

Sesiones del 2 y 9 de diciembre de 1964 \*

## ORIENTACIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICA DEL ABDOMEN AGUDO EN EL LACTANTE

y

### FALSO ABDOMEN AGUDO

DR. L. GUBERN-SALISACHS

Barcelona

Antes de entrar de pleno en el tema que nos ocupa, debemos tener en cuenta ciertas características del lactante, de interés en relación con el abdomen agudo.

1. *El lactante está en período de gestación externa.* Como ya hemos expuesto en otras ocasiones, el período de lactancia corresponde al de gestación externa, de duración equiparable o algo mayor que el de la interna (fig. 1). A pesar del cambio que representa el nacimiento y que después de él pueden aparecer trastornos patológicos, respiratorios, circulatorios, de inflamación de la serosa peritoneal y destrucción de las vías naturales de origen prenatal, no existe solución de continuidad en la *anatomía funcional del desarrollo*, por lo que el feto de la gestación externa y el de la interna, forman una verdadera unidad biológica. *Ello explica la extraordinaria importancia de los factores congénitos en la génesis del abdomen agudo en el lactante.*

Esquemáticamente estos factores congénitos pueden actuar de tres maneras:

a) Dando lugar a un proceso poco manifiesto, casi en fase preclínica, en el período neonatal, que en el lactante se acentúa en tal forma que provoca un cuadro de abdomen agudo (por ejemplo, estenosis

---

\* Los trabajos de los Dres. J. M.<sup>a</sup> BERTRÁN-SANGUÉS sobre «*Sintomatología general del abdomen agudo en la infancia*»; J. GONZÁLEZ-FERRÉ sobre «*Etiología general del abdomen agudo. Invaginación intestinal*»; y A. RAVENTÓS-MORAGAS sobre «*El abdomen agudo en el púrpulo y en el lactante*», han sido publicados en el núm. 115 de este Boletín, correspondiente a los meses de mayo-junio de 1965.

intestinal, duplicación intestinal, defecto de rotación que provoca una estrangulación).

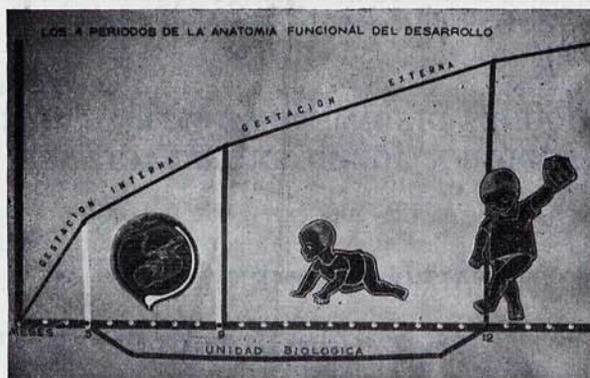


Fig. 1. — Los cuatro primeros períodos de la anatomía funcional del desarrollo: 1.º Período embrionario u organo-genético. 2.º Fetal intrauterino. En este período pueden originarse malformaciones por destrucción de estructuras ya formadas y cicatrización ulterior de las lesiones. 3.º Gestación externa. A pesar del cambio que representa el nacimiento y que después de él pueden aparecer trastornos patológicos, respiratorios y de obstrucción de las vías naturales de origen prenatal, no existe solución de continuidad en la anatomía funcional del desarrollo, por lo que el feto de la gestación interna y el de la externa forman una verdadera unidad biológica. 4.º Feto libre.

b) El cuadro se inicia en el lactante con normalidad clínica absoluta hasta este momento (por ejemplo, un divertículo de Meckel, que provoca hemorragia, como es lo más frecuente, u otra complicación).

c) El cuadro de abdomen agudo, provocado por una peritonitis plástica, es una secuela de una intervención por un proceso congénito (hernia diafragmática, oclusión intestinal congénita, especialmente por defectos de rotación). Es posible que, aparte de una técnica escrupulosa, el *alfa-quimotripsina* disminuya el número de casos en que ocurra esta complicación.

2. *La frecuencia del vómito y las dificultades de su valoración.* Ya es sabido que el lactante puede presentar vómitos por factores sin relación alguna con un abdomen agudo. Esto puede inducir, al poco avezado, a subestimar este síntoma que puede ser *anunciador de un abdomen agudo*. Naturalmente que las características y localización de los factores etiológicos, causantes del proceso, pueden, aparte de los propios del lactante en sí, favorecer o retardar la aparición de este

síntoma. Aparte de su valor diagnóstico, el vómito tiene extraordinaria importancia porque puede provocar una complicación bronco-pulmonar mortal por aspiración.

3. *La rápida evolución del proceso*, en un sentido favorable o desfavorable, interengamos o no al enfermo. Esta rapidez de evolución se explica por las características de su tiempo biológico, distinto de los propios de los primeros días de la vida, en los cuales existe cierto enlentecimiento vital que explica la lentitud y poca intensidad de las manifestaciones clínicas que observamos, a veces, en las peritonitis neonatales, por ejemplo. Esta rápida evolución es más frecuente en determinados procesos, enteritis necrosante, por ejemplo.

4. *El interés especial que tiene en la etiología la perturbación del equilibrio hidro-electrolítico*: a) Por la labilidad de dicho equilibrio en el lactante. b) Por las perturbaciones del peristaltismo intestinal que provoca (la hipokalemia da lugar a una parálisis intestinal; la hiperhidratación provoca un edema cerebral, pulmonar, etc., aparte del de la boca de una anastomosis intestinal; la hipocloremia y alcalosis que provoca los vómitos intensos y frecuentes puede dar lugar a una tetania intestinal). c) Porque los cuadros que provocan deshidratación —enterocolitis— plantean a veces problemas de difícil diagnóstico con el abdomen agudo o parecen ser que ha determinado la aparición de éste.

CUADRO I

CARACTERÍSTICAS DE INTERÉS DEL LACTANTE EN RELACIÓN CON EL ABDOMEN AGUDO	
1. El lactante está en período de gestación externa. <u>Importancia de los factores congénitos.</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Procesos casi en fase preclínica en período neonatal (estenosis y duplicación intestinal, defecto de rotación que provoca una estrangulación, etc.).</li> <li>b) Normalidad clínica hasta el momento (divertículo de Meckel).</li> <li>c) Peritonitis plástica, secuela de una intervención por proceso congénito.</li> </ul>
2. El vómito no es siempre fácil de valorar.	
3. La rápida evolución del proceso.	
4. Interés especial de las perturbaciones del equilibrio hidro-encefalicítico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>( a) Muy lábil.</li> <li>( b) Modifican el peristaltismo intestinal.</li> <li>( c) Problemas diagnósticos (enterocolitis).</li> </ul>

En el cuadro I resumimos las características de interés del lactante en relación con el abdomen agudo, que acabamos de comentar brevemente.

La figura 2 corresponde a una oclusión por peritonitis plástica. El niño había sido intervenido por nosotros el tercer día de la vida, de un

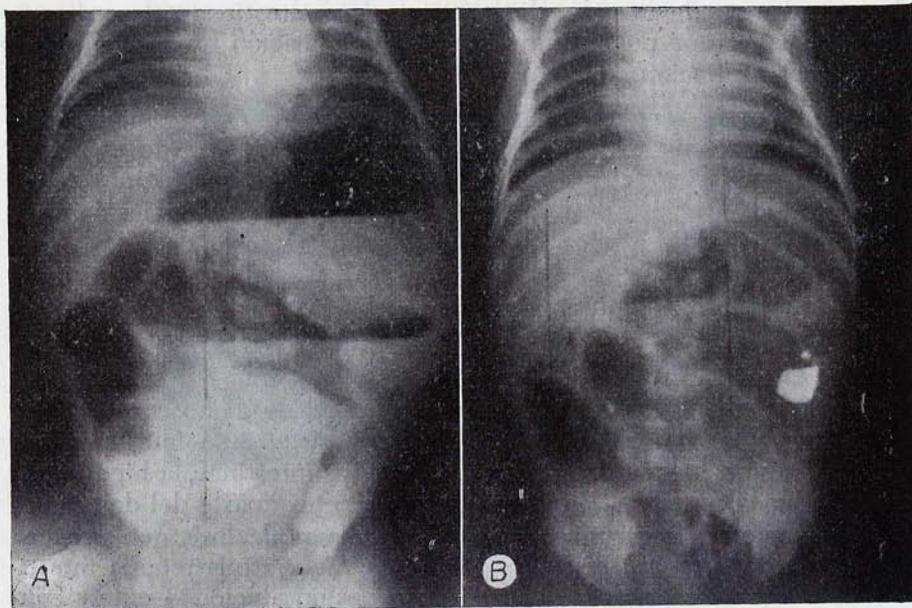


Fig. 2. — A) Oclusión por peritonitis plástica. El niño había sido intervenido por nosotros el tercer día de la vida de un abocamiento anormal del recto en la uretra prostática. Al mes de la intervención se presentó un cuadro de oclusión que mejoró extraordinariamente con la aspiración intestinal. B) Sin embargo, en vista de que no se resolvía completamente el cuadro clínico, intervenimos a los diez días, encontrando una extensa peritonitis plástica. Aplicación local y parenteral de alfa-quimotripsina. Curación.

abocamiento anormal del recto en la uretra prostática. Al mes de la intervención se presentó un cuadro de oclusión que mejoró extraordinariamente con la aspiración intestinal. Sin embargo, en vista de que no se resolvía completamente el cuadro clínico, intervenimos a los tres días, encontrando una extensa peritonitis plástica. Aplicación local y parenteral de alfa-quimotripsina. Curación.

DUHAMEL nos recuerda la utilidad de la bandera italiana como esquema diagnóstico de los vómitos del lactante en función de su aspecto clínico. Si los vómitos son rojos o teñidos de sangre, el proceso está localizado en el hiato; si son blancos o sea alimenticios, en el estómago; y si son verdes, en el duodeno por debajo de la ampolla de Vater (o tienen una localización más distal, añadiríamos nosotros). DUHAMEL distingue unas formas menores que curan con tratamiento dietético postural, y las mayores que requieren tratamiento quirúrgico (fig. 3). Claro está que las menores pueden presentar una complicación que puede requerir una intervención, como por ejemplo un vólvulo (fig. 4).

Las formas mayores pueden dar lugar a un cuadro de abdomen agu-

do. En la hernia del hiato de gran tamaño, puede observarse una estrangulación que requerirá una intervención quirúrgica urgente.

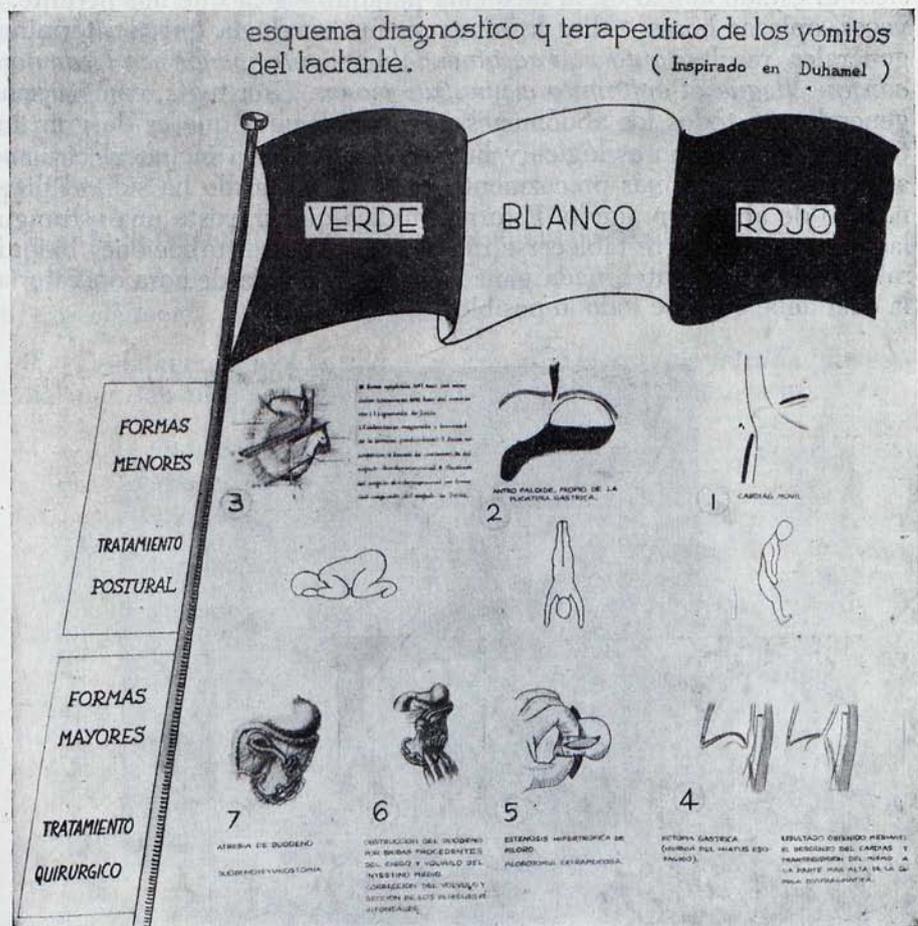


Fig. 3. — Esquema de la bandera italiana de DUHAMEL. Si el vómito es rojo el proceso está en el hiato esofágico. Si el vómito es blanco, o sea alimenticio, el proceso es gástrico. Finalmente si los vómitos son verdes, el proceso es duodenal y está localizado por debajo de la ampolla de Vater. Hay que diferenciar las formas menores, que curan con tratamiento dietético postural, de las mayores que requieren tratamiento quirúrgico. Las formas menores son el cardias móvil (1); el espasmo del antro pilórico —no representado en la figura—; la plicatura gástrica que da lugar al antro faloiide (2); y las obstrucciones duodenales subagudas benignas —por perturbación en los procesos de rotación y coalescencia, representados estos últimos en la figura— (3). Las formas mayores son las hernias del hiato (4) —el esquema de la izquierda es pre-operatorio y el de la derecha pos-operatorio—; la estenosis hipertrófica del píloro (5); y las estenosis duodenales agudas. Estas últimas se han representado por la intervención de una estenosis duodenal extrínseca con presión por brida y vólvulo (6); y en una extrínseca (7).

