

Sobre diagnóstico del dolor en la fosa ilíaca derecha en la mujer⁽¹⁾

por el doctor

J. Soler Juliá

Cirujano numerario del Hospital de la Santa Cruz
y San Pablo, de Barcelona

El criterio es hoy unánime referente a la conducta a seguir frente un caso de apendicitis aguda, pues internistas y cirujanos andan de acuerdo en intervenir de urgencia, dentro las doce primeras horas si es posible, convencidos de que con ello se evitan muchas complicaciones y se salva un gran número de enfermos, tanto mayor cuanto más pronta es la operación.

Para proceder así precisa, claro está, un pronto diagnóstico de la afección que, como es sabido, se funda en la comprobación de una contractura de la pared abdominal, a la derecha, sobre el músculo recto, y el dolor provocado, localizado en este punto.

No obstante, la contractura se observa en todas las inflamaciones viscerales que van acompañadas de reacción peritoneal, por ejemplo: en la úlcera gastroduodenal la contractura se encuentra más alta, sobre los rectos; en la colecistitis se encuentra más externa y por debajo de las falsas costillas; en las salpingitis la contractura es mucho más baja; por tanto, la falta de contractura habla contra la idea de apendicitis y permite diferenciarla de los estados agudos o subagudos puramente intestinales (crisis dolorosas de la colitis, oclusión, fenómenos de retención del éxtasis intestinal derecho, et-

cétera) de manera que no es sólo la contractura sino también su localización lo que hará sospechar la apendicitis.

Conviene, además, recordar, como dice TCHATZKINE (1), que, contrariamente a lo que muchos creen, muchas veces el comienzo de la apendicitis aguda no está representado por una sintomatología apendicular; en la inmensa mayoría de casos el comienzo agudo se manifiesta por síntomas de indigestión, con fiebre y trastornos pseudo-cólicos; los dolores están generalizados por todo el abdomen, tienen el tipo de cólicos vulgares que se observan en los sujetos afectos de infección intestinal, y la diarrea que en general les acompaña hace pensar más en una afección digestiva que en una apendicitis. Es después de las seis a las cuarenta y ocho horas del comienzo de los trastornos, que los dolores se localizan en la fosa ilíaca derecha, que se reúnen, que se amasan en este sitio, de la misma manera que con la escoba se reúne en el ángulo de una habitación el polvo y basura que había por el suelo. Es, pues, en este momento que la exploración del abdomen puede revelar los signos de una apendicitis, y es antes de la comprobación de estos síntomas que aun hay médicos que creyendo en una indigestión o en una enteritis infectante purgan al enfermo, con lo cual le produce el doble perjuicio de agravar la lesión y retardar

(1) Lección dada en el "Curso de Cirugía abdominal" organizado por el Dr. CORACHÁN — noviembre, 1932. Discutida en la Sociedad Médico-Farmacéutica de los Santos Cosme y Damián — enero, 1933.

(1) SCHATZKINE, Le syndrome de début de l'appendicite aiguë. — Thèse, Paris, 1926.

el avisar al cirujano. Así, pues, en los casos vistos en su comienzo con el cuadro clínico de una indigestión febril, es preciso reservar la opinión y ver de nuevo al paciente pasadas unas horas con objeto de diagnosticar a tiempo.

Esta peuta que acabamos de exponer y que sirve de orientación para el diagnóstico de la apendicitis aguda, son muchas las veces que el médico no tiene ocasión de seguirla desde un principio, y por condiciones especiales se presenta el cuadro algo variado, con lo cual el diagnóstico de apendicitis puede ofrecer serias dificultades; mas cuando esto ocurre, tiene aquél una importancia algo relativa, ya que se trata de un cuadro abdominal agudo en el cual la operación es igualmente obligada que la urgencia.

El tema de la apendicitis aguda no diremos que esté resuelto, porque en medicina es muy difícil llegar al fin; lo que hoy parece sólidamente edificado lo derrumban mañana nuevos conocimientos que cambian por completo la faz del problema; pero sí creemos poder afirmar que es hoy uno de los temas mejor estudiados. Lo mismo que decimos de la fase aguda de esta lesión, puede decirse de las fases menos agudas, mejor toleradas, en las cuales debe también extirparse el apéndice, porque, en final de cuentas, la apendicitis existe o no existe; si existe, debe extirparse el apéndice sea cual sea el grado de la infección; y si no existe, con su extirpación no curaremos los dolores y molestias que sufre la paciente.

Pero, señores, esto que de momento puede parecer muy fácil, en la práctica se complica mucho por lo difícil que resulta a veces averiguar la causa de estos dolores y molestias que aquejan a los pacientes en la fosa ilíaca derecha y en el bajo vientre.

