacción que es fuertemente positiva. Las reacciones de BESREDKA y de BORDET-WASSERMANN en la sangre, son negativas. El examen de los esputos de la enferma no muestra bacilos de Kock.

Curación «per primam»; temperatura completamente apirética desde el 1.º de octubre.

El estado general de la enferma ha mejorado rápidamente.

El examen del aparato pulmonar muestra oscuridad en los dos vértices de la base izquierda.

La radioscopia muestra una disminución de permeabilidad del hemitórax izquierdo y adenopatía tráqueo-bronquial.

La enferma fué enviada al campo y la vemos de nuevo el 1.º de diciembre de 1928. *Ha engordado 4 kilos* desde su salida del hospital; excelente estado local y general.

Estas dos observaciones muestran, pues, la posibilidad, en lo que se refiere a la peritonitis tuberculosa, de revestir un principio brusco y de simular la apendicitis aguda. Se impone, pues, un análisis concienzudo de los síntomas y de los antecedentes de la enferma ante una crisis de apendicitis aguda. Pero aunque este examen dejase subsistir alguna duda, el Cirujano no deberá tener ningún escrúpulo en aconsejar una intervención que, indispensable y urgente, en caso de apendicitis aguda, tiene generalmente la más feliz influencia sobre la evolución de una peritonitis tuberculosa de forma miliar.

RESUME

L'Auteur rapporte deux observations que montrent la possibilité, pour la péritonite tuberculeuse, de revêtir un début brusque et de simuler l'appendicite aiguë. Aussi faudrait-il faire une analyse sérieuse des symptômes et des antécédents de la malade, en présence d'une crise d'appendicite aiguë. Mais même lorsque cet examen laisse subsister quelque doute, le Chirurgien n'aura aucun scrupule à conseiller une intervention qui, indispensable et urgente, en cas d'appendicite aiguë, a généralement la plus heureuse influence sur l'évolution d'une péritonite tuberculeuse à forme miliare.

SUMMARY

The author makes two clinical observations which show the possibility as regards tuberculous peritonitis, of taking, a sudden commencement and simulating an acute appendicitis. A thorough analysis of symptoms and of history of patient is therefore necessary in the face of a crisis of acute appendicitis. But even though this examination left a doubt, the surgeon should not hesitate in advising an operation which in cases of acute appendicitis is both indispensable and urgent and generally exerts a favourable influence upon the evolution of miliary tuberculous peritonitis.

AUSZUG

Der Verfasser beschreibt zwei klinische Beobachtungen, die die Möglichkeit darlegen, dass eine tuberkulöse Bauchfellentzündung mit heftigem Beginn einer heftigen Blinddarmentzündung ähnlich ist. Es ist daher ein sehr eingehendes Studium der Symptome und der Vorgeschichte einer Kranken bei einer Krisis der Blinddarmentzündung nötig. Aber selbst wenn diese eingehende Untersuchung einen Zweifel ueber die Art der Krankheit bestehen liesse, sollte der Chirurg keine Bedenken zum Eingriff haben, da eine solche unumgaenglich und dringend bei heftiger Blinddarmentzündung ist, aber ausserdem im allgemeinen einen vorteilhaften Einfluss auf den Verlauf der tuberkuloesen Bauchfellentzündung hat.