La estenosis pilórica puede considerarse, en ciertos casos y hasta cierto punto, como un abdomen agudo, si adaptamos los conceptos clásicos al estado actual de la medicina paraquirúrgica que nos permite, a veces, aplazar horas o días la intervención, conducta que, en términos generales, resulta *tanto más recomendable cuanto mayor sea la demora con que llegue el enfermito a nuestras manos*. Esta regla, como norma general para todos los abdómenes agudos, creemos que es de gran interés, ya que, como es lógico y humano, se tiende a incitar al cirujano a intervenir tanto más precozmente cuanto más tardío ha sido el diagnóstico de abdomen agudo. Esto no implica que si existe una estrangulación o si pueden restablecerse rápidamente las perturbaciones bioquímicas más importantes, nada gana el paciente con la demora operatoria, la cual debe evitarse todo lo posible.

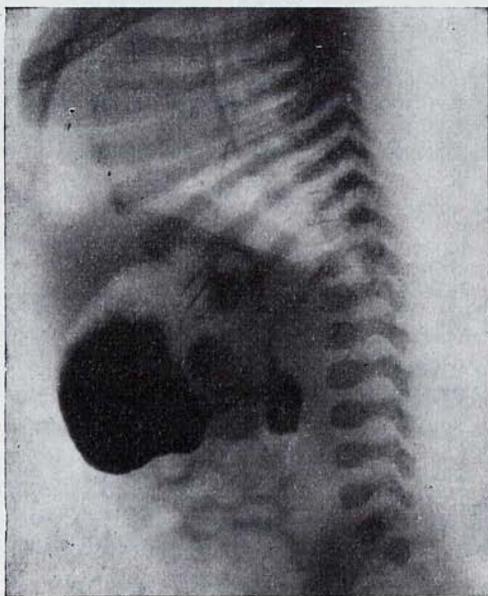


Fig. 4. — Vólvulo gástrico en un lactante vomitador.

Puede presentarse un cuadro de oclusión duodenal, de origen congénito, terminado el período neonatal o incluso después de los dos años.

De acuerdo con los postulados de la medicina actual, eminentemente preventiva, el ideal sería que la intervención por abdomen agudo fuera fundamentalmente profiláctica: de la peritonitis, obstrucción intestinal y hemorragia interna que pueden provocar diversos procesos.

Hay un órgano, el divertículo de Meckel, que puede provocar la mencionada peritonitis, obstrucción y hemorragia. El hallazgo casual de este divertículo en una laparotomía y su extirpación, limitaría los posibles riesgos de su existencia. Pero, aparte de este caso ideal, son las manifestaciones clínicas de inflamación o perforación de un órgano, las perturbaciones del tránsito intestinal, o un cuadro de hemorragia interna, lo que nos inclina al diagnóstico de abdomen agudo y a actuar en consecuencia, pero no debemos olvidar que nuestra actuación precoz es profiláctica.

1. De la peritonitis que provoca la inflamación de un órgano.
2. Del incremento de las lesiones intestinales que provocan oclusión, especialmente si hay estrangulación.
3. De la anemia aguda que provoca una hemorragia interna grave, anemia que debemos corregir pre y paraoperatoriamente.

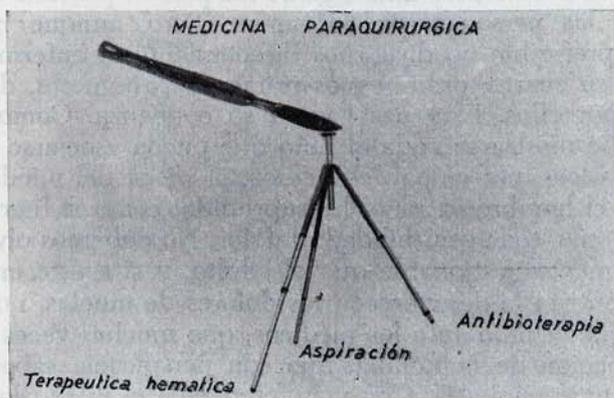


Fig. 5.

Es fundamental, además, que con una medicina paraquirúrgica adecuada evitemos o atenuemos: *a)* La distensión del intestino y las lesiones bronco-pulmonares por aspiración. *b)* El desequilibrio hidro-electrolítico, proteico y vitamínico. Para ello es necesario que el cirujano se apoye en un trípode formado por la *terapéutica hemática* (goteo intravenoso de sangre, de plasma o de cualquier solución que mantenga la volemia y corrija las perturbaciones bioquímicas existentes), la *aspiración intestinal* y la *antibioterapia* (fig. 5). Con ello conseguimos unas condiciones que se aproximan a las que tiene un recién nacido como sujeto quirúrgico. En efecto, en éste apenas existen gas y gérmenes en el



intestino y no ha habido tiempo de que aparezcan *alteraciones bioquímicas* de importancia. (Estas condiciones favorables del recién nacido se refieren, claro está, a los casos, que son la mayoría, en los cuales no existen manifestaciones patológicas del *stres* provocadas por el parto.)

Al explorar un niño de menos de dos años, no encontraremos habitualmente dificultades en la inspección, pero sí en la palpación, la cual nos permite darnos cuenta del verdadero síntoma de alarma, *la defensa muscular*. Ésta es provocada, con toda probabilidad, como el dolor localizado a la palpación, por la excitación del peritoneo parietal y no por proyección cutánea del dolor en la metámera correspondiente al órgano inflamado (zonas de HEAD).

Si se trata de un niño que ya tenga unos meses, que está al final de lo que llamamos gestación externa, o ha sobrepasado ésta, debemos tener en cuenta lo que dijo BISMARCK en relación con los niños. No es posible hacer nada con ellos si no es jugando. El juego es imprescindible para que el niño colabore en nuestra exploración. Debemos pues situarnos en su mundo; los niños, como los perros, parecen conocer intuitivamente las personas que los aman. Pero, aunque nosotros los amemos, es preferible no dirigirnos directamente al enfermito, cuando entramos en su cuarto; examinemos primero sus juguetes, demostrando admiración por ellos. Esto nos ganará su confianza. Como insiste INGLISH, no debe mostrarse nada al niño que pueda asociarse con la idea del dolor. A veces, por culpa del médico, el *shock* del miedo que sufre el niño ante el hombre extraño, ha suprimido, como si fuera una dosis peligrosa de opio, toda sensibilidad al dolor. No debemos olvidar que el niño es aún más sugestionable que el adulto, y si a éste en la sala de espera del dentista le desaparecen los dolores de muelas, no ha de sorprendernos que el niño ante los médicos, que muchas veces no conoce, y la preocupación de la familia, que con perspicacia sabe captar, no sienta ya ninguna molestia. Con más frecuencia el miedo le hace reaccionar colocándose en actitud defensiva e incluso agresiva. Toda la técnica de reconocimiento en la edad de referencia se basa en la ciencia de poder calmar un niño que grita y llora, un don que no tiene todo médico (FLUSSER).

No debemos olvidar que la magnífica discriminación sensitiva de la piel, que se adquiere durante el desarrollo individual, no es sólo debida a características anatomo-fisiológicas, sino también a la educación. No ha de extrañarnos, pues, que un niño de ocho meses no aparte la mano al provocarle cosquillas. La discriminación táctil se perfecciona con la formación de nuestro esquema corporal poco desarrollado aun en los primeros meses de la vida.

Imaginemos una apendicitis, que es mucho más frecuente de lo que se cree, antes de los dos años. El dolor inicial epigástrico, protopático,

ha de tener tanto más acentuadas sus características de vaguedad e imprecisión cuanto menor es la edad. Posiblemente este dolor, por corresponder a los grados más primarios de la sensibilidad, ha de ser proporcionalmente más intenso y acusado que el localizado en la fosa ilíaca derecha. No debemos olvidar que la incompleta diferenciación que tiene en el niño la inervación somática de la serosa peritoneal, predispone a las características mencionadas del dolor.

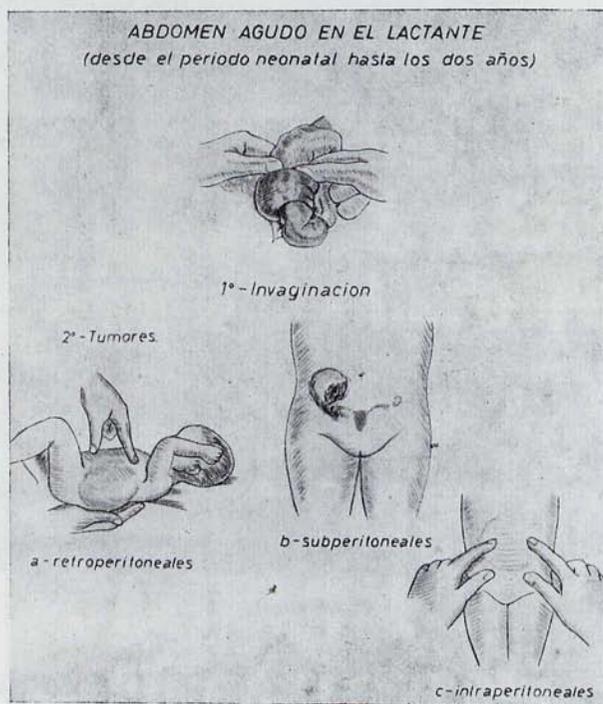


Fig. 6.

El dolor abdominal, que puede ser manifestación de un abdomen agudo, es con frecuencia interpretado como necesidad de defecar. Si este dolor no es muy intenso calma a veces con el chupete.

Debemos tener bien presente las normas generales de la palpación abdominal.

Manos calientes flácidas, palpación primero en las zonas alejadas de la que suponemos dolorosa. Proceder con dulzura y paciencia, ya que la palpación profunda de la fosa ilíaca derecha, por ejemplo, a cualquier niño le produce molestias. La palpación tiene que ser principalmente superficial, teniendo pues en ella más importancia la sensibilidad

táctil que el sentido muscular. La contractura del psoas puede ser fácilmente explorada en los niños que andan, colocándolos a cierta distancia de su madre y observando en qué forma marcha al correr al encuentro de ella. Si el niño no anda, se notará claramente que mueve con especial cuidado la pierna del lado correspondiente.

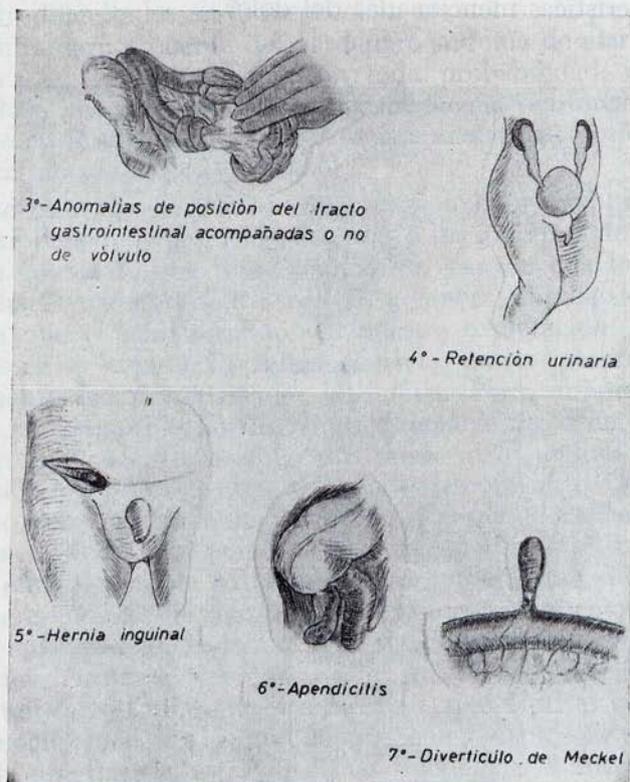


Fig. 7.

Después de haber expuesto algunas características del abdomen agudo en el lactante, desde el período neonatal hasta los dos años, vamos a pasar rápidamente revista de los procesos que pueden provocarlo, haciendo unos breves comentarios acerca de los mismos.

En la lista de los procesos causantes de abdomen agudo, desde el período neonatal a los cuatro años (figs. 6 al 9), considera a BETTEX como propios de esta edad cuatro procesos, que pondremos en primer lugar en una lista de 31 que no tenemos la pretensión de que sea exaustiva.