Está muy extendida la idea de que quien

sufre algún trastorno en el vientre y le resulta sensible la presión en la fosa ilíaca derecha, padece una apendicitis crónica; y debido a esto, ¡cuántas y cuántas apendicectomías inútiles se han practicado y se practican aún! ¡Cuántos y cuántos pacientes, mujeres sobre todo, continúan con las mismas molestias y los mismos dolores después de extirparles el apéndice! Debido al abuso de la apendicectomía en estos casos, se ha extendido la frase de aquel médico americano, hombre listo y burlón, quien al preguntársele cuáles eran las funciones del apéndice, respondió que era un órgano que contribuía al sostenimiento de una noble profesión.

Es indudable que el investigar la causa del dolor en la parte baja del lado derecho del vientre, es siempre mucho más complicado en la mujer que en el hombre. Algunas afecciones abdominales son indudablemente más frecuentes en el sexo femenino, y si a esto unimos las correspondientes al aparato genital recordando la facilidad y la frecuencia con que enferma, nos explicaremos la dificultad que hemos dicho existía a veces para investigar la causa del dolor. Es necesario que el cirujano y el ginecólogo tengan buenos conocimientos de patología intestinal o se pongan en relación con un internista cuando deba averiguarse la causa de un dolor de tal localización.

Cuando se trata de apendicitis aguda, a la cual acompaña el síndrome más o menos completo de que hemos hablado, las dificultades diagnósticas no acostumbran a ser grandes. No obstante, nunca debe olvidarse un buen interrogatorio con objeto de despistar una posible lesión genital, como tampoco debe prescindirse del tacto vaginal que en más de una ocasión nos pondrá sobre la pista de la verdadera causa del dolor. Una metro-anexitis aguda, de comienzo a veces tan súbito y aparatoso como una

apendicitis, se reconoce a la exploración por el dolor y aumento de volumen del útero, por el dolor y la ocupación de los fondos de saco laterales. Una rotura tubárica con hemorragia interna de mediana intensidad, puede, en sus comienzos, por el dolor, pulso acelerado, vómitos y abultamiento del vientre, hacer pensar en una apendicitis; pero también el interrogatorio, que descubrirá una amenorrea, y el tacto vaginal que pondrá de manifiesto un fondo de saco lateral y el Douglas ocupados, nos descubrirán la verdadera causa del dolor y con ella la de la afección.

Un buen interrogatorio es muchas veces la mitad del diagnóstico y una exploración completa es casi la otra mitad, sobre todo cuando se trata de afecciones como de las que estamos hablando. Pero la cosa cambia cuando el cuadro clínico no nos ofrece este conjunto sintomático tan agudo y estas alteraciones anatómicas tan claras. Con tanta o más frecuencia que la apendicitis aguda o la afección genital aguda, vemos a la mujer que aqueja dolores vagos en el lado derecho de la mitad inferior del vientre con agudizaciones más o menos intensas y más o menos pasajeras, incluso con algún intervalo de curación aparente. Si frente a un síndrome de esta naturaleza no nos obstinamos con la idea de la apendicitis crónica, es indudable que se estudiará el caso con atención, sin prisas y sin fatiga, acudiendo a cuantos medios de exploración sean precisos, y de este modo se sentará una indicación terapéutica adecuada, que seguramente convertirá en éxito lo que habría sido un fracaso si se hubiese practicado la extirpación del apéndice; pero esto no quiere decir que algunas veces no precise la apendicectomía para que la enferma cure, con lo cual aceptamos la existencia de la apendicitis crónica.

* * *

Delante un cuadro de éstos, imprecisos, vagos, debe plantearse el problema diagnóstico pensando que puede tratarse de una afección intestinal, de una afección hepática o renal, de una afección apendicular o de una afección genital.

No hacen falta muchos años de práctica para darse cuenta de lo frecuente que es en la mujer la constipación habitual, sin duda mucho más frecuente que en el hombre, hasta el punto, dice SCHICKELE, que casi puede preguntarse si el conjunto del mecanismo fisiológico del intestino, y más particularmente del colon, es diferente en la mujer que en el hombre. Esta diferencia hoy no está comprobada ni mucho menos; pero es lo cierto que muchas de estas pacientes sufren molestias y dolores que las obligan a consultar al médico o al ginecólogo. En estas enfermas la palpación abdominal revela a veces ligero dolor en el bajo vientre, y el tacto vaginal o rectal despierta dolor en el fondo de saco lateral derecho o en el Douglas sin que se encuentre afección inflamatoria alguna bien determinada; si para ver de encontrarla se profundiza más la exploración, el dolor puede aumentar e inclinar al práctico al diagnóstico de apendicitis crónica, dato erróneo, ya que es el dedo quien al apretar más el peritoneo irritado por una constipación, despierta mayor dolor.