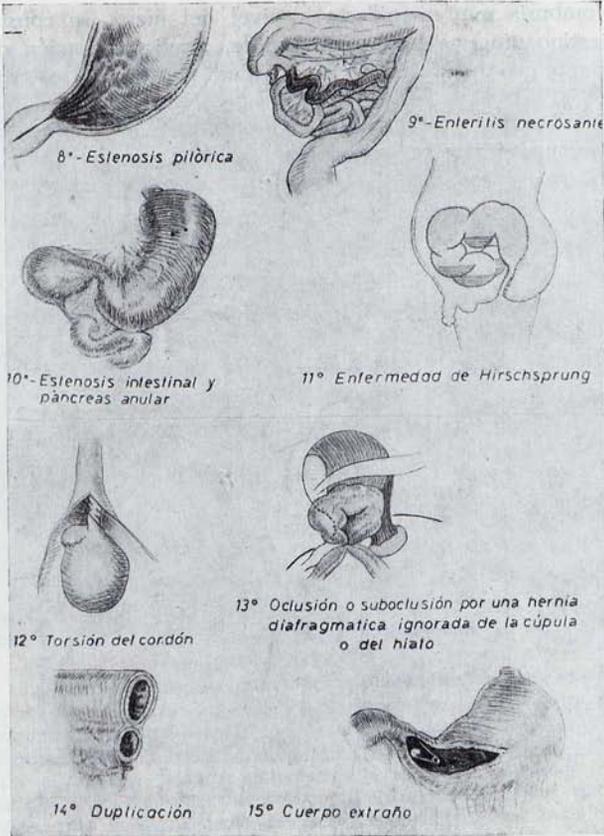


Fig. 8.

1. *Invaginación.* Es la primera causa de abdomen agudo en el lactante —siendo la apendicitis la primera de la infancia en general—. Ya es conocida la clínica y el tratamiento de la misma. Sólo queremos recordar: *a)* Que la melena puede ser un síntoma más o menos tardío o no existir nunca. *b)* Que la invaginación puede ser recidivante, como en el caso que recidivó cuatro veces en diez días (fig. 10). *c)* Que inicialmente, a veces lo que llama la atención es un cuadro de colapso. Así ocurrió en un caso del doctor CASTELLANOS, cuyo diagnóstico se hizo al mejorar el lactante, gracias a la reanimación efectuada por el doctor OPPENHEIMER.

Este caso, operado por nosotros a las 48 horas de iniciado el proceso, presentaba tales características de interés que fue objeto de una publicación. La desinvaginación resultó muy laboriosa, por la gran longitud del intestino afecto. Pese a la

existencia de trombosis muy manifiesta a nivel del meso, se considera que no existe en el intestino ninguna lesión irreversible. Previa aplicación de Novocaína en el meso y de 5 gr. de Marbadal en cavidad peritoneal, se sutura la pared por planos.

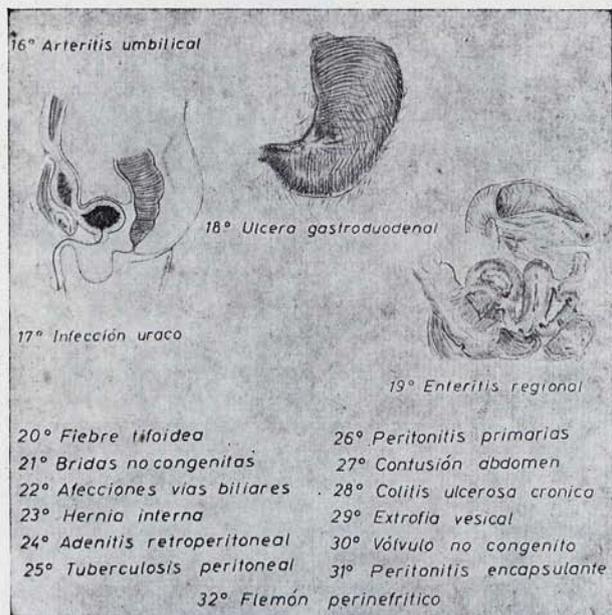


Fig. 9.

Al segundo día se inicia la alimentación con leche materna. Al tercer día el estado del niño es totalmente normal. Las deposiciones, empero, eran escasas y de un color gris-verdoso. Al cuarto día el niño no quiere mamar e inicia fiebre que alcanza los 38 grados. El abdomen está ligeramente abultado y la radioscopia nos muestra la existencia de un manifiesto neumoperitoneo. En dos horas el niño pasa de un estado general casi normal a un estado preagónico. En vista de ello se inicia neuroplegia con Largartil y Fenergán y se reinterviene con anestesia local. Se encuentra abundante líquido seroso ligeramente maloliente y residuos alimenticios en cavidad. No existían las alteraciones propias de una peritonitis. El íleon en su parte terminal, y el colon en su porción transversa, están totalmente seccionados, con desaparición casi absoluta de la porción de intestino intermedia. Resección de los restos intestinales y colocación de los extremos proximal y distal en cañón de escopeta, abocados al exterior. Se aplica nuevamente Marbadal y se sutura la pared en un sólo plano con puntos de nylon.

Las lesiones que encontramos en esta intervención nos plantean dos interrogantes: ¿Cómo tardaron tanto en aparecer los síntomas? Es indudable que las lesiones que encontramos en la intervención no podían fraguarse en un día, y como cosa paradójica al tercer día del pos-operatorio el estado del niño era francamente

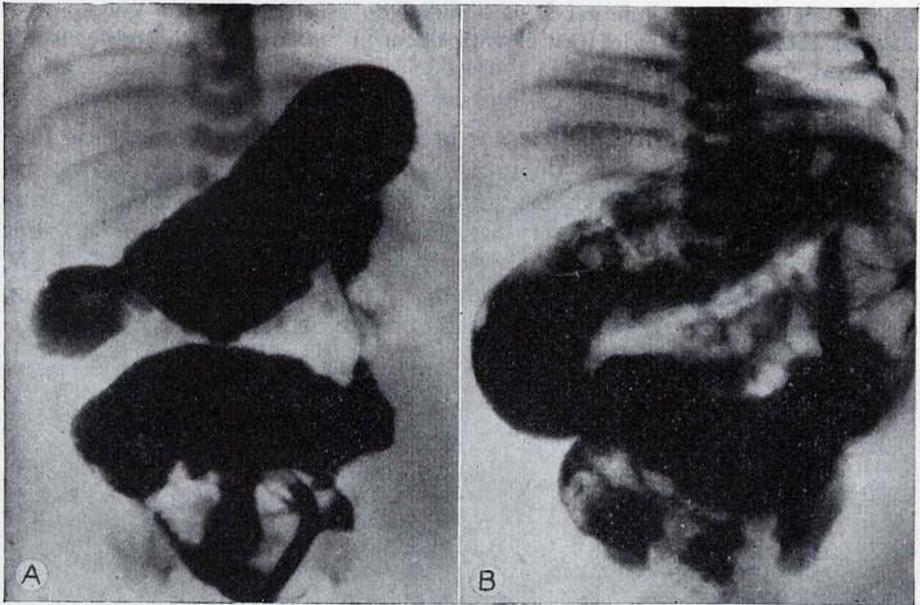


Fig. 10. — Esta invaginación, que se inició a los 21 días, fue reducida cuatro veces en diez días, la penúltima quirúrgicamente y la última, que fue seguida de curación definitiva, mediante la enema opaca. Nunca se observaron melenas. A) Exploración con contraste: la papilla opaca penetra con facilidad hasta el ángulo esplénico, dejando defectos de repleción, especialmente en el colon descendente. El ángulo esplénico contiene un casquete en apariencia con invaginación, que se logra hacer progresar con dificultades hasta la total repleción cólica. B) El ciego aparece con una motilidad anormal, colcándose espontáneamente en dirección paralela al colon transverso. La substancia de contraste penetra al final del líquido. La situación habitual del ciego y de la porción yuxtacecal del íleon explicaría quizá que el signo de Dance fuera negativo (Radiografía Dr. A. DOMÉNECH CLARÓS).

bueno, cuando, con toda seguridad, el peritoneo estaba ya contaminado por las heces. Ahora bien, la acción de la Terramicina, pese a haber sido administrada por vía endovenosa, fue suficiente para retrasar la aparición de toda sintomatología en un principio, pero no así cuando la contaminación peritoneal fue masiva. Entonces en menos de dos horas el estado general del niño se agravó extraordinariamente.

¿Cómo se fraguaron las lesiones? Probablemente por extensión de la trombosis existente. Es posible que ésta provocara espasmos en las arterias próximas y que la trombosis estuviera favorecida por los antibióticos.

El niño curó después de un curso pos-operatorio tempestuoso.

No podemos resistir la tentación de copiar las palabras finales del mencionado trabajo: «Puede fraguarse una necrosis extensa sin dar apenas síntoma alguno. Y la eliminación quirúrgica de la mencionada necrosis, efectuada con la rapidez aconsejada cuando nosotros nos iniciábamos en la práctica de la cirugía,

es lo único que puede salvar la vida del niño. Y si el médico no tiene suficiente agilidad mental para columbrar la posibilidad de una complicación grave, cuyos síntomas están enmascarados por el antibiótico, el enfermo está irremisiblemente perdido.»

A este comentario añadiríamos lo siguiente. Hemos comentado brevemente las características de rápida evolución del proceso observadas habitualmente en el abdomen agudo del lactante. Los antibióticos, corticosteroides y medicina paraquirúrgica en general, hacen que a veces las etapas se estén quemando por dentro y enfriando por fuera; es decir, en la clínica, hasta que bruscamente el proceso nos muestra su faz, casi mortal, como en el caso que acabamos de comentar.

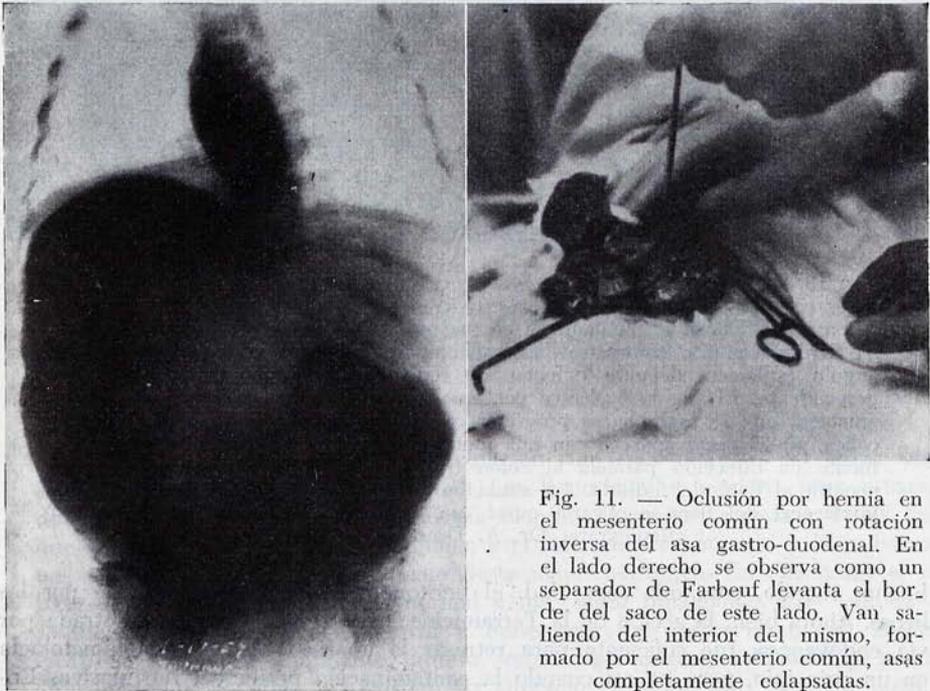


Fig. 11. — Oclusión por hernia en el mesenterio común con rotación inversa del asa gastro-duodenal. En el lado derecho se observa como un separador de Farbeuf levanta el borde del saco de este lado. Van saliendo del interior del mismo, formado por el mesenterio común, asas completamente colapsadas.

2. *Tumores* (fig. 6). Éstos deben considerarse siempre como un abdomen agudo conceptual y alguna vez también como clínico. En este último caso el tumor puede o no ser conocido antes de presentarse el mencionado cuadro. En todos estos casos el tumor es la causa del cuadro abdominal, pero excepcionalmente el tumor descubierto en la intervención o en la necropsia no tiene ninguna relación, al menos directamente, con la sintomatología (L. GUBERN-SALISACHS y A. MARQUÉS-GUBERN).

3. *Anomalías de posición del tracto gastro-intestinal, acompañado o no de vólvulo.* Puede dar lugar a una oclusión pasado el período neonatal o incluso después de los dos años. La fig. 11 corresponde a un niño de 3 meses y medio al que operamos de una oclusión por hernia en el mesenterio común con rotación inversa del asa gastro-duodenal.

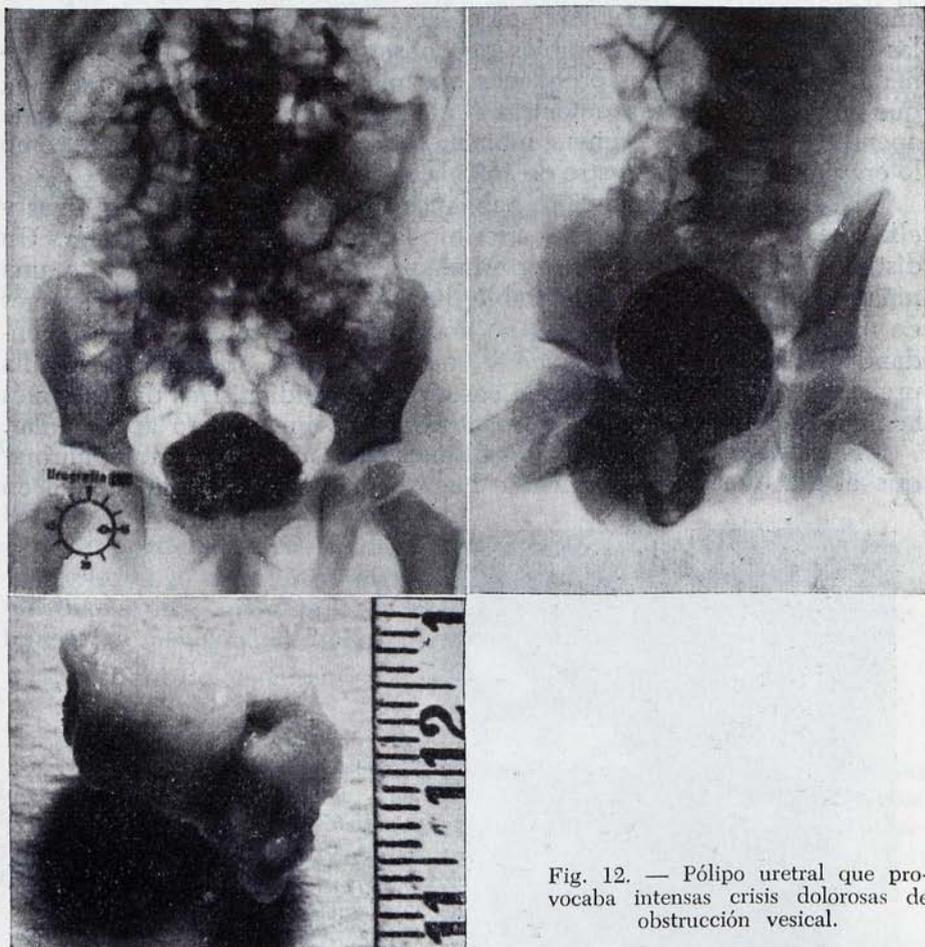


Fig. 12. — Pólipo uretral que provocaba intensas crisis dolorosas de obstrucción vesical.

4. *Retención urinaria.* Si es de cierta intensidad debe considerarse siempre como un abdomen agudo conceptual, teniendo en cuenta las lesiones irreversibles que se provocan en el riñón y vías urinarias (fig. 12).

5. *Hernia inguinal.* Hemos visto más de un caso enviado a nos-

otros por un cuadro de oclusión intestinal que presentaba una hernia inguinal estrangulada, que había pasado desapercibida.

6. *Apendicitis*. Como ya hemos escrito en otras ocasiones, creemos que la apendicitis en la edad que nos ocupa es mucho más frecuente de lo que se cree. La conclusión segunda de nuestra monografía "*La Apendicitis en la Infancia*" dice así: "La apendicitis, antes del quinto año de la vida y especialmente en el lactante, presenta, agravadas, todas las características desfavorables que observamos en la infancia en general. Creemos que los problemas que plantea requieren una revisión, que no podrá efectuarse mientras el médico o el pediatra piensen que la apendicitis es, en la primera infancia, una contingencia tan rara como lo era para el médico ilustre de 1895 la apendicitis en el adulto".

Nosotros indudablemente habíamos incurrido en el mismo error y ello fue lo que nos incitó a escribir la mencionada monografía. Un distinguido pediatra, el doctor MIRANDA, de Mataró, nos remite una niña de 16 meses, con el probable diagnóstico de *apendicitis*. Después de una cuidadosa exploración, no nos atrevimos a intervenir, recomendando su ingreso en la clínica y una expectación armada. La familia prefiere regresar al pueblo de la costa donde residían. Dos días después la niña fue intervenida por otro cirujano, de un absceso apendicular.

Nuestra experiencia de estos últimos trece años nos permite afirmar que el día que el diagnóstico se haga con la misma facilidad que en

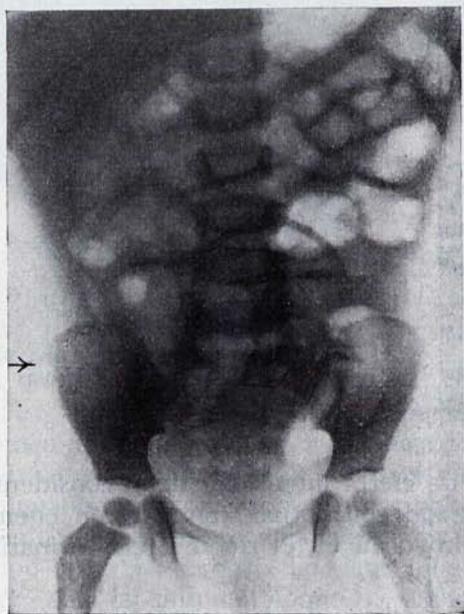


Fig. 13. — F. S., de 2 años. Enfermo del Dr. CARBONELL-JUANICO. Radiografía directa del abdomen: aumento del espacio en la pared lateral del abdomen en el lado derecho. Ausencia de imagen cecal. Gas en ascendente que está espasmodizado. Meteorismo acusado en el intestino delgado. Presencia de un coprolito. Diagnóstico: apendicitis perforada (Dr. VILARDELL). Comprobación operatoria (Dr. PI FIGUERAS).

otras edades, se podrá realmente conocer la frecuencia de la apendicitis en los primeros años de la vida. Nuestra impresión es que es relativamente frecuente y que en la estadística real abundan las formas extraordinariamente benignas y, por otra parte, existe cierto número de casos gravísimos que mueren sin ser diagnosticados.

Vimos a un niño de 11 meses afecto de un proceso abdominal agudo, que podía ser apendicitis. Ante la inseguridad del diagnóstico no intervenimos y se administraron antibióticos. Seis meses después el niño presentó otro cuadro abdominal agudo idéntico al anterior. La histopatología comprobó lesiones cicatrizales secuela de un proceso inflamatorio anterior.

En el diagnóstico de apendicitis puede tener utilidad la radiología simple, especialmente en los niños menores de 2 años en los cuales la clínica plantea a veces problemas diagnósticos de difícil solución (fig. 13).

7. *Divertículo de Meckel*. Ha sido calificado como apéndice del intestino y también como pequeño estómago, por la mucosa gástrica que con frecuencia posee. Puede dar lugar a una ulceración péptica que provoque hemorragias o incluso una perforación, síntomas de oclusión, porque el divertículo de Meckel actúa como la cabeza de una invaginación, o porque adherido a su propio mesenterio comprime el intestino, o porque actúa como una brida, etc. Finalmente el divertículo de Meckel puede inflamarse, al igual que hace el apéndice, y dar lugar a una peritonitis.

No puede confiarse en descubrir radiológicamente el divertículo de Meckel, por lo que, ante repetidas melenas cuya causa se ignora, debe efectuarse una laparatomía, la que confirmará, con frecuencia, la existencia del mencionado divertículo.

He aquí dos ejemplos.

Un caso típico de ulceración péptica.

Un lactante de 7 meses presenta melenas desde hace dos meses. Las últimas fueron frecuentes y abundantes. Una recto-sigmoideoscopia no permite comprobar la existencia de una anomalía que justificara realmente las melenas. La intervención demuestra un divertículo de Meckel que contiene mucosa gástrica. Curación.

Un caso de localización anómala del divertículo de Meckel, con úlcera péptica y peritonitis localizada.

Un lactante de 5 meses ingresa por presentar desde hace una semana repetidas melenas. Se descarta la existencia de una posible anomalía esófago-gastro-duodenal y cólica. La intervención demuestra la existencia de un divertículo de Meckel en situación muy alta que, a través del meso-colon, estaba adherido al páncreas y rodeado de una zona de peritonitis limitada. Existen tres perforaciones intestinales. Curación.

8. *Estenosis pilórica*. Ya hemos dicho que es lícito considerarla en algunos casos como abdomen agudo.

9. *Enteritis necrosante*. Es una afección muy grave. De seis casos intervenidos por nuestro equipo en los tres últimos años, sólo curó uno. Da un cuadro de oclusión intestinal y, al mismo tiempo, diarrea verdene-gruzca. Pueden existir síntomas de peritonitis más o menos manifiestos. Según las características de las lesiones intestinales, puede efectuarse una sutura a nivel de los puntos necróticos o perforados, o bien una resección y anastomosis. Con ambas conductas hemos visto la progresión evidente de las lesiones al reintervenir al enfermo.

Si la supervivencia es larga hemos observado que se presentan equimosis generalizadas, hecho sobre el cual nos había llamado la atención PELLERIN. Como tratamiento se recomienda un antitriptico —Trasylol— como en la necrosis pancreática.

10. *Estenosis intestinal y páncreas anular*.

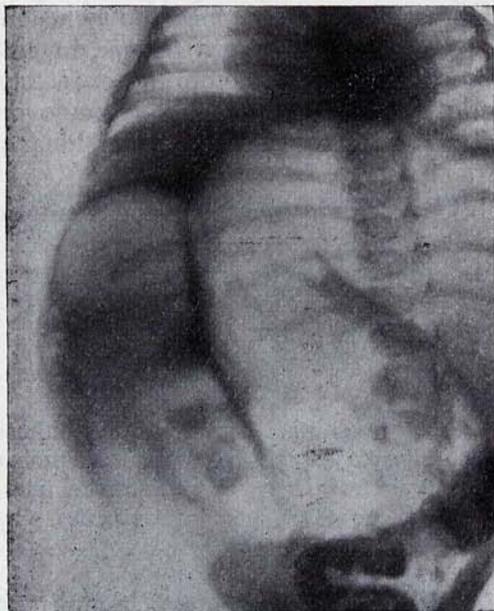


Fig. 14. — Oclusión intestinal en una enfermedad de Hirschprung. Nos vimos obligados, muy a pesar nuestro, a efectuar una cecostomía.

11. *Enfermedad de Hirschprung*. Puede dar lugar a una crisis aguda e intensa de oclusión que requiere la intervención con cierta urgencia. Nosotros somos muy poco partidarios de la colostomía, pero las características de algún caso nos han obligado a efectuarla, e incluso recientemente (fig. 14).

Excepcionalmente puede requerir una intervención de urgencia una perforación.

12. *Torsión del cordón.* Da un cuadro de abdomen agudo en los casos de testículo ectópico. El diagnóstico pre-operatorio puede presumirse si falta el testículo en el lado doloroso.

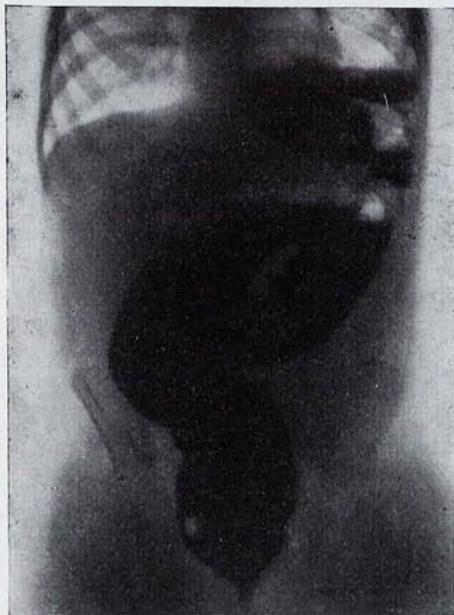


Fig. 15 A. — Hernia diafragmática estrangulada que se diagnosticó al practicar una exploración radiológica ante un cuadro de vómitos y disnea. Imagen radiológica del vólvulo gástrico no explicable sin una acentuada relajación de los mesos correspondientes.

13. *Oclusión o suboclusión por una hernia diafragmática ignorada de la cúpula o del hiato* (figs. 15 A y B).

14. *Duplicación intestinal.* Puede provocar un cuadro de oclusión intestinal. No lo hemos observado en el lactante.

15. *Cuerpos extraños del tubo digestivo.* En los imperdibles abiertos en el estómago, DUHAMEL recomienda en principio la intervención. Ahora bien, es lícito esperar cuatro o cinco días y si el imperdible o cuerpo extraño punzante no ha cambiado de posición es preferible intervenir (fig. 16).

Hemos de tener presente que si estos cuerpos penetran en el duodeno la extracción de los mismos resulta ya mucho más difícil. La detención de un cuerpo extraño en el duodeno durante 48 horas, plantea la indicación operatoria.