Son múltiples las afecciones intestinales con las cuales debe pensarse al tratar de diagnosticar un caso de éstos: el ciego anormalmente movable, las perivisceritis inferiores. Ciego ptósico, fijo y doloroso. Peritiflitis. Ptosis de colon derecho. Membranas de Jackson. Perivisceritis superiores. Pericolitis del ángulo derecho. Coprostasis cecal crónica. Colitis. La colecistitis y la litiasis renal son también afecciones que deben recordarse y que no podemos describir porque ello nos llevaría más allá de lo pre-

eiso en este momento. Pero esto quiere decir que precisa interrogar sobre la función del tubo digestivo, y explorar todo el abdomen, y practicar los exámenes indispensables en estos casos, que son análisis de materias fecales, examen por los rayos X y algunas otras pruebas accesorias.

El análisis coprológico es quizá algo pesado, pero proporciona una serie de datos de los cuales no se puede prescindir en estos casos. La forma, el color, la consistencia, el olor, la reacción, la fermentación, la presencia de sangre, de mucosidades, de alimentos mal digeridos, de huevos de parásitos, constituyen un auxiliar precioso para el diagnóstico de afecciones del tubo digestivo.

La radioscopia y la radiografía completan el examen funcional poniendo de manifiesto si el intestino se llena de manera incompleta, tardía o precoz, si hay aerocolia, espasmos, inercia intestinal, ptosis, adherencia; por la presión puede verse qué es lo doloroso; puede revelarnos una lesión hepática o renal; en fin, nos suministra una serie de datos que ayudan muy mucho al diagnóstico.

Precediendo así, no contentándose sólo con un interrogatorio y una palpación de la fosa ilíaca derecha, sin duda alguna se aquilatará más el diagnóstico y se podrá instituir un tratamiento de prueba, que unas veces será curativo y otras demostrará que no es aquélla la causa del dolor.

Otra de las causas de dolor en la fosa ilíaca derecha o cuadrante inferior derecho del abdomen es la apendicitis crónica, entidad nosológica cuya existencia no puede negarse, pero de la cual, como hemos dicho, se ha abusado de manera extraordinaria.

Dice GALLART (1) al explicar la lección

“Las falsas apendicitis”, que el diagnóstico debe fundarse, sobre todo y por encima de todo, en los datos que la clínica pueda suministrarnos, que serán los de más valor para orientar el diagnóstico.

“El primero de ellos es el dolor, pero no el dolor provocado que se encuentra a la exploración manual a punta de dedo, sino el dolor espontáneo, por crisis, que se presenta localizado en el epigastrio o en la fosa ilíaca derecha, que dura media hora, una hora o hasta un día, y que se acompaña casi siempre de náuseas o vómitos. Es el niño que interrumpe su juego sobrecoigido por un dolor que le obliga a llevarse las manos al vientre, mientras sus facciones palidecen ligeramente y que después de unos momentos continúa jugando como si nada le hubiera ocurrido. Otras veces el dolor persiste, obligando a guardar cama; se le purga creyéndole indigestado, y queda bien o no, hasta que a los tres o cuatro meses repite la crisis, también de una manera inopinada. El período intercalar puede durar más o menos tiempo, hasta años, durante los cuales el enfermo se encuentra completamente normal, hasta que un día, de pronto, se altera su fisiologismo por un nuevo dolor acompañado como el anterior de ligera reacción peritoneal, con vómitos o náuseas que pasan nuevamente sin dejar rastro, o que señalan plastrón en sus primeros estadios. Si durante las crisis se pone el termómetro al enfermo, se apreciarán pequeñas elevaciones térmicas, que casi nunca pasan de 38° y que duran tan sólo unas horas. La fórmula leucocitaria, que correspondiendo a un proceso inflamatorio, presenta a veces en las calmas intercalares una leucocitosis discreta con mononucleosis, convierte a ésta en polinucleosis durante las fases de agudización del proceso. Es frecuente que después de repetirse varias veces el ataque no quede el enfer-

(1) GALLART — “Las falsas apendicitis” — *Clinica y Laboratorio*. — Agosto 1932.

mo complemente bien en los períodos intermedios, y algunas molestias que aqueja en ellos son testimonio de la perivisceritis que comienza a bloquear el proceso inflamatorio apendicular.

“Este es el cuadro de la apendicitis crónica, cuyos síntomas no son sino un esbozo de los dramáticos de la forma aguda. El dolor en puñalada, la fiebre alta, la perforación que conduce a la muerte en la apendicitis aguda, aparecen en pequeño en la apendicitis crónica. Podemos, pues, decir con razón que la diferencia entre una y otra forma de apendicitis es una mera cuestión de cantidad.”

Después de lo dicho no hay más que desconfiar de todo cuadro que no sea el descrito, y esta desconfianza debe acuciarnos para investigar la causa del dolor, recurriendo a cuantos medios de investigación estén a nuestro alcance.

No queremos seguir adelante sin recordar que en este asunto, como generalmente en todos, hay excepciones. Es innegable que el cuadro descrito por GALLART de la apendicitis crónica es el que debe regir para diagnosticar tal afección, pero no es menos cierto que encontramos con relativa frecuencia casos en los que el paciente no explica estas crisis, casi no recuerda haber tenido alguna y, sin embargo, acusa dolor en la fosa ilíaca derecha que apenas si le impide llevar una vida casi normal, pero que siempre tiene dolor en aquella región, dolor que muchas veces aumenta con la fatiga. Estos pacientes, que difícilmente pueden diagnosticarse de apendicitis crónica porque no ha habido crisis dolorosa, vómitos, náuseas ni temperaturas; en los que resulta negativa toda exploración intestinal, genital y renal, curan con la extirpación del apéndice.

En estos casos casi siempre se encuentra el apéndice con cálculos estercoráceos, o

bien en posición defectuosa, ya porque una peritiflitis lo haya adherido al ciego, ya porque haya creado alguna brida que lo fija o estrangula. El diagnóstico es difícil, pero no hay duda que bien estudiado el caso puede llegarse a la conclusión de que es el apéndice el causante de todas las molestias y llevar, por tanto, el paciente a la sala de operaciones con casi seguridad de éxito.

Ante todo hay que excluir las lesiones intestinales de que hemos hablado sin olvidar tampoco las lesiones congénitas del ciego, malposiciones y malformaciones, como son ciego móvil, vólvulos, falta de rotación cecal, etc. La litiasis renal y las lesiones de vejiga biliar deben, como hemos dicho, descartarse.

Excluidas estas lesiones, es el examen por los rayos X que nos orientará al diagnóstico de trastorno apendicular o apendicitis crónica. Los doctores COMAS y PINÓS, que son los que exploran casi todas las enfermas de nuestro servicio del Hospital, nos han demostrado que el síntoma fundamental de la apendicitis y sobre el que se basa el diagnóstico clínico, consistente en la existencia de un punto doloroso profundo que corresponde al apéndice, precisa corroborarlo a la pantalla. Es bajo ésta que se aprecian las múltiples causas de error del punto doloroso profundo, supuesto apendicular, como son: la celulitis pelviana dolorosa, los puntos neurálgicos de los plexos viscerales en sujetos que sufren del plexo solar, las adenopatías pélvica o ilíaca de causa indeterminada, etc. Por todo ello, sólo debe concederse importancia diagnóstica el punto doloroso correspondiente al borde interno del ciego y que siga exactamente la imagen cecal en todos los desplazamientos. Además, tiene gran importancia el retraso en el tránsito ileocecal y los espasmos especiales ileocecales de que hablan

JACQUET y GALLY (1); hasta el extremo de que junto con el punto doloroso cecal interno aportan la certeza y excluyen todo error en el diagnóstico de la apendicitis crónica. Quizá esta afirmación sea demasiado absoluta; pero por lo menos quiere decir que en un tanto por ciento muy crecido de casos resulta positiva.

En la mayoría de casos que hemos intervenido por apendicitis crónica, el apéndice no se llenaba por el método de visualización apendicular de Czepa llevado a cabo con la esrupulosidad y pericia por todos reconocida de los radiólogos Dres. COMAS y PINÓS. No obstante, sobre este punto la discusión está abierta y debemos esperar la última palabra; pero de momento, nosotros creemos que el apéndice que no se llena después de cuatro días de buena exploración tiene grandes probabilidades de estar enfermo. También creemos que la visibilidad, o quizá mejor dicho, la permeabilidad, no significa que esté sano, es decir, que puede un apéndice ser permeable y estar enfermo.

Es por todo lo dicho que debe concederse gran importancia para el diagnóstico radiológico de la apendicitis crónica al dolor en el borde interno del ciego, retención fleo-cecal y espasmos fleocecales.

De la misma manera que en los dolores del cuadrante inferior derecho del abdomen debe pensarse además del apéndice en las varias otras lesiones de que hemos hablado, debe pensarse también en la mujer en el aparato genital interno, asiento a veces de lesiones o trastornos, cuyos dolores o molestias el poco avisado puede atribuir al apéndice y como consecuencia sentar una indicación terapéutica que llevará al fracaso.