En todos los casos mencionados el abdomen agudo conceptual, provocado por la fijación de un cuerpo extraño punzante cinco días en

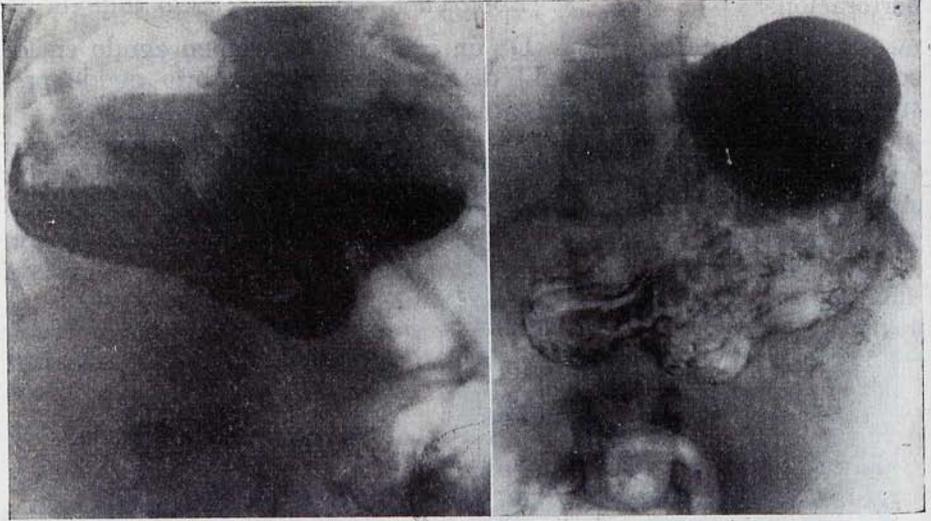


Fig. 15 B. — Niña de tres meses afecta de una gran hernia hiatal derecha que provocaba crisis de suboclusión cólica. Estado nutritivo muy defectuoso. Resultado obtenido a los dos años de la intervención por vía abdominal.

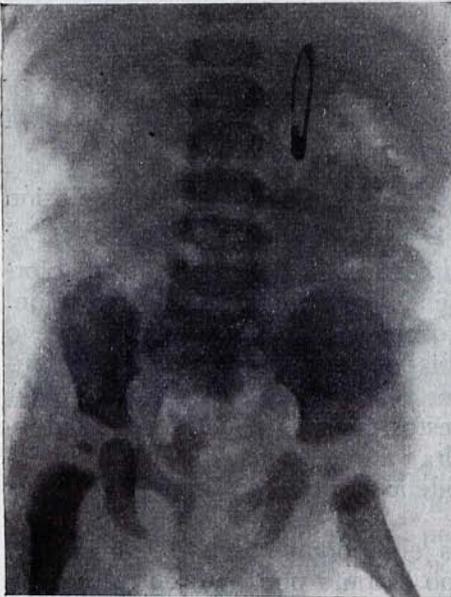


Fig. 16. — Imperdible abierto que no había cambiado de situación en cinco días. La niña tuvo que ser intervenida.

el estómago en la misma posición, o la detención de dos días en el duodeno, debe evitar el que tengamos que enfrentarnos con un auténtico abdomen agudo clínico.

16. *Arteritis umbilical*. Con ROCA BATLLERIA publicamos un caso muy demostrativo.

Niño M. G. Un mes. Parto normal, pero presentando durante tres días cianosis que aumentaba con el llanto. Pasados éstos, el aspecto del niño es normal.

Enfermedad actual: A las tres semanas presenta una supuración por la herida umbilical, a pesar de que la cicatriz cutánea está en perfecto estado. La curva de peso se estaciona y el apetito disminuye. La supuración es relativamente abundante. Se trata con Penicilina durante ocho días. En vista de que la supuración persiste se comienza la administración de Terramicina. Ocho días después, cuando la supuración casi ya ha cedido, palpamos en el vacío y fosa ilíaca derecha una tumoración irregular, dura, poco movable, del tamaño de un huevo de paloma, situada profundamente y sin contacto lumbar. Liger a esplenomegalia.

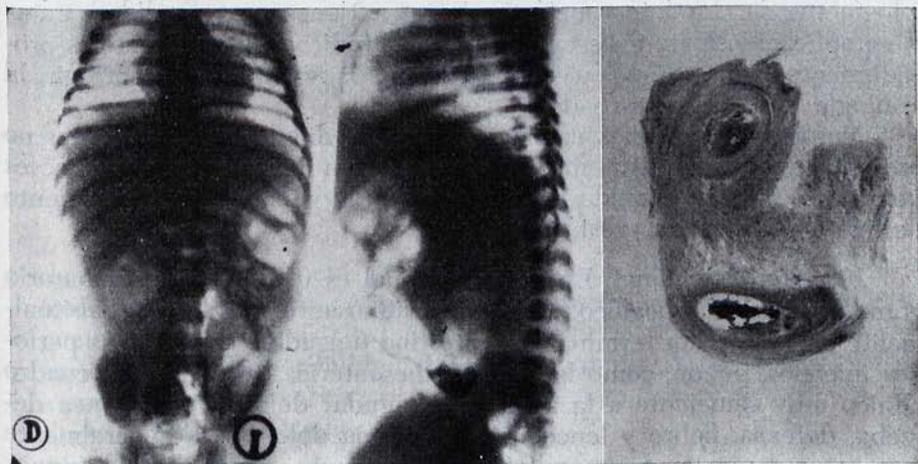


Fig. 17. — Arteritis y periarteritis umbilical. Se ha inyectado lipiodol por medio de una cánula colocada en el orificio de la supuración umbilical. De frente, la dirección del trayecto que termina en una cavidad localizada en la parte baja de la fosa ilíaca derecha, corresponde a la dirección de la arteria umbilical de este lado. Un corte panorámico del material extirpado (Dr. COMA FABRÉS) demuestra que se trata de la pared de un absceso subagudo y la existencia de fragmentos trombosados de ambas arterias umbilicales.

Inyectamos Lipiodol por medio de una cánula colocada en el orificio de la supuración y practicamos una radiografía (fig. 17). Se diagnostica flemón peritoneal y se interviene al niño practicando una incisión media y onfalectomía parcial. Se resecan las paredes del absceso y el trayecto fistuloso que desemboca en el ombligo, pudiendo constatar la existencia de gruesas adenopatías.

La anatomía patológica del material extirpado (doctor COMA-FABRÉS) demuestra que se trata de la pared de un absceso subagudo y la existencia de fragmentos trombosados de ambas arterias umbilicales (fig. 17). El niño curó perfectamente después de una supuración que duró semanas.

17. *Infección de restos del uraco.* Hemos observado un caso que fue objeto de una publicación:

Un niño de 19 meses. Presenta supuraciones del ombligo a los dos y ocho meses. En esta última con un líquido al parecer de características propias de la orina. Desde hace tres semanas, disuria. Se palpa una tumoración en el hipogastrio. Se piensa en la posibilidad de un absceso de origen apendicular o formado probablemente por infección de restos del uraco. La intervención confirma este último diagnóstico.

18. *Úlcera gastro-duodenal.* En el lactante puede dar lugar a un cuadro de abdomen agudo por hemorragia o perforación, sin sintomatología previa. La intervención quirúrgica tiene como finalidad tratar la complicación, pero en esta edad no está indicado ninguno de los procedimientos empleados en el adulto con la finalidad de corregir la fisiología gástrica perturbada.

Nosotros observamos una perforación de duodeno cuyos bordes no presentaban ningún síntoma inflamatorio, en un niño de dos meses que había sido intervenido al tercer día de la vida, de un abocamiento del recto en la uretra prostática.

19. *Ileítis regional.* La ileítis regional es un proceso inflamatorio granulomatoso inespecífico, ulceroso, estenosante, localizado habitualmente en la porción terminal del intestino delgado y que, en sus períodos iniciales, puede, como la adenitis mesentérica, presentar un cuadro clínico muy semejante a la apendicitis aguda: dolor en fosa ilíaca derecha, defensa, fiebre y leucocitosis. La zona dolorosa es generalmente más extensa que en la apendicitis y, a menudo, existe diarrea, signos ambos que no bastan para sentar el diagnóstico con certeza. Habitualmente, las lesiones ileales que se encuentran en este período no son ni de tipo obstructivo ni peritonítico, por lo que la intervención quirúrgica no está indicada. Es muy posible que la adenitis mesentérica sólo sea, en algunos casos, una ileítis regional, con lesiones mínimas.

La ileítis regional, poco frecuente en los niños, no va acompañada de lesiones apendiculares. Hemos observado, sin embargo, la coincidencia de ambas afecciones, en un niño de 23 meses.

20. *Fiebre tifoidea.* Es rarísimo, en el momento actual, que una fiebre tifoidea provoque un cuadro de abdomen agudo.

Vimos una niña de 5 semanas con grave estado general y recor-

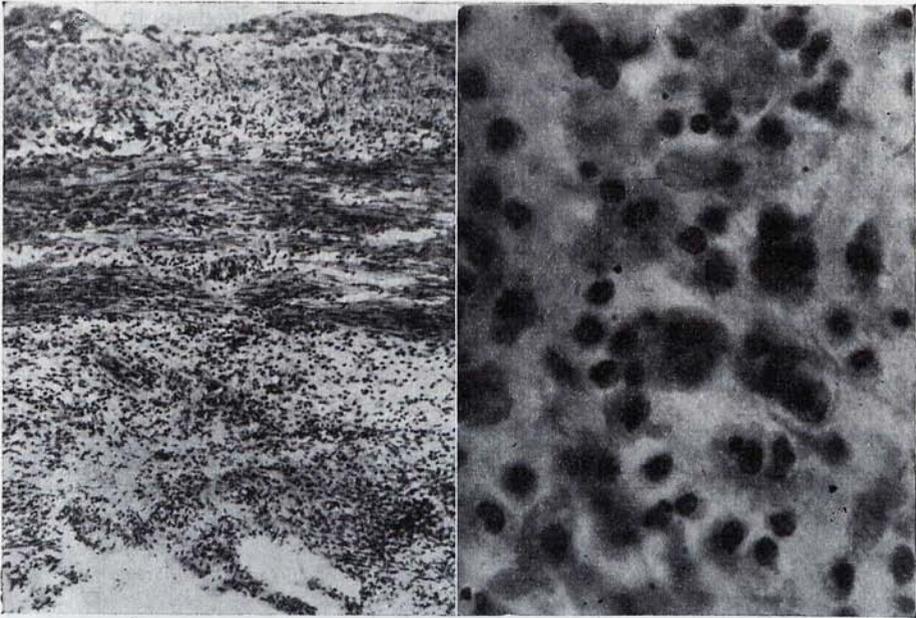


Fig. 18. — El estudio histopatológico constata las características típicas de las úlceras intestinales. A gran aumento se comprueba la existencia de abundantes macrófagos, vacuolados, algunos típicos eritrófagos, en medio de su conectivo edematoso y con elementos linfo y plasmocitarios.

damos que con el doctor PÉREZ-SOLER diagnosticamos un íleo por peritonitis cuya etiología no podíamos precisar. Se pensó en el apéndice como uno de los posible factores etiológicos, pero no se sospechó, ni remotamente, la posibilidad de una peritonitis tífica, que demostró la autopsia. El estudio histopatológico constata las características típicas de las úlceras intestinales (fig. 18).

21. *Bridas no congénitas*, secuelas de procesos inflamatorios que han dado lugar o no a manifestaciones clínicas ostensibles.

22. *Afecciones de las vías biliares*. La infección o rotura de un quiste del colédoco (esta última excepcional) puede dar lugar a un cuadro de abdomen agudo.

Observamos la rotura de un quiste del colédoco en un niño de un mes y medio. El diagnóstico operatorio no fue fácil, pues pensamos primero en una peritonitis meconial localizada, asintomática hasta aquel momento.

23. *Hernias internas*. Con esta denominación nos referimos a las hernias internas verdaderas, localizadas en las fositas paraduodenales

o en las posibilidades del íleon y no acompañadas de defecto de rotación. No hemos observado ningún caso.

24. *Adenitis retroperitoneal*. Puede dar lugar a un cuadro clínico que plantea problemas de diagnóstico diferencial con la apendicitis. Luego aparece una tumoración en una fosa ilíaca que, si es de gran tamaño, puede ser asequible al tacto rectal. La coxofemoral se coloca en flexión por contractura del psoas subyacente al foco inflamatorio. Con frecuencia la minuciosa revisión de la piel de la extremidad superior derecha, región anal o perineal, permite encontrar la puerta de entrada. Es más frecuente a partir de los dos años.

25. *Tuberculosis peritoneal*. Es muy rara en la actualidad. Tiene interés en el siguiente caso:

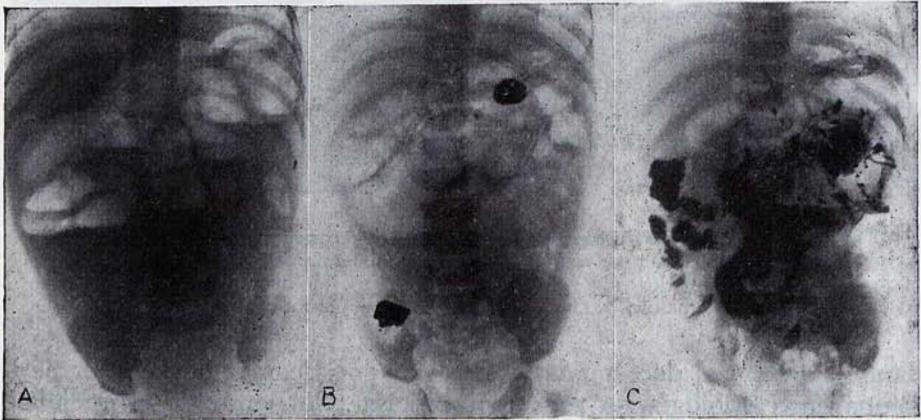


Fig. 19. — A) 20-I-62. Suboclusión mecánica en la mitad del intestino delgado. Se coloca sonda intestinal. B) 23-I-62. Por aspiración a través de la sonda se logra una deflajación paulatina de las asas distendidas. Pasa ya más gas al colon. Se ven dos balones porque uno se ha desprendido del extremo del tubo en el cual estaba fijado. C) 25-I-62. Travesía digestiva: en la unión aproximada del yeyuno y del íleon, y después de un asa yeyunal distendida, aparece una zona sospechosa de estenosis de origen extrínseco. Hay que hacer constar que esta imagen no es persistente, pero frecuente. Ello nos lleva a dudar del diagnóstico de oclusión por brida, y aceptamos la posibilidad de tratarse de una oclusión «*sine Materiae*» o bien por trastornos de tipo nutritivo que ocasionaron una mesenteritis con anomalías de los plexos mientéricos (Dr. VALLRIBERA).