Es por esto que no nos cansaremos de re-

petir que en estos casos debe practicarse siempre un reconocimiento genital, que se llevará a cabo con la mayor cautela y el mejor orden para descubrir el más pequeño detalle, que muchas veces nos llevará al diagnóstico. Debe comenzarse por el tacto vaginal, con dos dedos si es posible, si no con uno; y en caso de himen estrecho se practicará la exploración por el recto, nunca tan precisa y afiligranada como por tacto vaginal, pero siempre de positivo valor.

Precisa primero hacerse cargo de la posición del útero; si está en láterodesviación, investigar la causa, ya buscando la existencia de alguna tumoración que lo empuje al lado contrario, ya interrogando en el sentido de averiguar si algún proceso flogístico anterior puede haber curado con esclerosis y retracción del tejido celular del ligamento ancho y de la pared lateral de la pelvis. Cuando esto ocurre, puede haber quedado aprisionado algún filete nervioso y ello ser causa de dolor. Del mismo modo es posible que las congestiones, la fatiga, aviven de manera moderada una infección que haya quedado latente y sea ella causa de dolor.

Véase luego si el útero está en retroposición, ya que la dirección del fondo uterino hacia atrás o abajo puede dar lugar a congestión de la baja pelvis y dolores reflejos que, irradiados hacia la derecha, hagan pensar en la apendicitis crónica, sobre todo si la retroposición es fija; pues siendo esto debido a procesos flogísticos anteriores, siempre es causa de mayores molestias. La localización de un fibroma pequeño en el fondo uterino puede ser causa de retroposición con las molestias consiguientes.

Descartado esto precisa averiguar si el útero es asiento de alguna inflamación, ya del endometrio, ya del miometrio; es decir, si hay endometritis o metritis. La en-

(1) JACQUET et GALLY — Le diagnostic radiologique de l'appendicite chronique. — *La Presse Médicale* — 14 mars 1931.

dometritis, si es de poca intensidad, rara vez va acompañada de dolores que puedan despistar su verdadera localización; pero cuando va acompañada de metritis, es decir, cuando es todo el útero que está enfermo, entonces sí que a las molestias locales pueden seguir dolores a distancia, que sin una buena exploración despisten el verdadero diagnóstico. La metritis la pone en evidencia la presión sobre el útero, pero la presión sin mover el órgano; ya que moviéndolo se puede despertar dolor que, como veremos luego, no sea debido a metritis. Para ello basta fijar el fondo uterino mediante la mano colocada en el abdomen y con uno de los dedos introducidos en la vagina presionar el útero, sobre todo por el Douglas y en su unión del cuello con el cuerpo. También en estos casos la introducción del histerómetro hasta el fondo del útero sin mover éste despierta vivo dolor de contacto. Para ello basta colocar un espéculum e introducir directamente el histerómetro sin auxilio de pinza alguna de fijación siempre que sea posible.

Una vez descartado el útero como causa del dolor, debe procederse al examen de los anexos. La trompa puede enfermar de tal manera que dé lugar a manifestaciones dolorosas variadas, algunas de las cuales es posible que de momento hagan pensar en una lesión apendicular crónica. Claro está que para esta confusión precisa que la lesión radique en un solo lado, el derecho; o bien que sea de muy difícil diagnóstico. Cuando la lesión es relativamente voluminosa no ofrece éste grandes dificultades, o por lo menos no es difícil afirmar que la trompa está enferma; en cambio, es ya otra cosa precisar de qué clase de lesión se trata.

Una flogosis tubárica de mediana intensidad no es difícil diagnosticarla por tacto combinado, ya que al dolor en los fondos de saco laterales va unido un aumento de vo-

lumen de las trompas, y es aun más fácil si la infección ha tenido lugar de fuera a dentro, por vía ascendente, pues la enferma nos habla de leucorrea y dolor primitivo en el bajo vientre; además, es raro que no haya algo de fiebre. Las afecciones quísticas, como el hidrosalpinx, casi siempre es bilateral y raramente va acompañado de fiebre. En el embarazo tubárico la tumoración es algo dolorosa, hay amenorrea y no hay temperatura. En una palabra, la inmensa mayoría de procesos tubáricos no ofrecen dificultad diagnóstica en cuanto a su existencia, y por tanto, es fácil evitar la confusión con la apendicitis crónica. En cambio, cuando se trata de lesiones puramente flogísticas de poca intensidad que dan lugar a dolores y molestias imprecisas, sin que por el tacto se encuentre tumoración alguna y cuya existencia repereuta poco sobre el fisiologismo del aparato genital, entonces sí que el diagnóstico es más difícil; y sin embargo, conviene establecerlo y no confundir esta lesión con la apendicitis crónica. Para ello nosotros procedemos de una manera que casi siempre permite precisar que la trompa está enferma y excluir por tanto el diagnóstico de apendicitis crónica. Apelamos al siguiente recurso: descartamos primeramente toda lesión uterina practicando las maniobras expuestas hace un momento y recordando sobre todo que precisa llevarlas a cabo sin mover apenas el útero. Convencidos de que poca o ninguna lesión hay en el Douglas ni en el útero, cogemos el cuello de éste entre los dedos índice y medio, o sean los dedos que tactan, basculando el órgano lateralmente y con alguna brusquedad. Si no hay lesión anexial no se despierta con ello ningún dolor; a lo sumo, dice la paciente que nota una sensación molesta de algo que se mueve; en cambio, si hay lesión anexial se despierta dolor, más o menos vivo, pero

siempre dolor que indica, u orienta, hacia una lesión anexial. Esta maniobra está también indicada en las obesas, no ya en las que aquejan un síndrome doloroso en el cuadrante inferior del abdomen derecho, sino en las que presumimos una lesión anexial que la obesidad impide sea reconocida por el tacto.

También merece la pena de recordarse el signo de Berthomier cuando se sospecha una anexitis derecha: la presión sobre la región de Mac-Burney es menos dolorosa en decúbito lateral izquierdo que en decúbito dorsal.

En el ovario pueden existir lesiones, sobre todo las de poco volumen, que hagan pensar en una apendicitis crónica. El ovario grueso, prolapsado hacia el Douglas, da lugar a molestias y dolores irradiados e imprecisos. Los quistes foliculares y luteínicos son causa asimismo de dolores y molestias que pueden hacer pensar en aquella afección, sobre todo si, como ocurre algunas veces, no van acompañados de desarreglos menstruales; y lo mismo sucede con los del para-ovario.

Todo ello confirma la necesidad que hay siempre de un concienzudo examen genital.

Dada la proximidad de la región salpingo-ovárica con la ceco-apendicular, nada tiene de particular que con relativa frecuencia enferme una a consecuencia de la otra y se establezcan adherencias inflamatorias que obliguen a la intervención cuando pudiera parecer curada la lesión primitiva, no difícil, por regla general, de diagnosticar y precisar. Creemos merece la pena de consignar que son en mucho mayor número las veces que hemos encontrado adherido el apéndice a los anexos derechos a consecuencia de una lesión primitiva anexial, que no por lesión primitivamente apendicular; así como también merece la pena de citarse el hecho de que en la ma-

yoría de los casos de adherencia anexo-apendicular por lesión primitiva de aquéllos, el apéndice se halla congestionado, engrosado, inflamado por contigüidad, pero con gran frecuencia se encuentra sana la mucosa. Con esto queremos decir que casi nunca existe verdadera apendicitis, a pesar de lo cual lo extirpamos siempre, y creemos debe recomendarse que así se proceda.

Por último, debemos hablar de un punto muy interesante, de unos trastornos que molestan extraordinariamente a las pacientes, que en ocasiones las lleva a la neurastenia con todas sus fatales consecuencias, trastornos que causan dolores a veces tan imprecisos, que pueden hacer pensar en la apendicitis crónica, que casi sólo se diagnostican por exclusión y que conviene conocer, porque con tratamiento apropiado curan muchas de ellas; me refiero a las neuralgias pelvianas o plexalgias.

Mucho se ha hablado de la causa de estas neuralgias, llegando la mayoría a sostener que no existen las neuralgias esenciales y que debe buscarse su origen en una pequeña alteración del ovario o del útero; pero es el caso que muchas veces persisten después de una castración total.

Sin duda alguna, las causas que aumentan la congestión del bajo vientre repercuten sobre los dolores para aumentar su intensidad; por esto los prolapsos, las desviaciones uterinas y la ovaritis esclerótica tienen en ello gran influencia; también la constipación por la congestión a que da lugar, y quizá también por la intoxicación que provoca, repercute de manera nefasta sobre las neuralgias pelvianas, al igual que las causas físicas como excursiones a pie o en coche, algunos deportes, ejercicios violentos, etc.

Frente a estos trastornos subjetivos, siempre muy aparatosos, el examen ginecológico apenas si pone de manifiesto lesiones in-

significantes. El tacto, a veces difícil a causa del vaginismo, habitualmente es negativo y sólo revela una hiperestesia de los fondos de saco vaginales, del útero o de un ovario. A la palpación combinada, los más pequeños movimientos imprimidos al útero, la presión sobre su fondo, son muy dolorosos; pero cuando lo son más es al elevar el cuello con el índice y el medio introducidos en el fondo de saco posterior, ya que así se determina una tracción sobre los ligamentos útero-sacros y por ellos sobre los plexos hipogástricos, que además de despertar dolor local se manifiesta también irradiado a diversas zonas. Al tacto, se pueden encontrar los ligamentos contracturados, formando una cuerda que desaparece mediante ligero masaje. Otras veces existe a este nivel una pequeña zona espesa, indurada, de celulitis, que corresponde a lo que SCHULZE ha llamado parametritis posterior. Otras veces es en los ovarios donde se manifiesta la mayor hiperestesia; y si algunas veces se encuentran sanos, en otras es posible encontrarlos aumentados de volumen o adheridos y fijos al Douglas por bridas de periovaritis que explican la intensidad de los dolores.