G. S. Hasta los 4 meses no presenta ninguna anomalía. A partir de entonces anorexia, vómitos, distrofia progresiva. La radiografía del tórax es normal y el Mantoux negativo. A los 7 meses cuadro de oclusión intestinal, por lo que es visto por nosotros (fig. 19). Con la aspiración intestinal no conseguimos resolver la oclusión existente. La intervención demostró la existencia de una peritonitis tuberculosa con enormes ganglios en el meso, llenos de bacilos de Kock. Se supone que la infección era consecuencia de la vacunación antituberculosa.

26. *Peritonitis primaria*. Eran muy frecuentes hace algunos años, especialmente la neumocócica de la que habíamos publicado varios casos en la monografía "*La Apendicitis en la Infancia*", aunque ninguno de ellos tenía menos de dos años. La desaparición, casi absoluta de estas peritonitis primarias es debida a que los antibióticos han modificado, a favor de los virus, un equilibrio biológico milenario.

27. *Contusión del abdomen*. Es más frecuente a partir de los dos años.

28. *Colitis ulcerosa crónica*. Puede dar lugar a un cuadro de abdomen agudo, debido a la intensidad de la hemorragia o a una perforación. Nosotros observamos un caso de esta última complicación en un niño de 46 días en nuestro Servicio del Hospital de Niños. Fue intervenido por el doctor CLARET, en aquel entonces colaborador nuestro. La intervención permitió establecer el diagnóstico.



Fig. 20. — Extrofia vesical. Espontáneamente se produjo la rotura de la zona extrófica, lo que provocó la muerte del enfermo antes de tener un mes de edad. No hemos encontrado en la literatura ningún caso en el que haya surgido esta complicación.

29. *Extrofia vesical*. La mencionamos porque en un caso explorado por nosotros se produjo espontáneamente la rotura de la zona extrófica, lo que provocó la muerte del enfermito (fig. 20).

30. *Peritonitis encapsulante*. En esta edad de la vida sólo hemos



observado un caso operado por nuestro colaborador doctor ESCUDÉ-CASALS.

31. *Flemón perinefrítico*. Se observa con menos frecuencia que hace algunos años. Se comprende que el flemón de tejido celular pre-renal —menos frecuente que el del tejido celular posterior— dé lugar a un cuadro abdominal agudo.

FEVRE ha observado un caso curioso de fístula umbilical debido a un tumor perinefrítico que había rodeado el peritoneo para abrirse finalmente en el ombligo.

PROCESOS QUE NO REQUIEREN LAPARATOMÍA.—Existe una serie de procesos que pueden dar lugar a un cuadro de abdomen agudo y que no requieren intervención quirúrgica.

1. *Adenitis mesentérica*. No debe intervenir si no se excluye, con certeza, la existencia de una apendicitis, lo que con frecuencia no es posible. El que en la adenitis mesentérica, la leucocitosis y polinucleosis sean con frecuencia más bruscas, acentuadas y de mayor duración, la temperatura alta y a veces preceda al dolor, el que éste sea más intermitente, la defensa muscular escasa y la zona de dolor habitualmente más alta e intensa, etc., son características de valor relativo en el diagnóstico diferencial. Se ha dado gran importancia al hecho de que cuando el paciente se coloca en decúbito lateral izquierdo, la zona dolorosa se desplaza hacia este lado, de acuerdo con el desplazamiento del intestino provocado por la gravedad (maniobra de KLEIN). Ahora bien, en los casos en que están infartados los ganglios ileocecales, en los que el diagnóstico con la apendicitis ofrece más dificultades, este signo ha de ser negativo.

2. *Pancreatitis aguda. Necrosis pancreática*. He aquí un caso de pancreatitis en un niño de un mes y medio:

Parto prematuro (séptimo mes). Peso al nacer, 1.800 gr. Lactancia artificial. Primer hijo. Padres sanos. Al mes del nacimiento, una sirvienta sufre paperas. La madre no ha sufrido parotiditis. Al mes y medio del nacimiento, parotiditis doble con temperaturas altas, y un cuadro abdominal de intolerancia digestiva y contractura muscular a nivel del epigastrio. Las deposiciones normales y la temperatura de 39 grados. El niño presenta manifiesta inquietud. Nada en oído. No está resfriado. El orificio del conducto de Stenon, inflamado y prominente. El estado general se agrava. Diarrea. Se administran sulfamidas. El doctor E. RENU-HORNOS descarta una apendicitis, ya que sólo existe defensa por encima del ombligo. Se sospecha una pancreatitis. A los dos días es trasladado del pueblo donde residía a Barcelona. Se hace una transfusión de plasma (doctor WALTER OPPENHEIMER). Se confirma clínicamente el diagnóstico de *pancreatitis*. Al día siguiente, transfusión de sangre de la abuela, que había sufrido parotiditis. Durante seis días, transfu-

sión de plasma. A los dos días de su traslado a Barcelona, ceden los vómitos, La defensa abdominal, aunque atenuada, persistió un día más. A los quince días curación.

3. *Púrpura abdominal.* En nuestra monografía "*La Apendicitis en la Infancia*", publicamos un caso de púrpura abdominal en un niño de menos de dos años. La sintomatología clínica era tanto o más típica de apendicitis que en los casos operados por nosotros en esta edad. Por ello, a pesar de que la fórmula y contaje leucocitario eran prácticamente normales (hecho que raramente ocurre en la púrpura, pues habitualmente existe leucocitosis con polinucleosis), sentamos la indicación de una apendicectomía que los familiares rechazaron. Tres semanas después fue visto el niño por ROVIRALTA, quien sospechó una invaginación recidivante. Quince días más tarde, lo exploramos nuevamente, esta vez en plena crisis dolorosa, *de características idénticas a la que observamos nosotros.* Dolor y defensa a la presión en la fosa ilíaca derecha; tacto rectal exquisitamente doloroso en el fondo de saco del mismo lado, vómitos, 39 grados de temperatura. La crisis fue esta vez acompañada de petequias, lo que permitió que no se incurriera en el mismo error que nosotros.

4. *Procesos óseos vertebrales y pélvicos.* Los procesos de columna vertebral y pelvis pueden dar lugar a dolores abdominales susceptibles de confundirse con los de la apendicitis.

Los dolores irradiados de la espondilitis tuberculosa o estafilocócica, y los abscesos del psoas de la primera, han dado lugar a errores diagnósticos. Lo mismo ocurre con los procesos coxofemorales de evolución aguda, cosa comprensible si tenemos en cuenta la importancia que tiene el síntoma del psoas en la apendicitis.

La osteomielitis de la pelvis puede dar lugar a confusiones diagnósticas.

FLUSSER publicó un caso en el cual la sintomatología hacía pensar en una artritis osteomielítica de la cadera y que resultó ser una apendicitis que *confirmó la autopsia.*

5. *Traumatismo de los músculos abdominales.* El diagnóstico de los dolores provocados por un traumatismo de los músculos abdominales, resulta con frecuencia difícil, porque dicho accidente es silenciado por el niño o por la persona encargada de su cuidado. En estos casos, es típica la relativa ausencia del dolor en el reposo y el incremento que presentan las molestias del enfermito al elevar la cabeza o incorporarse, maniobras en las que pone en contracción los músculos abdominales. Las roturas espontáneas de los rectos, que se han descrito en el curso de

la gripe y otras afecciones, dan un cuadro clínico semejante. Nos parece que, entre nosotros, son muy raras.

Existen muchos otros procesos que, como los mencionados, encajan en el concepto de falso abdomen agudo y que serán mencionados más adelante.

#### ALGUNAS REGLAS DE ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA.

##### *En relación con el diagnóstico:*

1. El síntoma de alarma de inflamación de la serosa paritoneal, *la contractura muscular*, es más difícil de apreciar que en otras épocas de la vida. La hiperestesia cutánea que proca un proceso inflamatorio puede ser difícil de constatar debido a la incompleta discriminación táctil, ya mencionada.

2. Puede ser útil, a partir de esta edad, palpar el niño con su propia mano para iniciar la exploración.

3. Un dolor de cierta intensidad puede calmarse simplemente con el chupete.

4. Los vómitos son, como ya hemos dicho, de difícil valoración, pero en relación con ellos debemos tener en cuenta: *a)* La actitud habitual del lactante ante este acto de defensa, casi fisiológico en determinadas circunstancias. *b)* Que los vómitos biliosos representan en principio la existencia de un proceso grave de oclusión por debajo de la ampolla de Vater.

5. Que el meteorismo —debido, si existe un proceso inflamatorio, a excitación del esplánico más que a la ley de STOKES— es fácil de comprobar, pero que en las oclusiones gastro-duodenales el abdomen es plano.

6. Que la auscultación abdominal puede ser de gran utilidad en esta época de la vida en que los lloros y la falta de cooperación del niño no impiden la percepción de la misma, y en cambio dificultan valorar los resultados de la palpación. Requiere sin embargo un aprendizaje.

Según A. C. COPLEY, sólo se producen normalmente sonidos en el intestino delgado; el grueso es normalmente silencioso excepto ante una urgente e imperiosa necesidad de defecar. La abertura de la válvula ileocecal produce un ruido sordo, como un porrazo, cada 45 segundos y que se oye mejor cerca del punto de MAC BURNIEY. Los ruidos del intestino delgado son irregularmente espaciados en el tiempo, de corta duración, de poco volumen y de medio tono. Encima del ombligo estos sonidos son de origen yeyunal; debajo del ombligo son habitualmente ileales.

ROB recomienda la práctica de la auscultación abdominal en todo abdomen agudo. Con un poco de experiencia pronto se distingue el ruido intestinal del

roce provocado por los movimientos del diafragma. El peristaltismo intestinal desaparece si existe pus, bilis, exudado hemorrágico de un asa estrangulada o de un páncreas inflamado. No se modifica si el líquido vertido en el peritoneo es sangre u orina.

Al principio de la apendicitis los sonidos del intestino delgado continúan siendo normales, pero la acción de la válvula ileocecal resulta cada vez menos audible. Si el apéndice es retrocecal y el peristaltismo no se suspende por completo, pero se amortigua y se vuelve rasposo (STEVENS). Tan pronto como la inflamación ha cedido completamente, así como en los abscesos apendiculares francamente localizados, que normalizan los sonidos abdominales. En el íleo paralítico la válvula ileocecal no funciona y los sonidos del peristaltismo intestinal están ausentes.

Los cólicos intestinales pueden distinguirse de la apendicitis por el relativo silencio de la válvula ileocecal, debido al predominio de los ruidos intestinales. La difusión de la peritonitis en la apendicitis puede diagnosticarse por el apagamiento de los ruidos en el intestino delgado. Hay que advertir que en los espasmos pilóricos (indigestión) parece reducirse el peristaltismo intestinal y pueden no oírse ruidos.

Creemos que la auscultación abdominal ha de ser *valiosísima en los niños menores de 5 años*, ya que los lloros y la falta de cooperación del enfermito no impiden la percepción de la misma. Requiere, sin embargo, un aprendizaje previo para diferenciar las características de los diferentes ruidos y su ritmo habitual.

Aunque tenemos poca experiencia en este método, puesto que hace poco tiempo que lo tenemos en estudio, vislumbramos en él un arma diagnóstica eficacísima que nos permitirá, quizá, el que la exploración del abdomen de un niño de pocos años sea tan simple y demostrativa como la torácica.

7. Que la exploración radiológica simple no sólo nos proporciona datos de interés en la oclusión, sino también en la apendicitis (fig. 13), diverticulitis y en cualquier proceso inflamatorio peritoneal.

#### *En relación con el tratamiento:*

1. Cuanto más tardíamente veamos al enfermo, por lo general y paradójicamente, más tendremos que aplazar la intervención.

2. Regla sobradamente conocida. En caso de duda ante el dilema de intervención o abstención, es preferible intervenir.

3. En el momento actual casi siempre podemos resolver en un tiempo y de una vez para siempre el problema que nos plantea el proceso. Por ejemplo, si no podemos desinvaginar debemos efectuar una resección, conducta preferible a la recomendada por GROB (resección del intestino invaginado después de la abertura de la intususcepción y drenaje del íleon a través de una pequeña cecostomía).

Tiene que existir un absceso francamente localizado para que no

busquemos y extirpemos el apéndice —norma diferente a la seguida antes de la antibioterapia, pues entonces sólo se extirpaba el apéndice si quedaba incluido dentro de la cavidad del absceso; es decir, si caía en nuestras manos sin buscarlo.

Las indicaciones del drenaje son mucho más raras que hace algunos años (personalmente lo empleamos menos que la mayoría de cirujanos), lo que evita cierto número de eventraciones. La experiencia nos demuestra que no hemos tenido por ahora que arrepentirnos de esta conducta que parece heterodoxa, pues el “*ubi pus ibi evacua*” y el “*ubi necrosi ibi elimina*” son dos preceptos quirúrgicos que se tambalean, pero no se han derribado definitivamente y en muchas ocasiones tenemos que actuar de acuerdo con ellos.

El pronóstico del abdomen agudo del lactante ha mejorado extraordinariamente en estos últimos tiempos, a pesar de que, especialmente después de los primeros días de la vida hasta los seis meses, se es más sensible al traumatismo, la infección y las perturbaciones de las constantes físico-químicas hemáticas.

Este progreso es debido:

1. A un mejor conocimiento del lactante como sujeto que puede estar afecto de un abdomen agudo clínico o simplemente conceptual (aparte de que el abdomen agudo conceptual puede representar, en algunos casos, la profilaxis del abdomen agudo clínico).

2. A los progresos de la anestesia y de la medicina paraquirúrgica. Estos progresos han requerido una labor de equipo, pues sin ello es imposible sintonizar con el momento de especialidad alguna.

La edad del enfermo afecto de abdomen agudo casi no tiene importancia, pues los factores desfavorables contra los que sabemos luchar eficazmente, quedan compensados, a veces con creces, por los factores favorables, cicatrización rápida de las lesiones renales y hepáticas, recuperación de la función renal, por ejemplo.

Esperamos que el progreso diagnóstico y terapéutico permita, a nuestros inmediatos sucesores, efectuar, en un porcentaje de casos mucho mayor que nosotros, una intervención profiláctica de la peritonitis, de las lesiones intestinales que provoca la oclusión y de la anemia grave consecuencia de una hemorragia. Nos hace ser optimistas el volver la cabeza hacia atrás, en el tiempo, para contemplar el inicio de nuestras actividades como cirujanos en el Hospital de Niños, hace poco más de treinta años. Quedamos, como la mujer de Lod, petrificados, de las condiciones en que llegaban a nosotros los lactantes afectados de abdomen agudo y las condiciones desfavorables de nuestra actividad profesional.

## BIBLIOGRAFIA

- BENSON y Colaboradores: *Pediatric Surgery*. Year Book Publishers, 1962.
- BETTEX: *Acute Abdomen un Kindesalter Notfall Therapie Bei Kinder*. Edit. Karga. Basel, 1962.
- GROB, M.: *Patología quirúrgica infantil*. Editorial Científico-Médica, 1957.
- GROSS, R.: *Surgery of infancy and childhood*. Ed. Saunder, 1953.
- GUBERN SALISACHS, L.: *Los vómitos del lactante según el esquema de Duhamel*. Rev. Esp. de Pediatría. XVI. pág. 1-20, 197-218, 1960.
- GUBERN SALISACHS, L.: *La terapéutica hemática en Cirugía Infantil*. Rev. Esp. de Pediatría, tomo II, núm. 6, 887-898, nov. dic. 1946.
- GUBERN SALISACHS, L., en colaboración con L. PANADÉS: *La aspiración intestinal en Pediatría*. Rev. Esp. de Pediatría, tomo IV, núm. 1, 42-49, enero-febrero 1948.
- GUBERN SALISACHS, L.: *La medicina paraquirúrgica en las afecciones abdominales de la infancia*. Acta Pediátrica Española, núm. 82, 1203-1223, octubre 1949.
- GUBERN SALISACHS, L., en colaboración con J. MARTÍNEZ MORA: *La aspiración intestinal en el niño y en el recién nacido*. Consejo General de Colegios Médicos de España. Boletín Cultural e Informativo, núm. 47, 7-23, marzo 1951.
- GUBERN SALISACHS, L.: *El dolor y la defensa muscular en la apendicitis del niño*. Medicamenta, núm. 197, 204-209, marzo 1951.
- GUBERN SALISACHS, L.: *Invaginación intestinal operada tres veces en el curso de diez días*. Rev. Esp. de Pediatría, XII, 643-647, 1956.
- GUBERN SALISACHS, L., en colaboración con A. MARQUÉS GUBERN: *Tumores adobdominales en la infancia*. Edit. Lye, 1952.
- GUBERN SALISACHS, L.: *Abdomen agudo conceptual y abdomen agudo clínico en los tumores*. Archivos de Pediatría, XIV, 82, 641-647, enero-febrero 1964.
- GUBERN SALISACHS, L., en colaboración con M. CARBONELL JUANICO, PONS y F. MACEIRA: *Oclusión por hernia en el mesenterio común con rotación inversa del asa gastro-duodenal*. Rev. Esp. de Pediatría, XV, pág. 647-659, 1959.
- GUBERN SALISACHS, L.: *La apendicitis en la Infancia*. Publicaciones Médicas Janés, 1951.
- GUBERN SALISACHS, L., en colaboración con M. ROCA BATLLEIRA: Rev. Esp. de Pediatría, XV, pág. 35-43, 1959.
- DOMÉNECH ALSINA, P.: *Diagnóstico y terapéutica quirúrgica de urgencia*. Edit. Salvat, 1954.
- GUBERN SALISACHS, L., en colaboración con E. FIGUERAS: *Tumoración del uraco*. Acta Pediátrica Española, núm. 109, 47-53, enero 1952.
- LOZOYA, I. y F. CAMACHO: *Pediatría Quirúrgica*. México, 1958.
- MASON BROWN, J. J.: *Surgery of Childhood*. Edward Arnold (Publishers) Ltd. 1962.
- MONDOR, H.: *Diagnostics urgents abdomen*. Masson et Cie. Edit. París, 1930.



- PAVLOVSKY, A. J.: *Abdomen agudo quirúrgico*. Tomo I. Edit. «El Ateneo». Buenos Aires, 1941.
- WILLIS, J. y M. D. POTTS: *La cirugía en el niño*. Edit. Bernades, 1960.
- ROVIRALTA, E.: *El abdomen quirúrgico en el niño*. Edit. Salvat, 1946.
- ROVIRALTA, E.: *El síntoma vómitos en el lactante*. Actas de las reuniones científicas del Cuerpo Facultativo del Instituto Policlínico. XVII, núm. 10, octubre 1963.
- SWENSON, OVAR: *Pediatric Surgery*. Appleton Century. Crofts, Inc. 1958.
- TURRO, OSCAR R.: *Abdomen quirúrgico del lactante*. Buenos Aires, 1949.
- WHITE, M. y W. M. DENNISON: *Surgery in Infancy and Childhood*. E. S. Livingstone Ltd. 1958.

### FALSO ABDOMEN AGUDO

Ante un supuesto abdomen agudo pueden, esquemáticamente, ocurrir las siguientes cuatro contingencias:

1. Se trata de un abdomen agudo y el diagnóstico operatorio corresponde al clínico.
2. Se trata de un abdomen agudo, pero los hallazgos operatorios son una sorpresa.
3. Se trata de un auténtico falso abdomen agudo que puede ser: a) Diagnosticado. b) No diagnosticado o diagnosticado tardíamente.
4. Se diagnostica erróneamente un falso abdomen agudo: a) Sin existir, al parecer, otra enfermedad. b) Coexiste otra enfermedad que puede dificultar el diagnóstico.

Evidentemente es preferible que los hallazgos operatorios correspondan al diagnóstico clínico, pero por lo general este error diagnóstico no tiene en sí gran trascendencia. En cambio, sí es de importancia fundamental el efectuar el *diagnóstico de falso abdomen agudo*, con lo que evitamos al niño una intervención inútil e incluso nociva. Pero en algunos casos aun puede tener mayor interés el *evitar el diagnóstico erróneo de falso abdomen agudo*, que nos conduciría a la abstención quirúrgica, cuando la intervención es necesaria e incluso imprescindible.

Como los errores son, muchos más que los éxitos, fuente inagotable de enseñanza, insistiremos de un modo especial en los mismos. Por ello nada tenemos que decir en relación con el primero de los cuatro

apartados anteriormente mencionados, pero el segundo, y especialmente el tercero y el cuarto, merecen un comentario especial, aunque sólo el tercero corresponde estrictamente al título del trabajo.

Segundo apartado.

En este grupo no es falso el diagnóstico de abdomen agudo, pero



Fig. 1. — Quiste del ovario derecho torsionado.

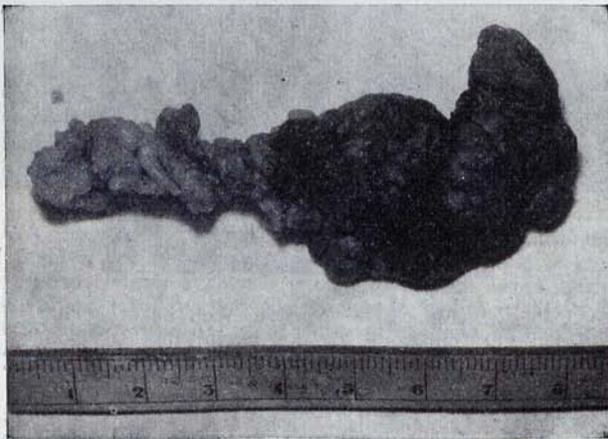


Fig. 2. — Fragmento de epiplón que presenta una estrangulación por torsión, y cuya pared distal, del tamaño de una almendra, está edematosa con infiltración hemorrágica y señales incipientes de gangrena.

sí lo es el de la afección que lo ha producido. Dado que la apendicitis es la causa más frecuente de abdomen agudo, se comprende que con frecuencia sea aquél el diagnóstico pre-operatorio. Ello puede ocurrir ante una crisis de torsión de un órgano normal o patológico. He aquí tres ejemplos. El primero es relativamente frecuente. Los dos segundos raros.

La torsión del ovario derecho normal o afecto de un quiste, dará, sobre todo en el primer caso, un cuadro abdominal agudo fácil de confundir con una apendicitis.

En la intervención se comprueba la existencia de un líquido intraperitoneal sero-hemático y excepcionalmente amarillento, con grumos de materia sebácea, si se ha producido la rotura de un quiste dermoide.



Fig. 3. — Apéndice con necrosis en los dos tercios distales.

Una niña de 7 años presenta una crisis dolorosa abdominal que simula una apendicitis aguda. En la intervención se comprueba la existencia de un quiste del ovario derecho torsionado. Curación (fig. 1).

Mucho más rara es la torsión de un quiste mesentérico o epiploico, la del epiplón, o de un apéndice del mismo o del ciego. He aquí un

ejemplo de torsión del epiplón (observación de los doctores CARBONELL-JUANICO y PI-FIGUERAS). Una niña de 7 años presenta una crisis dolorosa abdominal iniciada en el epigastrio y localizada luego en fosa ilíaca derecha. Se diagnostica apendicitis aguda. La intervención comprueba la existencia de una torsión epiploica de tres vueltas. Curación. (fig. 2).

Un ejemplo de vólvulo del ciego y del apéndice. Un niño de 13 años presenta un cuadro clínico de apendicitis aguda. La intervención demuestra la existencia de un vólvulo del ciego y del apéndice. Apendicectomía (doctor J. PI-FIGUERAS) Curación (fig. 3).

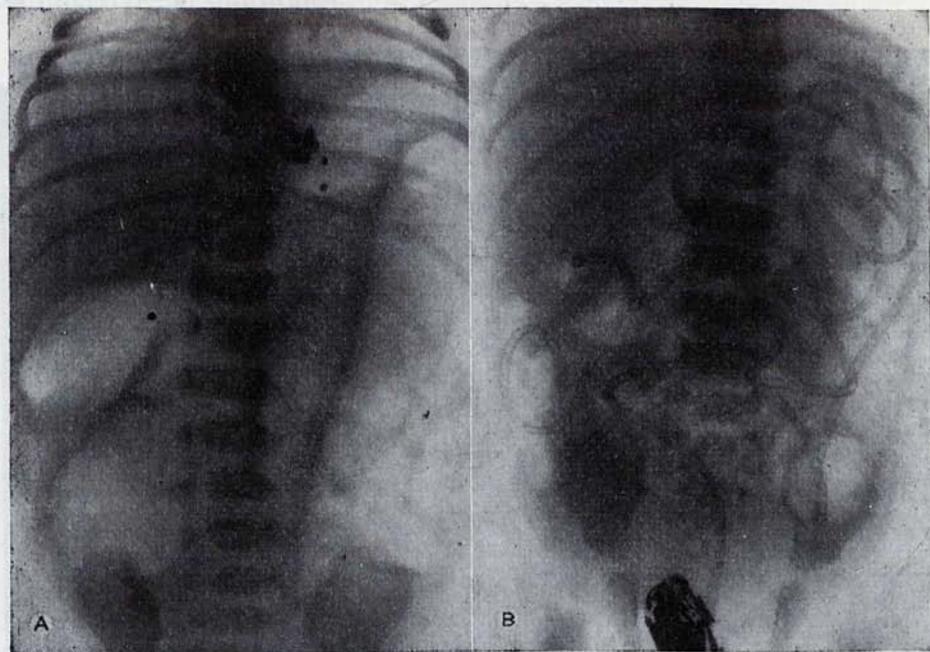


Fig. 4. — A) Corresponde a un niño que a las 24 horas expulsó mucosidades en cantidad regular, por la boca. No succionaba y para que efectuara deposiciones era preciso recurrir a enemas o supositorios dos veces al día. Meteorismo progresivo. Al sexto día iniciaba un cuadro oclusivo. Melena. Vómitos biliosos y luego fecaloideos. Abdomen muy meteorizado. Estado general grave. Se coloca la sonda lastrada de mercurio. B) En tres días se resuelve completamente la oclusión y el balón sale por el ano.