Cuando no se encuentra lesión alguna y la paciente aqueja también dolor en el bajo vientre que aumenta la presión, nada tiene de particular que quien no conoce la existencia de estas plexalgias piense y se oriente hacia la apendicitis crónica. De aquí el interés que hemos tenido en hablar, aunque muy brevemente, de esta afección.

La causa de estas neuralgias está muchas veces en lesiones de los genitales internos; pero sin duda alguna existen también en forma primitiva, pues COTTE (1) pone de manifiesto y describe de manera convincente

te las plexalgias hipogástricas primitivas.

Los casos que ha operado por resección del nervio presacro, en la mayoría ha encontrado en éste alteraciones que el microscopio ha puesto en evidencia de manera categórica y que esquematiza como sigue: Estado congestivo del nervio; hemorragias microscópicas del nervio presacro; distensión edematosa de las cavidades vaginales perinerviosas; aspecto inflamatorio del nervio presacro; y evolución esclerosa de este nervio.

Las microfotografías que publica son convincentes y, por tanto, fuera de duda que las pacientes que acusan fuertes dolores en la pelvis y bajo vientre, en forma de crisis, o muy continuos, y en las cuales toda exploración es negativa, pueden padecer una plexalgia hipogástrica.

* * *

Quizá no tendría que hablar del tratamiento del dolor en la fosa ilíaca derecha de la mujer, en primer lugar porque era nuestro propósito tratar sólo del diagnóstico, y también porque basta decir que el tratamiento debe ser el apropiado contra la causa del dolor. Pero, si bien no queremos hablar de los diferentes procedimientos de apendicectomía, histerectomía, operaciones sobre anexos genitales, hígado, uréter, intestinos, etc., sí queremos hacer hincapié sobre una detalle muy interesante referente a la resección del nervio presacro. Digamos de una vez que el único medio hasta hoy conocido para tratar las neuralgias pelvianas o plexalgias hipogástricas es la resección del nervio presacro. De ello hablamos en la sesión científica del cuerpo facultativo del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, en febrero de 1928 (1).

(1) J. COTTE et J. DECHAUME — Les plexalgies hypogastriques. — *La Presse Medicale*, número 21 — 14 mars 1931.

(1) SOLER JULIÁ — La resección del nervio presacro en ginecología — *Anales del Hospital de la Sta. Cruz y San Pablo* — Marzo, 1928.

En nada ha variado la técnica desde entonces, pero sí que COTTE hace notar, y esto es lo interesante, la necesidad de seccionar el nervio por completo; ya que ha reoperado a una enferma que a los pocos meses de operada le reaparecieron los dolores, encontrando un neuroma de cicatrización debido a no haber sido seccionado el nervio por completo. Por esto precisa no sólo seccionarlo, sino resecar una extensión no inferior a un centímetro.

Para terminar y hacer quede mejor grado cuanto hemos dicho, bien será exponer brevemente algunos casos demostrativos. Son tan frecuentes en la práctica, hay tantos, que poco hemos tenido que molestar la memoria o hurgar el archivo de historias clínicas para encontrar unos cuantos.

M. L., de 19 años, ingresa en nuestro servicio del Hospital el 20 de septiembre de 1932. Dice que hace cerca de dos años comenzó a quejarse de dolores en el bajo vientre hacia la derecha, sin vómitos, por lo que le recomendaron reposo y hielo en el vientre, y a los dos meses fué operada de extirpación del apéndice. Después de ello vuelve a quejarse de iguales dolores, continúa el estreñimiento de siempre. Se siente tan molesta, que no pudiendo trabajar, decide ingresar en el Hospital.

A la exploración no se encuentra nada genital, ligera ptosis renal derecha y dolor a la presión cecal. Hacemos el diagnóstico de tiflitis antigua y la mandamos al servicio del doctor GALLART para exploración por rayos X, y nos dan el diagnóstico de: tiflitis, con *perivisceritis agravada por la intervención*. Con diatermia y régimen mejora, para ser dada de alta y continuar el tratamiento ambulatorio.

V. R., 25 años, ingresa el 10 de octubre de 1932. Hace mucho tiempo aqueja peso en el bajo vientre y dolor, que aumenta con la fatiga. El 4 de septiembre tuvo dolor en el lado derecho del vientre, vómitos, que en conjunto duraron 24 horas; dice le parece que tuvo fiebre. Regla bien. Como continúan las molestias en el vientre, decide ingresar en el Hospital.

Exploración. — Dolor a la presión en fosa

ilíaca derecha. Utero en retroversión aumentado de volumen pero sólo 7 centímetros de histerometría. Los rayos X ponen de manifiesto retención ileal, apéndice no visible.

Diagnóstico. — Probable apendicitis crónica y fibrona subperitoneal de fondo útero.

Tratamiento. — Laparotomía media. Apéndice retro-cecal sin lesión aparente. Apendicectomía. Se comprueba un fibrona en el fondo uterino, del tamaño de una castaña, que vuelca el útero hacia atrás. Miomectomía. Cura sin contratiempo. Alta, 31 octubre.

A. B., 19 años. Hace año y medio dolores por crisis en el bajo vientre que no tardan en hacerse persistentes. Ingresa en un servicio de medicina de este Hospital con el diagnóstico de apendicitis, donde está durante mes y medio que, visto el resultado negativo de todas las exploraciones, la intensa dismenorrea cuando tuvo la regla y que el dolor no calmaba a pesar de todo, decidieron que la viéramos. A la exploración encontramos: dolor a la presión en el bajo vientre, el tacto vaginal despertaba gran dolor en Douglas y fondos de saco laterales, sin lesión genital alguna. Hicimos el diagnóstico de probable plexalgia hipogástrica y sentamos la indicación de resecar el presacro. Aceptada la intervención, es trasladada al servicio.

Operación el 15 de septiembre. Laparotomía media. Utero y anexos sanos, sólo pequeña hidátide de Morgagni en trompa izquierda, que es extirpada, aunque no explica los sufrimientos y dolores. En el ovario derecho hay un folículo maduro. Extirpación del apéndice, que parecía normal. Resección de casi dos centímetros de nervio presacro.

Curso post-operatorio normal. A los dos días tuvo la menstruación sin dolores. No ha vuelto a quejarse del vientre; estaba tranquila en la cama, cosa antes imposible; descansa bien. Al ser dada de alta dice se encuentra muy bien.

Lleva poco tiempo de operada para poder hablar de curación definitiva, pero es lo cierto que sigue el curso de las que curan radicalmente (1).

El doctor GALLART cita el caso de una opera-

(1) Vista la paciente tres meses después, dice ha aumentado cinco kilos de peso, se encuentra sin molestia alguna y ha menstruado normalmente y sin dolor.

da de apendicitis crónica, que a los seis días de extirpado el apéndice tuvo la misma crisis que antes de la operación, y expulsó por la uretra un pequeño cálculo, con lo cual desaparecieron para siempre los dolores.

Y basta de casos, porque con ellos y lo dicho es suficiente para hacerse cargo de la importancia y de la necesidad de un buen diagnóstico en los casos de síndrome doloroso del bajo vientre y fosa iliaca derecha en la mujer. Con frecuencia precisa vencer muchas dificultades para salir airoso; pero no hay más que armarse de paciencia y aguzar las exploraciones para llegar a saber la causa, pues conocida ésta el tratamiento está marcado y es eficaz por regla general.

RESUM

L'autor, d'una manera manifesta, demostra la facilitat amb què de vegades s'atribueix a l'apèndix un dolor existent en la fossa iliaca dreta o llurs voltants, practicant la seva extirpació que en res millora el dolor i fins de vegades l'agreuja.

Parla, també, de les múltiples causes d'error i de la manera d'establir un bon diagnòstic que serveixi per a fixar una base terapèutica positiva i eficaç.

Després de citar alguns casos demostratius, recomana que no es practiquin apendicectomies sense tenir la seguretat absoluta de si la lesió radica en l'apèndix.

RÉSUMÉ

L'auteur nous fait remarquer qu'assez souvent on attribue à l'appendice toute douleur localisée dans la fosse iliaque droite, mais que l'extirpation ne soulage pas le malade qui quelques fois, au contraire se trouve pire.

Il parle des multiples causes d'erreur et explique comment on peut faire un bon diagnostic qui permettra au médecin établir un traitement efficace.

Il cite plusieurs cas démonstratifs. Il dit que l'appendicectomie ne doit jamais se pratiquer sans qu'il y ait la certitude de l'existence d'une lésion à l'appendice.

SUMMARY

The author points out the frequency with which all pains in the right iliacal fossa are attributed to the appendix. Very often in these cases extirpation does not relieve the patient, who sometimes becomes worse.

He enumerates the various causes of error and shows how to establish a correct diagnosis on which an efficacious treatment can be based. He cites various cases and recommends surgeons to avoid carrying out an operation for the removal of the appendix unless the existence of a lesion is absolutely sure.