### Tercer apartado.

Vemos algunos casos de *auténtico falso abdomen agudo*.

a) *Diagnosticado*. Como ha insistido ROVIRALTA en varias ocasiones, es de gran importancia efectuar el diagnóstico de ileo congénito

reversible. En la fig. 4 puede observarse una oclusión congénita resuelta rápidamente, en parte gracias a la intubación intestinal, de valor diagnóstico y terapéutico. En la fig. 5 puede observarse un íleo funcional en el cual, como en el caso anterior, el balón de la sonda fue expulsado por el ano.

La aspiración intestinal puede también ayudar a resolver la oclusión provocada por ascárides (fig. 6).

Un niño de 7 años presenta, durante ocho días, un cuadro de colitis. Ingiere un antielmítico y a las cuatro horas presenta un cuadro oclusivo. Se practica la aspiración intestinal y mediante una radiografía se

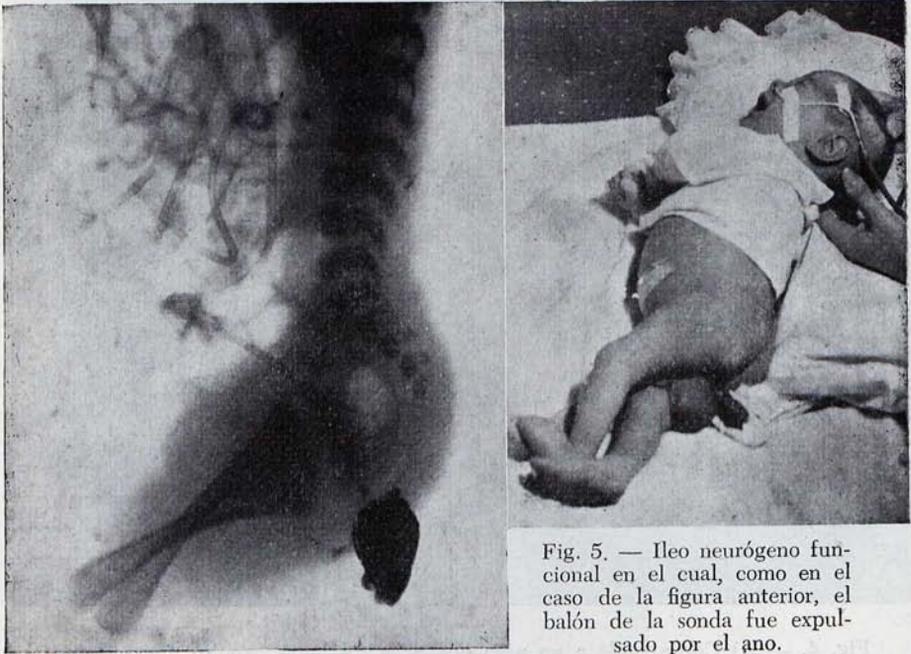


Fig. 5. — Ileo neurógeno funcional en el cual, como en el caso de la figura anterior, el balón de la sonda fue expulsado por el ano.

comprueba la presencia de ascárides (fig. 7), que al día siguiente empieza a expulsar en cantidades impresionantes. Curación.

Hemos observado algunos casos de suboclusión intestinal en la encefalitis vírica.

*b) No diagnosticado o diagnosticado tardíamente.* En la monografía "La Apendicitis en la Infancia" publicamos algunos casos en los cuales se diagnosticó erróneamente una apendicitis, debido a la intensa crisis dolorosa abdominal provocada por la poliomielitis aguda en la

fase pre-paralítica. Uno de los casos fue intervenido por un competente cirujano y, a pesar del pulmón de acero, la niña murió a los cuatro días.

El profesor RAMOS trató un caso de meningitis tuberculosa, al cual ya se le había practicado la apendicectomía en los primeros días de la enfermedad. La intervención quirúrgica fue debida en parte a la imposición de la familia.

Vimos a un niño de 2 meses con una crisis apendicular típica, que no fue intervenida por la oposición de los familiares. A las cinco semanas lo vio otro compañero con otra crisis análoga, pero la aparición de unas petequias permitió el diagnóstico de púrpura abdominal y evitar la intervención quirúrgica.

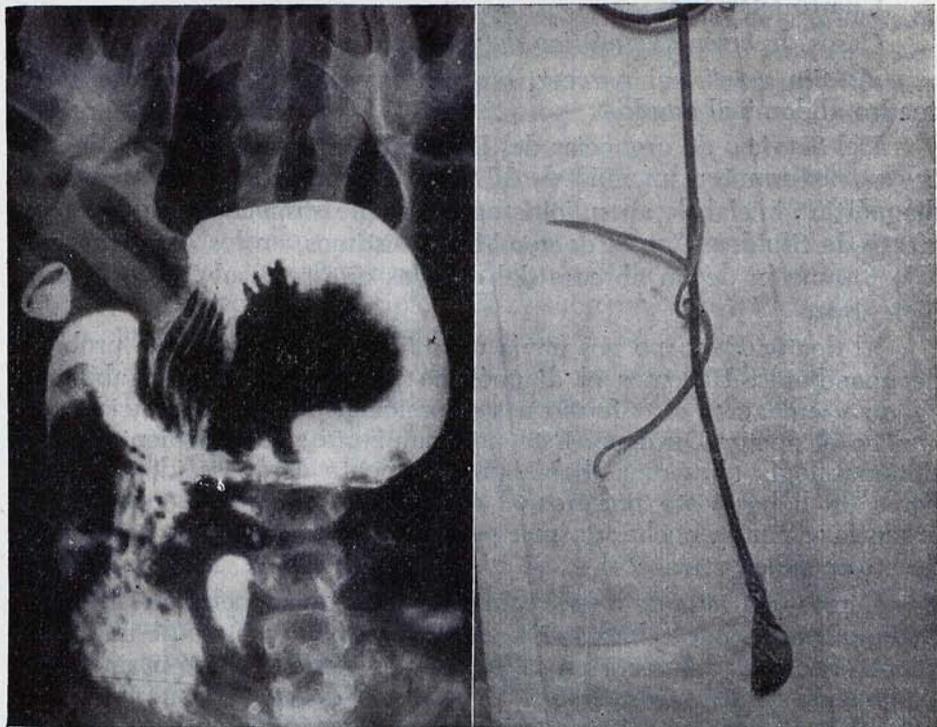


Fig. 6. — Oclusión intestinal alta, situada en la cuarta porción del duodeno, con gran distensión de las paredes del mismo, dilatación de la luz y desaparición de los repliegues mucosos. Se aprecian una serie de ascárides situados paralelamente que, en paquete, obstruyen aquella luz y sólo dejan pasar pequeñas porciones de papilla. Por palpación abdominal se había comprobado la existencia de dos tumoraciones en fosa ilíaca derecha. La sonda de la aspiración intestinal, que ayudó a resolver la oclusión intestinal, mostraba al ser extraída ascárides que rodeaban la misma.

Uno de los errores aparentemente más injustificados que hemos cometido es operar creyendo que era una apendicitis un absceso del espacio pelvi-rectal superior. Se trataba de un niño de 8 años que presentaba una crisis abdominal dolorosa con defensa muscular. En la intervención se comprueba abundante líquido intraperitoneal y el apéndice con lesiones discretas y de tipo crónico. Diez días después tumefacción dolorosa perineal. Cuatro días más tarde, se desbrida un absceso del espacio pelvi-rectal superior, propagado a la fosa isquio-rectal. Curación.

El error cometido por nosotros en este caso es tanto más imperdonable cuanto que pocos años antes habíamos intervenido un adulto con un proceso de características análogas.

Cuarto apartado.

Casos de *error diagnóstico de falso abdomen agudo*.

a) *Sin existir, al parecer, otra enfermedad* que la causante del cuadro abdominal agudo.

Del Servicio de urgencias del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona nos remiten un niño de 13 años diciendo que se desechaba el diagnóstico inicial de apendicitis aguda y que sospechaban que estaba afecto de tifoidea. Con el doctor MIMÓ asistimos, en los días sucesivos, a la formación de un absceso del douglas que se resolvió con la antibioterapia.

El doctor DELGADO nos envía un niño con el diagnóstico probable de apendicitis. Hacemos el diagnóstico provisional de falso abdomen agudo y enviamos el enfermo a su domicilio, bajo la vigilancia de su médico el doctor DELGADO. Éste nos manifiesta al día siguiente que la sintomatología abdominal había prácticamente desaparecido. A las 48 horas de haber visto nosotros el enfermito tuvimos que operarlo de urgencia y por la noche, de una peritonitis provocada por perforación de un apéndice retrocecal.

Vemos una niña de 5 años con un cuadro de suboclusión intestinal. Cuando tenía 8 meses había sido intervenida por nosotros de un abocamiento anormal del recto en la vulva, por vía abdomino-perineal. La exploración clínica nos inclinó a nosotros y al doctor XANDRI, médico de la familia, a sospechar la existencia de una encefalitis vírica (dilatación pupilar y estupor no explicable por perturbación alguna del equilibrio hidro-electrolítico). Trasladamos la enfermita al Servicio del doctor SALA-GINABREDA quien nos la devuelve a los cuatro días asegurando que no existe ningún proceso infectivo del sistema nervioso. La intervención nos demuestra la existencia de una peritonitis plástica, secuela de la intervención efectuada por nosotros anteriormente. Es dada de alta, curada, a los ocho días.

b) Casos en que *existe otra enfermedad* que puede dificultar el diagnóstico.

En la *gripe, sarampión, escarlatina, varicela, difteria*, etc., se observan algias abdominales. Éstas se presentan en los pródromos o en el curso ulterior de la enfermedad. Puede presentarse en el pos-operatorio de un niño intervenido de abdomen agudo, haciendo sospechar una complicación inexistente (ello nos ocurrió en una niña de 2 años y medio que, a los ocho días de ser intervenida de apendicitis aguda, presentó una nueva crisis dolorosa abdominal que no cedió hasta el día siguiente en que apareció una erupción típica de la varicela). Estas algias abdominales corresponden, probablemente, a reacciones linfoideas intestinales y con frecuencia coinciden con una rinofaringitis. Como en ella, podemos enfrentarnos con una ligera foliculitis o una lesión grave. No debemos olvidar que se han observado a veces apendicitis graves, en el curso de las mencionadas enfermedades infecciosas. En Hawái, se han observado tres casos de apendicitis agudas supuradas entre 41.080 casos de sarampión (R. L. HILL). Este porcentaje se considera mayor que el normal.

En el caso descrito en nuestra monografía "*La Apendicitis en la Infancia*", la apendicitis fue diagnosticada antes de la aparición del exantema y existiendo un intenso enantema con un signo de KOPLYCK típico y bilateral. La primera noche después de la intervención apareció un exantema sarampionoso típico. El apéndice estaba francamente flogótico, aunque sin ningún punto de perforación.

Un niño de 6 años es intervenido de un absceso de origen apendicular. Drenaje. A las tres semanas afección febril que se cree originada por el proceso apendicular. Ingresa nuevamente en la clínica en observación. A los cuatro días aparece una parálisis de las extremidades superiores, y luego de las inferiores. Muerte por parálisis bulbar a los nueve días.

Vemos a un recién nacido afecto de una hemorragia intracraneal. La radiografía del abdomen mostraba ausencia de gas en una extensa zona del mismo, lo que atribuimos a que el niño apenas tragaba aire, debido al proceso neurológico existente. A los cuatro días se inicia un cuadro de oclusión intestinal que, atribuido erróneamente a la hemorragia intracraneal, demoró cuatro días más la intervención en una *atresia ileal*.

Como conclusión de todo lo expuesto diríamos que para evitar el error diagnóstico de abdomen agudo ante un proceso que no lo sea o viceversa, debemos conocer no sólo toda la patología abdominal del niño, sino también los procesos que puedan dar dolor referido al abdomen o perturbar el tránsito en el tubo digestivo. Debemos tener en cuenta, además, la posible existencia de dos procesos y que uno de ellos

puede enmascarar las manifestaciones clínicas que nos inducen a acatar los derechos inapelables del bisturí.

#### BIBLIOGRAFIA

- GUBERN SALISACHS, L.: *La apendicitis en la infancia*. Edit. Janés, 1951.
- GUBERN SALISACHS, L.: *La oclusión congénita de las vías digestivas. Fistopatología y estudio clínico*. Rev. Esp. de Pediatría, 6, 781-819, 1950.
- GUBERN SALISACHS, L., en colaboración con J. MARTÍNEZ MORA: *La aspiración intestinal en el niño y en el recién nacido*. Consejo General de Colegios Médicos de España. Boletín Cultural e Informativo, núm. 47, 7-23, 1951.
- ROVIRALTA, E.: *Abdomen agudo en el recién nacido*. Actas de las reuniones Científicas del Cuerpo Facultativo del Instituto Policlínico. IXI, pág. 1, 1965. Barcelona.